

Streszczenia pojedyncze.

Patologia kliniczna i doświadczalna.

Z. JEHLE. Białkomocz lordotyczny. (Wien. med. Wschr. Nr. 39 1932).

Przyczynę „białkomoczu lordotycznego” upatruje autor w zastoju żylnym w nerkach oraz w tkankach „pozanerkowych” dolnych części ciała. Przemawia za tem szybkie występowanie i znikanie białkomoczu oraz własności moczu. Dla wytłumaczenia tych objawów nie jest bynajmniej konieczne „wywoływanie łuku odruchowego przez przepracowane mięśnie lędźwiowe”. Henryk J. L a n d a u.

I. M. RAPPOPORT. Obraz krwi u człowieka i zwierząt doświadczalnych w tullaremji. (Klin. Med. Nr. 9—10/1932).

Badanie obrazu krwi u chorych z tullaremją stanowi cenną pomocniczą metodę rozpoznawczą w różniczkowaniu tullaremji z innymi stanami. U chorych z tullaremją stwierdza się: a) umiarkowaną niedokrewność, b) zwiększenie się liczby białych ciałek krwi w pierwszych dniach choroby, c) w przypadkach z wyraźną intoksykacją — zwyrodnieniowe zmiany obojętnochłonnych, d) aneozynofilię tylko w pierwszych dniach tullaremji. Leukocytoza tłumaczy się zwiększeniem liczby limfocytów. Postacie wrzodząco-gruczołowe nie różnią się obrazem krwi. W przypadkach durowej postaci tullaremji stwierdzano leukocytozę, monoocytozę, umiarkowane przesunięcie regeneracyjne obojętnochłonnych, zwiększającą się limfocytozę. U królików można było stwierdzić w ciągu istnienia zakażenia zmniejszenie się liczby czerwonych ciałek krwi, zmniejszenie się wskaźnika barwnikowego, zwiększającą się leukocytozę, limfocytozę. Henryk J. L a n d a u.

BESSEMAN i de POTTER. Wstępne badania nad djatermją przeciwiłową. (Strasbourg méd. Nr. 23/1932).

Zastosowanie djatermji długofalowej nieco osłabionej u królików, świnek morskich, białych szczurów i myszy o dającej się porównać ciepłocie i czasie trwania wywołuje bardzo różniące się między sobą odczyny nietylko zależnie od gatunku zwierzęcia i okolicy ciała, na której stosowano djatermję, lecz również zależnie od oporności osobniczej. Innymi słowy, próg krytyczny nie jest bynajmniej stały. Jednakże już obecnie można powiedzieć, że u zwierząt badanych, pominiawszy szczura, a zwłaszcza mysz (szczególnie wrażliwe), pominiawszy również skórę moszny królika (która jest wskutek swej cienkości łatwo urażalna), tkanka skórna i gruczoły chłonne mogą znosić bez żadnych następstw ogrzewanie djatermją, podnoszące ich własną ciepłotę na przeciąg jednej godziny do 41°, do 42°, a nawet do 43° i wyżej, t. j. o tyle, ile potrzeba, ażeby pod wpływem tego działania jad kilowy, który je obecnie zakaża, został doprowadzony do bezsilności bezpośrednio lub w kilka dni później. Możliwość takich pożytecznych wyników djatermji wypływa bezpośrednio z doświadczeń autorów. Uważają się oni wobec tego za uprawnionych do rozpoczęcia prób tego miejscowego leczenia fizykalnego w pewnych objawach przymiotowych u ludzi, przestrzegając zwykłych środków ostrożności. Próby te są już w toku z pomyślnym wynikiem i będą stanowiły przedmiot następnego doniesienia. Z badań tych wynika, że zachęcające wyniki, otrzymane zapomocą nowego przyrządu, dającego nieosłabione fale krótkie, przekonały autorów o wyższości tej metody stosowania prądów o wysokiej częstotliwości. Henryk J. L a n d a u.

Choroby serca i naczyń.

J. FREUNDLICH. Znaczenie kliniczne wychylenia Q w elektrokardjogramie. (Dtsch. Arch. klin. Med. t. 175. z. 2).
Powiększenie wychylenia Q jest zawsze związane ze

zmianą przerwy QRS—T lub wychylenia T przynajmniej w jednym z trzech odprowadzeń. Odsobnione występowanie powiększonego wychylenia Q w odprowadzeniu trzęściem nie stanowi samo przez się objawu patologicznego, gdyż spotyka się je nierzadko przy wysokiem ustawieniu przepony bez żadnych zmian w sercu. Jeżeli Q_{III} towarzyszy powiększenie Q_{II} lub zmiany w wychyleniu końcowem, względnie przerwie QRS — T w odprowadzeniu I lub II, należy to zawsze uważać za objaw ciężkiego uszkodzenia mięśnia sercowego w przebiegu przypadków dowodzi to istnienia miażdżycy naczyń wieńcowych (lub zwężenia ujścia naczyń wieńcowych na podłożu kilowym), względnie zawału mięśnia sercowego. To samo znaczenie posiada występowanie głębokiego Q w odprowadzeniu I, nawet jeżeli nie stwierdza się pozatem żadnych zmian w zespole komorowym w odprowadzeniu II lub III. Powiększenie wychylenia Q spotykano tylko bardzo rzadko w innych chorobach, które nie polegają na miażdżycy naczyń wieńcowych (gośćcowe zapalenie wsierdza i mięśnia sercowego, tyreotoksykoza). Najczęstsze zmiany zespołu komorowego, które spostrzegano w uszkodzeniach mięśnia sercowego, polegały na powiększeniu wychylenia Q w odprowadzeniu II i III ($Q_{III} > Q_{II}$) w połączeniu z ujemnem wychyleniem T, względnie obniżeniem przerwy w tych odprowadzeniach. Henryk J. L a n d a u.

F. GERLES. Schorzenia mięśnia sercowego a elektrokardjogramy. (Klin. Med. Nr. 13—16/1932).

Ogromne znaczenie elektrokardjogramów w rozpoznawaniu zawału mięśnia sercowego nie podlega wątpliwości. Uderza również zadziwiające podobieństwo zmian w gośćcowym zapaleniu worka osierdziowego ze zmianami w zawału mięśnia sercowego. Można przypuszczać, że przyczyna tych zjawisk tkwi w zmianach naczyniowych.

Henryk J. L a n d a u.

A. Van BOGAERTS. Zmiany elektrogramu komorowego. (Arch. des Mal. du Cœur Nr. 3/1933).

Zmiany fazy QRS zespołu komorowego, a w szczególności objawy jej zwolnienia pozostają w określonym i wybitnym związku ze stanem układu autonomicznego. Z tego powodu istnieją one bardzo często współcześnie z przedłużeniem czasu przewodzenia przedsionkowo-komorowego (P-R). Lecz zespół QRS może ulec rozszerzeniu z rozmaitych powodów niezależnie od zmian P-R, i odwrotnie zmiany P-R mogą istnieć niezależnie od zmian QRS. Rozszerzenia, rozszczepienia i zgrubienia zespołu QRS pozostają w związku przyczynowym z wielkością chronaksji układu autonomicznego. Jednakże niema pomiędzy nimi ścisłej zależności ilościowej i już obecnie dającej się przewidzieć, gdyż zatrucie może dotyczyć w silniejszym stopniu tę lub inną część tkanki autonomicznej i stwarzać tam, jak w mechanizmie rozkojarzeń przedsionkowo-komorowych, wysepki heterochronaktyczne. Stają się one odporne na szerzenie się fali pobudzenia i w ten sposób znacznie zniekształcają zespół QRS. Wobec tego, że nie poddają się one naszym metodom pomiarów i badania, możemy znaleźć mniej lub bardziej zniekształcony obraz zespołu QRS wtedy, gdy chronaksja pęczka H i s a, który badamy, jest normalna lub zaledwie zmieniona. Jeżeli chodzi o zależność pomiędzy zespołem QRS a chronaksją mięśnia sercowego, autor nie znalazł dowodu jej istnienia w żadnym ze swych doświadczeń. Przeciwnie, wszystkie one wykazały, że chronaksja mięśnia sercowego może się znacznie zmieniać bez zmian zespołu QRS pod warunkiem, że chronaksja pęczka H i s a pozostaje niezmienną. Trudno jest jednakże zrealizować te warunki doświadczalne, gdyż większość jądów mięśnia ser-

wego, przyjmując, że są jadami mięśniowymi, działa na mięsień sercowy i tkankę autonomiczną, przyczem obie tkanki mięśniowe prążkowane przedstawiają tylko ilościowe różnice morfologiczne, chemiczne i fizjologiczne. Tymczasem wszystkie te jady posiadają fazę, w której działają wybitniej na jeden z tych dwóch elementów serca. W tym okresie tylko jest widoczna zależność wyglądu zespołu QRS od stanu tkanki autonomicznej. To, co robią jady, muszą również czynić choroby. Autor nie przypuszcza, ażeby mogły one przez czas dłuższy wywierać swe działanie lub raczej swą wybiórczość na najbardziej zróżniczkowanej części mięśniowej serca: mięśniu sercowym. W czasie fazy początkowej, ewentualnie wybiórczej nie mogą choroby robić nic więcej niż nasze jady, jak z badań autora jednak wynika, w chwili tej obraz zespołu komorowego nie był zmieniony. Zaburzenia elektrokardiograficzne występują później, lecz wtedy, jak dowiodły doświadczenia autora, są one związane ze zmianami tkanki autonomicznej, porażonej jednocześnie z mięśniem sercowym.

Henryk J. L a n d a u.

F. S. P. van BUCHEM i L. POLAK Daniels. **Badania elektrokardiograficzne w ostrych chorobach zakaźnych.** (Dtsch. Arch. klin. med. t. 174, z. 3).

Autorzy zastanawiają się, czy odchylen elektrokardiograficznych w płonicy, które znajduje się w t. zw. „sercu płoniczem” (szmery, wzmoczenie, osłabienie i rozdwojenie tonów serca, niezupełnie czyste tony), nie należy uważać na zasadzie badania klinicznego są czynnościowe. Na podkreślenie zasługuje fakt, że S c h l o s s m a n n znalazł pewne objawy sercowe w 70%, D e m o h n w 73,3%, autorzy zaś w 63% wszystkich swych przypadków płonicy spostrzegali ujemne T₃, zaś tylko 23 przypadki wykazywały stale dodatnie T₃. Ponieważ liczby chorych durowych, przypadków płonicy i błonicy, które spostrzegali autorzy, bardzo się między sobą różniły, porównanie częstości z jaką znajduje się u nich ujemne wychylenie T, można uczynić jedynie z jak najdalej idącą rezerwą. Tak więc chorzy z *febris typhoidea* wykazują najczęściej ujemne T₃ (oraz nieprawidłowe T₂). U 55% chorych z błonicą T₃ było ujemne, zaś wśród chorych z płonicą w 63% przypadków.

Henryk J. L a n d a u.

B. ZADOC-KAHN. **Czego można się spodziewać po badaniu elektrokardiograficznym w błonicy?** (Médecine Nr. 4/1933).

Nieprawidłowe elektrokardiogramy spotyka się w błonicy bardzo często, bo w 37% przypadków. Ten odsetek, stosunkowo bardzo duży w porównaniu z objawami sercowymi uchwytami klinicznie, o wiele bardziej rzadkimi, tłumaczy się łatwo samym charakterem zmian elektrycznych. Spostrzegano następujące zmiany elektrokardiograficzne: A) Zaburzenia rytmu znaleziono u 11 osobników, bądź każde z osobna, bądź w połączeniu: 1) blok zatokowo - przedsionkowy 3 razy; 2) skurcze dodatkowe — 5 razy, z czego dodatkowe skurcze przedsionkowe lub węzłowe — 2 razy i dodatkowe skurcze komorowe — 3 razy; 3) migotanie przedsionków — jeden raz; 4) prosty blok przedsionkowo-komorowy (wydłużenia przerwy P-Q ponad 0,16") — 4 razy; 5) całkowite rozkojarzenie przedsionkowo-komorowe — 2 razy. B) Nieprawidłowości zespołu komorowego znaleziono u 34 chorych bądź pojedynczo, bądź po kilka: 1) odosobnione nieprawidłowości zespołu QRS (zmiany kształtu, czasu trwania, małe wychylenia, złożone nieprawidłowości) — 9 razy; 2) odosobnione nieprawidłowości wychylenia T i przerwy S-T (odwrócenie, zniesienie, spłaszczenie, dwufazowość, wychylenie wieńcowe P a r d e g o) — 24 razy; 3) złożone nieprawidłowości zespołu QRS i wychylenia T, stwierdzono u 6 chorych w następujących odmianach: a) atypowy blok gałązki prawej — jeden raz; b) blok rozdrzewienia (arborisation bloc) — 3 ra-

zy; c) blok wewnątrzkomorowy — 4 razy. Zmiany elektrokardiograficzne znajdowano w anginach dobrotliwych w 18% przypadków, w zwykłych złośliwych anginach — w 65%, w anginach złośliwych od początku bardzo toksycznych — w 100%. Pozostają one zatem w ścisłym związku z ciężkością postaci klinicznych. Zmiany elektrokardiograficzne spostrzega się w 70% postaci, pozwalających podejrzewać lekkie uszkodzenia mięśnia sercowego i prawie we wszystkich przypadkach ciężkiego uszkodzenia jego. W rozszczeniu przedsionkowo-komorowym chorzy żyją przeciętnie nie dłużej, niż 3 — 4 dni. Równie złe rokowanie dają zaburzenia przewodnictwa wewnątrzkomorowego. Łżejsze zaburzenia elektrokardiograficzne (częściowe zmiany zespołu komorowego, drobniejsze zaburzenia rytmu) nie dają bezpośrednio złego rokowania.

Henryk J. L a n d a u.

Choroby krwi i narządów krwiotwórczych.

F. W. BREMER. **Patogeneza anemii złośliwej.** (Klin. Woch. Nr. 40 — 1932).

Nowsze badania dowodzą, że patogeneza anemii złośliwej jest b. skomplikowana i że prawdopodobnie niedokrewność złośliwa nie stanowi samodzielnej jednostki chorobowej. Różni autorzy mówią o anemiach hipochromowych, jako o grupie schorzeń, ściśle łączących się ze sobą. Ważne jest zagadnienie achylji. N a e g e l i sądzi, że gdyby zawsze wykonywano próbę histaminową, stwierdzono by, że i w anemii złośliwej często spotyka się wolny kw. solny. Autor opisuje przypadki anemii złośliwej z wolnym kw. solnym w żołądku, który stopniowo z czasem ginie. W rodzinach chorych z anemią złośliwą spotyka się wtórne anemię i achylję histaminooporną; obok tego objawy nerwowe przy normalnym obrazie krwi. Najpewniej anemia złośliwa powstaje z różnych powodów, jeśli zaatakowany zostaje ustrój o odpowiedniej konstytucji. Najczęstszym momentem wyzwalającym jest ciąża, kiła i tasiemiec. Anemia złośliwa, powstająca u nosicieli tasiemca, jest jaskrawym dowodem znaczenia konstytucji dla powstania schorzenia. Wiadomo, że na 5000 — 10.000 nosicieli tasiemca tylko jeden zapada na anemię złośliwą; poza tem wiadomo, że usunięcie tasiemca daje zupełne wyzdrowienie, a po wielu latach znów rozwija się obraz anemii złośliwej. Jakób P e n s o n.

A. SCHLESINGER. **Przyczynę do patogenezy anemii złośliwej.** (Klin. Woch. Nr. 8 — 1933).

Pogląd, że anemia jest niezbędnym warunkiem do powstawania anemii złośliwej, nie mógł się ostać od czasu badań C a s t l e a, który dowiódł, że t. zw. czynnik przeciwanemiczny znajduje się w dostatecznej ilości w soku żołądkowym ludzi z zupełną achylją; poza tem C a s t l e ogłosił szereg przypadków anemii złośliwej w chorobach wykazujących normalną zawartość kw. solnego i pepsyny, przy braku czynnika przeciwanemicznego. Autor opisuje przypadek 54-letniej chorej, operowanej z powodu niedrożności jelit; po 5 latach od operacji wystąpiły u chorej objawy anemii; obraz krwi w zupełności odpowiadał anemii złośliwej. W soku żołądkowym naczeczno nie stwierdzono wolnego kw. solnego; ogólna kwasota — 6. Po próbnym śniadaniu wolny kw. solny — 37, ogólna kwasota — 74. Chorej wstrzykiwano 0,7 mg. histaminy i w ten sposób otrzymywany sok żołądkowy dodawano do mięsa; tą mieszaniną, odpowiednio przetrzymywaną w cieple, karmiono inną chorą z typową anemią złośliwą. Efekt był bardzo szybki i dobry; wystąpił przełom retikulocytów (do 125%), poprawa obrazu krwi i ogólnych objawów. Przypadek ten poucza, że nawet obecność w soku żołądkowym t. zw. czynnika antianemicznego C a s t l e a nie chroni od powstawania obrazu krwi, odpowiadającego anemii złośliwej. C a s t l e natomiast nigdy owego czynni-

ka nie stwierdził w przebiegu anemji złośliwej i sądził, że obecność w soku żołądkowym czynnika antianemicznego chroni normalną czynność szpiku kostnego.

Jakób P e n s o n.

S. J. HARTFALL, M. D. LEEDS. **Anemja w przebiegu raka żołądka.** (The Lancet I. 1, Nr. 2 — 1933).

Autor opisuje trzy przypadki anemji wtórnej w przebiegu raka żołądka; anemja miała charakter mikrocytyczny, hipochromowy i pomimo ciężkiej sprawy nowotworowej z przerzutami do narządów udało się przy pomocy dużych dawek żelaza uzyskać znaczną poprawę w obrazie krwi. W 2-ch przypadkach autor stwierdził zupełny brak wolnego kw. solnego w soku żołądkowym, w trzecim po wstrzyknięciu histaminy wykryto zaledwie ślad kw. solnego; we wszystkich 3-ch przypadkach poza tem stwierdzono brak pepsyny. Teoretycznie rozumując można się w przebiegu raka żołądka spodziewać się także i anemji makrocytycznej, hiperchromowej; takie przypadki opisał S i m p s o n. Autor sądzi, że leczenie anemji w przebiegu raka żołądka w pierwszym rzędzie ma znaczenie przygotowawcze do zabiegu operacyjnego. Wiadomo, że często długo przed stwierdzeniem raka żołądka znajdujemy zmiany w soku żołądkowym, polegające na braku kw. solnego i pepsyny. Jeśli przyjąć, że wspólnym tłem do rozwoju anemji złośliwej i raka żołądka jest *achlorhydria* i że w dobie obecnej choroby z anemją złośliwą dłużej żyją, należy się spodziewać, zdaniem autorów, częstego zbiegania się obu schorzeń.

Jakób P e n s o n.

L. FUNSTEIN. **Przewlekła samoistna małopłytkowość a układ wewnątrzwydzielniczy.** (Dtsch. Arch. klin. Med. t. 175, z. 2).

Wśród przypadków przewlekłej samoistnej małopłytkowości (*thrombopenia essentialis chronica*), spostrzeganych przez autora, stwierdzono zmiany w szeregu gruczołów dokrewnych (w jajnikach, przysadce mózgowej, wysepkach L a n g e r h a n s a, gruczole tarczycowym). — Zadanie klinicysty w tem schorzeniu polega na stwierdzeniu stanu gruczołów wewnątrzwydzielniczych. Przewlekła samoistna małopłytkowość bywa, jak się wydaje, najczęściej związana z zaburzeniami czynności wewnątrzwydzielniczej jajników. Leczenie przewlekłej małopłytkowości samoistnej promieniami R o e n t g e n a, powinno służyć jako metoda hamowania wzmożonej czynności poszczególnych ogniw łańcucha wewnątrzwydzielniczego. Obniżona czynność poszczególnych gruczołów stanowi wskazanie do odpowiedniej opoterapii. W przypadkach, w których związek między przewlekłą małopłytkowością samoistną a układem wewnątrzwydzielniczym jest niejasny, należy odrzucić naświetlanie kości promieniami R o e n t g e n a jako nieumotywowane. Ujęcie przewlekłej małopłytkowości samoistnej z punktu widzenia wewnątrzwydzielniczego otwiera rozpoznawcze i lecznicze perspektywy w tem schorzeniu, nie wyłącza jednak (przynajmniej w chwili obecnej) wycięcia śledziony, które się okazało w praktyce bardzo celowym. Naświetlanie śledziony nie dawało w przypadkach autora żadnego wyniku. Przewlekła małopłytkowość samoistna, odosobniona megakaryocytozy towarzysząca może przejść w pewnych przypadkach w panmyeloftozę (*aleukia haemorrhagica*). Nakłucie mostka metodą A r i u k i n a nie daje dostatecznych wskazówek co do przejścia przewlekłej małopłytkowości samoistnej w aleukję i może być zastąpione przez zwykłe badanie krwi. Należy przeprowadzić dalsze badania nad klasycznymi wynikami badania krwi w przewlekłej małopłytkowości samoistnej.

Henryk J. L a n d a u.

Choroby przemiany materji i gruczołów wewnątrzwydzielniczych.

F. RATHERY. **Diabetes renalis a cukrzyca prawdziwa.** (Bulletin de l'Academie de Médecine I. CVIII, Nr. 31, 18.X 1932).

Autor rozróżnia trzy postacie cukrzycy nerkowej: 1) Cukrzyca nerkowa czysta, cechująca się cukromoczem normalnym lub niskim poziomem cukru we krwi; iniekcja cukru nie wywołuje anormalnego odczynu hiperglikemicznego. Przypadki tego rodzaju są rzadkie. 2) Cukrzyca nerkowa wklajająca się w następstwie prawdziwą cukrzycą. G o t t s c h a l k i S p r i n g b o r n uważają tę postać za pośrednią fazę między cukrzycą nerkową i cukrzycą, która oni nazywają trzustkową. Autor nie zgadza się ze zdaniem powyższych badaczy — prawdziwa cukrzyca nie musi koniecznie być pochodzenia trzustkowego. 3) Cukrzyca nerkowa, cechująca się zaburzeniem przemiany węglowodanowej różnem od zaburzeń istniejącem przy zwykłej cukrzycy; ten typ cukrzycy nerkowej może być powikłany acetonurją — ma to znaczenie praktyczne, gdyż obecność ciał acetonowych łącznie z cukromoczem nie wyłącza możliwości rozpoznania cukrzycy nerkowej. Istnienie najtypowszej nawet cukrzycy nerkowej nie pozwala na ostateczne rozpoznanie i rokowanie; tacy chorzy powinni lata całe być pod obserwacją, by nie przeoczyć momentu przejścia choroby w prawdziwą cukrzycę.

H. S z p i d b a u m.

YVES KERMORGANT. **Ocena krytyczna rozmaitych metod stosowanych w celu zmniejszenia wagi u otyłych.** (Le progreo médical Nr. 25, 18.VI 1932).

Punktem ciężkości w leczeniu otyłości powinno być leczenie etiologiczne. Większość lekarzy jednak osiąga zmniejszenie wagi u otyłych na drodze ssuwania nadmiaru wody. Ćwiczenia cielesne są jednym ze sposobów samoistnego usuwania wody z ustroju. Każde ćwiczenie cielesne (marsze, tenis, golf, pływanie) jest o tyle pożyteczne o ile nie powoduje poważnych zmian rytmu pracy sercowej i ciśnienia; dobrze prowadzone ćwiczenia powinno powodować lekkie pocenie się i jest wskazane u otyłych ze zdrowym sercem, o reakcjach organicznych nieprzekraczających normy. Z pośród środków sztucznych autor wymienia masaż, który odgrywa podwójną rolę: zwiększa niezwłocznie procesy spalania i pozwala na zmobilizowanie mas mięśniowych, które uległy atrofji oraz polepsza warunki krążenia w narządach nacieczonych tłuszczem. Masaż pod wodą (skombinowany z działaniem ciepła) jest bezwzględnie przeciwwskazany u ludzi z małym nawet nadciśnieniem. Kąpiele świetlne należy, zdaniem autora, bezwzględnie zarzucić tak samo, jak parafinoterapię, która w dodatku powoduje zatkanie por skóry. Zmniejszenie poważne ilości spożywanych płynów nie prowadzi do celu, powoduje przytem zwiększenie stężenia mocznika, chlorków, kw. moczowego w moczu. Autor zaleca stosowanie środków czyszczących, w szczególności siarczanów, które drażniąc jelita grube (odrzuch śluzowo - mięśniowy), dają stolec płynny, a tem samem poważny wpływ wody. W każdym jednak przypadku lekarz powinien starać się oddziaływać na przyczyny otyłości.

H. S z p i d b a u m.

LOEPER i SOULIÉ. **Chudość.** (Journal Médical Français, listopad 1932).

Głównemi wynikami fizjopatologicznymi wychudnięcia są niedostateczny dowóz pożywienia, niedomoga wchłaniania, zwiększone wytwarzanie energii, zwiększenie przemiany podstawowej. Z pośród przyczyn niedostatecznego przyjmowania pokarmów autorzy wymieniają: nędzę, brak łaknienia u psychopatów, gruźlików, u chorych z rakiem dróg trawiennych, szczeg. żołądka, zwężenie dróg trawiennych, wymioty ciężarnych, kaszel wymiotny gruźlików. Złe wchłanianie pokarmów następuje w wypadku uszkodzeń błony śluzowej je-

lit w przebiegu *enteritis chronica*, *enterocolitis*, *appendicitis chronica* i raków przewodu pokarmowego ze zwężeniem i rozvolnieniami. Zmiany patologiczne wątroby, trzustki, płuc mogą być przyczyną zaburzeń w procesach asymilacji pokarmów. Wreszcie, w przypadku jakiegokolwiek wychudnięcia należy poszukiwać objawów nadczynności tarczycy, w pierwszym rzędzie wzmożonej przemiany materii. Przystępując do leczenia, należy przede wszystkim odkryć przyczynę wychudnięcia (leczenie etiologiczne). W następstwie starać się należy o zmniejszenie wydatków energetycznych (dostateczny odpoczynek) i o zwiększenie dowozu pokarmów. Z leków autorzy szczególnie zalecają insulinę w dawce od 20 do 90 jednostek dziennie w dwóch lub trzech wstrzykiwaniach. Najlepsze wyniki osiąga się insuliną w leczeniu wychudnięcia t. zw. pierwotnego i pochodzenia wewnątrzwydzielniczego, w szczeg. tarczyczego.

H. Szpidaum.

Choroby dzieci.

I. SKRZYŃSKAJA i J. PAWŁOWA. **Znaczenie jąder kostnienia jako oznaki dojrzałości noworodka.** (Wopr. Ped. t. IV, z. 3/1932).

Rentgenologiczne badanie jąder kostnienia nie posiada rozstrzygającego znaczenia dla określania dojrzałości noworodka, lecz stanowi nowe kryterium w ogólnoklinicznej jej ocenie. Noworodek, nie posiadający jądra B e c l a r d a, jest niewątpliwie niedojrzały. Dojrzałe noworodki posiadają w 100% jądra kostnienia B e c l a r d a, w 70% jądro kostnienia górnej nasady kości piszczelowej. Niewątpliwie niedojrzały płód o wadze większej od 2000 gr. posiada przynajmniej jedno jądro kostnienia, a mianowicie jądro B e c l a r d a. Procesy kostnienia u niedojrzałych płodów z pośród bliźniąt są silniej wyrażone, aniżeli u podobnych dzieci jedнопłodowych.

H. J.

W. BIRK. **Postać epilepsji dziecięcej przebiegająca z czasowymi porażeniami wiotkimi.** (Monatschr. f. Kind. Wrzesień 1932).

Opis trzech przypadków, w których przy końcu pierwszego roku życia zaczęły występować czasowe (niekiedy trwające kilka dni) porażenia wiotkie, dotyczące bądź mięśni twarzy bądź mięśni kończyn. Nie było zaburzeń w odruchach ani zamroczenia świadomości. Stan ten trwa nadal (jedno z dzieci jest obserwowane od 4 lat); autor uważa go za jedną z postaci epilepsji, za czem przemawia: okresowość przebiegu, niekiedy występująca „aura”, wreszcie upośledzenie rozwoju duchowego u jednego z dzieci.

H. Petrynowska.

J. SIEGL. **Przypadek zapalenia mózgu po różyczce.** (Arch. f. Kinderheilk. Październik 1932).

Następuje opis przypadku zapalenia mózgu u 9-letniej dziewczynki w okresie rekonwalescencji po przebyciu różyczki. Zejścia pomyślne.

H. Petrynowska.

Ch. COHEN i G. RUELE. **W obronie mleka surowego.** (Rev. Franç. de Péd. Nr. 3/1932).

Autorzy otrzymywali dobre wyniki, stosując surowe mleko u dzieci z zaburzeniami żołądkowo-jelitowymi. Zaznaczają jednak, że uważają mleko surowe za pokarm leczniczy, który w razie poprawy należy zaraz odstawić. W przypadkach, gdzie przeważały wymioty, podawali małe ilości 1–2 godziny, tam gdzie przeważały biegunki, stosowali mleko rozcieńczone w normalnych odstępach czasu. Aby przeciwdziałać odwodnieniu, zastrzykiwano przytem dzieciom do otrzewnowo w dużych dawkach krew rodziców z cytratem. Zastrzyki te były dobrze znoszone i nie dawały objawów podrażnienia otrzewny.

H. Petrynowska.

Choroby nerwowe i psychiczne.

Th. SCHWARTZ. **Typy anatomiczne glejaków mózgu.** (Der Nervenarz. I. V.9 444-456 1932).

Niepotrzebnie zraża autor przeciętnego czytelnika, czującego zazwyczaj awersję do anatomii, zwłaszcza mózgu, groźnym tytułem anatomicznym, gdy chodzi o sprawę mniej treści teoretyczno-anatomicznej jak praktyczno-lokalizacyjnej. Przed laty 50-tu odkryto typowe umiejscowienie niektórych guzów mózgu (neurofibromatów i neurinomatów) w kącie mózdkowo-mostowym, w ostatnim dziesięcioleciu ustalono swoistą lokalizację pewnych guzów mózgu (przysrodkowo-mózdkową) i oponiaków mózgu (szpara węchowa, okolica nadsiodelkowa). Usiłowano też ustalić pewne typy histogenetyczne (medulloblastoma, ependymoma, oligogliocytoma), posiadające wprawdzie raczej wartość teoretyczną. Schwartz z Frankfurtu, głośny ze swoich prac klasycznych nad wylewami porodowymi i starcami w mózgu, omawia na dużym materiale własnym (400 guzów mózgu z ostatniego dziesięciolecia) badanie histogenetyczne nowotworów i związane z tem sprawy czysto praktyczne. Czy istnieją pewne typy guzów samej substancji mózgowej czyli glejaków, sprężone stale ze stałą lokalizacją? brzmi pytanie zasadnicze. Okazało się, że nie tylko pewne guzy oponowe,—jak poprzednio przypuszczano,—ale i guzy samej istoty nerwowej dają nieraz stałe, typowo umiejscowione anatomiczne obrazy chorobowe, ze stałym punktem wyjścia, formą i rozległością nowotworu, by wspomnieć o względnie częstych i w kącie między półkulą mózgu a spoidłem, w obrębie gyrus frontalis inferior, gyrus centralis posterior, gyrus supramarginalis i t. d. Samych typów glejaków skroniowych wymienia autor w tem doniesieniu tymczasowo 5, czolowych 4. Schwartz chce wierzyć, że po opracowaniu dokładnem materiału własnego (oraz wielkiej pracowni amerykańskiej Cushinga) i po ściślejszem rozgraniczeniu typów ułatwi się znacznie rozpoznanie i orientację przedoperacyjną chirurgowi co do praktycznie ważnych szczegółów (punkt wyjścia, forma, kierunek rozrastania się guza). 7 stronicowy artykuł, ozdobiony 10-ma przekonywującymi rysunkami, wygłoszony na Zjeździe neurologów niemieckich, zapowiada opracowanie monograficzne tematu. (U nas w tejże materji ogłaszał prace, mniej w duchu lokalizacyjnym jak histopatologicznym J. Mackiewicz. Ref.).

H. Higier.

W. BRIK. **Padaczka dziecięca z przemijającymi porażeniami wiotkimi przebiegająca.** (Monatschrift für Kinderheilkunde z. 55, str. 28-38 1932).

Z kliniki pediatrycznej Tybingi autor opisuje 3 odnośne przypadki u dzieci jedno- i dwurocznych, u których występowało w pewnych odstępach porażenie napadowe jednej kończyny lub połowy ciała. Trudne na początku rozpoznanie zostało umożliwione, gdy w dalszym przebiegu do porażennych napadów przyłączyły się napady typowe, drgawkowo-epileptyczne. Birk w rozpoznaniu różniczkowym bierze pod uwagę t. zw. „porażenie okresowe kończyn” Westphala, cierpienie rodzinno-dziedziczne, u nas klasycznie naszkicowane przez Galdflama, odznaczające się zupełnie swoistym napadowym brakiem pobudliwości elektrycznej i odruchów ścięgowych. (Tę bardzo rzadką postać padaczki porażennej opisał jednocześnie z prof. Binswangerem przed laty 35-ciu szczegółowo w kilku pracach w Gazecie Lekarskiej i w Neurologisches Zentralblatt, a uznał jej prawo obywatelstwa później Oppenheim w swoich podręcznikach i przypadki te wówczas już kierowałem do operacji, rozpoznając mimo nieobecności drgawek padaczką objawową. Ref.).

H. Higier.

Streszczenia pojedyncze.

Fizjologia normalna i patologiczna.

A. JUŻELEWSKI. **Fizyczne i fizjologiczne czynniki ciśnienia płynu mózgowordzeniowego.** (Sow. Newropat. Psichj. i Psichohigj. Nr. 9-10 1932).

W leżącym lub poziomem ułożeniu człowieka, kiedy zostaje wyłączony czynnik hydrostatyczny, płyn mózgowordzeniowy może pozostawać w warunkach fizjologicznych w odcinku lędźwiowym worka twardówkowo - pajęczynówkowego pod ciśnieniem 200 mm. słupa wody. Ciśnienie zaś powyżej 200 mm. należy uważać za patologicznie wzmożone. O obniżeniu ciśnienia płynu mózgowordzeniowego nie możemy mówić, gdyż nie znamy takich określonych stanów klinicznych, którym z reguły towarzyszy ciśnienie płynu mózgowordzeniowego poniżej określonej granicy. W rozmaitych odcinkach worka mózgowordzeniowego nawet w pozycji leżącej (poziomej) ciśnienie płynu mózgowordzeniowego w tym samym czasie jest niejednakowe. W odcinkach, bliżej do mózgu położonych, a zwłaszcza w dużym zbiorniku jest ono wogóle niższe. Za granicę fizjologicznego ciśnienia w dużym zbiorniku uważać należy 150 mm. słupa wody. Różne ciśnienie w różnych odcinkach worka twardówkowo-pajęczynówkowego (w leżącym położeniu człowieka, kiedy został wyłączony czynnik hydrostatyczny) zależy od rozmaitego ciśnienia, panującego w zatokach żylnych międzytwardówkowych danych odcinków, zbudowanych według zasad pracłonowych, w których prąd krwi odbywa się przeważnie w płaszczyźnie prostopadłej do osi układu mózgowordzeniowego. W pozycji siedzącej człowieka ciśnienie płynu mózgowordzeniowego stopniowo spada w kierunku dogłowym worka twardówkowo-pajęczynówkowego. W żadnym bądź razie nie można oceniać ciśnienia płynu mózgowordzeniowego w dowolnym odcinku worka twardówkowo - pajęczynówkowego na podstawie szybkości, z jaką wypływa on przez igłę do nakłucia. Najbardziej idealnymi pod względem dokładności pomiarów ciśnienia zgodnie z prawami fizyki są otwarte manometry, zbudowane według zasad naczyń komunikujących się zapomocą bezpośredniego połączenia ich z igłą do nakłucia. Do mierzenia ciśnienia w odcinku lędźwiowym nadają się również pneumatyczne i t. zw. pudełkowe manometry (C l a u d e, E s k u c h e n). Używane przez autora w ostatnich czasach zarówno w nakłuciach lędźwiowych (w kształcie litery L), jak również w nakłuciach podpotylicowych (w kształcie litery V) manometry składają się z trzech rurek szklanych długości 25 cm o średnicy światła 0,2 cm. Zaopatrzone są one w specjalne spojne z nimi metalowe mufeczki, które pozwalają szybko przyłączyć jedną do drugiej w razie potrzeby wydłużenia manometru (przy wysokich ciśnieniach). Skala w centymetrach i półcentymetrach nacechowana jest na samych rurkach manometru. Do trzymania manometru niepotrzebny jest asystent. Światło wewnętrzne rurek manometrycznych jest obliczone z takim wyrachowaniem, ażeby z jednej strony wyłączać działanie włosowatości i zapewnić łatwą ruchomość płynu w manometrze, przyjmując, że jego lepkość jest nie o wiele większa, aniżeli lepkość wody, z drugiej zaś ażeby nie trzeba było używać dużej ilości płynu mózgowordzeniowego do pomiarów jego ciśnienia. Przy średnicy światła, równej 2 mm., objętość płynu w rurce na każde 100 mm. wysokości słupa równa się 0,314 cm.³ czyli około 5 kropeł. Położenie ciała wywiera istotny wpływ na ciśnienie płynu mózgowordzeniowego. Stan uczuciowy silnie wpływa na ciśnienie płynu mózgowordzeniowego. Próby znalezienia klucza do dynamiki płynu mózgowordzeniowego w rozmaitych jego stanach patologicznych zapomocą wzorów matematycznych nie zostały dotąd uwieńczone powodzeniem.

L. H.

Choroby jamy ustnej, nosa, gardła i uszu.

N. ZAK. **Istota i etiologia zanikowego nieżytu nosa.** (Żurn. Uszn., Nos. i Gorł. Bol, Nr. 5-8/1932).

Zanikowy nieżyt błony śluzowej nosa (*ozaena genuina*) jest schorzeniem roślinnego układu nerwowego (głównie współczulnego, być może, wyłącznie jego zwojów lub poszczególnych ich jąder). Często stwierdza się związek z nieprawidłową czynnością gruczołów dokrewnych w ustroju. Zaburzenia czynności roślinnego układu nerwowego i narządów wewnątrzwydzielniczych w nieżycie zanikowym nosa mogą stanowić, zgodnie z obserwacją i badaniami anatomo - patologicznymi, skutek przebytej choroby zakaźnej (odra, błonica, dur i t. d.). Operacyjne niszczenie podstawy kostnej nosa lub innych części twarzy, jak również wszczepianie wszelkich ciał obcych pod błonę śluzową nosa powinny być ostatecznie zarzucone w leczeniu zanikowego nieżytu nosa jako zupełnie bezcelowe i zbędne męczenia chorych, czasami zresztą nie pozbawione niebezpieczeństw. Dalsze badania i doświadczenia powinny być zwrócone w kierunku znalezienia dróg i metod zadziałania w zanikowym nieżycie nosa na roślinny układ nerwowy (współczulny) i na narządy wewnątrzwydzielnicze ustroju. Ponieważ zanikowy nieżyt nosa występuje najczęściej u osób młodych, nawet w wieku dziecięcym po chorobach zakaźnych, dlatego lekarze — laryngolodzy w szpitalach i ambulatoriach dziecięcych powinni zwrócić szczególną uwagę na przebieg, rozwój i obraz anatomo - patologiczny t. zw. kataru przewlekłego, nie ograniczając się do zwykłego rozpoznania i zalecania osławionych kropeł protargolowych do nosa. Już w wieku dziecięcym udaje się czasami stwierdzić początek zaniku, kiedy jeszcze nie ma żadnego szczególnego zapachu, ani wytwarzania strupków. Być może, zapomocą wcześniej rozpoczętego leczenia uda się powstrzymać rozwój tego podstępного procesu i zapobiec powstaniu obrazu prawdziwego zanikowego nieżytu błony śluzowej nosa. Autor uważa, że zapobieganie tej przykłej chorobie leży w rękach lekarzy-laryngologów w szpitalach i przychodniach dla dzieci.

H. L.

A. M. PUCZKOWSKI. **Wytwórcze przywrócenie końca nosa.** (Żurn. Uszn., Nos. i Gorł. Bol. Nr. 3-4/1932).

Przy wytwórczym przywracaniu końca nosa zaleca autor branie płata skórnoego z górnej wargi lub z bocznej okolicy policzków. Szczegóły tego postępowania są widoczne z załączonych rysunków schematycznych. Metoda ta jest zbliżona do zaproponowanej przez J o s e p h a operacji wytwórczego przywrócenia przegrody nosowej, lecz różni się od niej pewnymi szczegółami.

L.

A. PYTEL. **O mieszanych guzach warg.** (Wien. kl. Woch. Nr. 31 1932).

Autor podaje opis własnego spostrzeżenia guza mieszanego wargi górnej. Te nowotwory mieszane są przeważnie kuliste, są otoczone torebką, której nie przerastają, rosną bardzo powolnie, należy więc je uważać za dobrotliwe.

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

G. S. TOPROWER. **Forsowna metoda całkowitej plastyki nosa.** (Wien. kl. Woch. Nr. 33/1932).

Autor podaje opis kilowego ubytku nosa, który operowano w dwóch etapach. Chora opuściła po upływie około 7 tygodni szpital. Wynik operacyjny po upływie roku był zupełnie zadowalający.

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

Choroby narządów trawienia.

CHABROL. Leczenie kamicy żółciowej środkami choleretycznymi. (Nutrition 5-1932).

Ma ono na celu wzmoczenie wydzielania żółci bez wywołania zaburzeń w pęcherzyku, bez uruchomienia kamieni. Zadaniem cholerezy jest drenowanie wątroby, zmienionej wskutek kamicy i infekcji pęcherzyka żółciowego. Wskazana jest nazajutrz po cholecystektomji przy żółtaczkach utajonych, towarzyszących kamicy. Zmniejsza cholesterynię. Do środków działających najbardziej żółciotwórczo należą glikol i taurocholaty, atofan. Z pośród roślin *Folia Absynthi*, *Chamomillae*, *Rosmarini*, *Menthae*. Odróżnia się środki działające bezpośrednio i pośrednio. Bezpośrednio — wstrzyknięte dożylnie wzmagają szybko i znacznie wydzielanie żółci. Są to pochodne związków aromatycznych, w pierwszym rzędzie atofan. Wzmaga on wydzielanie żółci, zawierającej więcej soli żółciowych. Zawartość bilirubiny nie zmienia się. Po atofanie następują sole kwasów żółciowych, które, podobnie do atofanu, dają żółć bardziej wodnistą, z większą ilością żółcianów. Energicznie działają również naftany, naftole, pochodne bromu, jodu, rtęci, kwasu salicylowego, rezorcyna, hydrochinon, floroglucyna. Z pochodnych tłuszczowych oleinian sodowy. *Choleretica* pośrednio pobudzają błonę śluzową dwunastnicy, pęcherzyka żółciowego do wydzielania hormonu pobudzającego cholerezę (sekretyna, kwas solny, $MgSO_4$, wody mineralne).

T u r y n.

CHIRAY i PAVEL. Wskazania do przepłukiwania dróg żółciowych sondą dwunastniczą. (Nutrition 5-1932).

Kamica pęcherzyka niezainfekowanego. Zabieg ten teoretycznie przeciwwskazany, praktycznie sprowadza ulgę przemijającą, zmniejsza bóle, żółtaczkę, objawy dyspeptyczne, bóle głowy, reguluje wypróżnienie, poprawia samopoczucie ogólne, odżywianie. Nie u wszystkich jednak daje taki efekt, lecz zgóry trudno określić komu pomoże. Naogół przepłukiwanie 12-cy wskazane jest bardziej u chorych z pęcherzykiem dużym, bolesnym, ruchomym lub lekko nacieczonym, z zachowaną komunikacją. Nie odpowiadają na przepłukiwania pęcherzyki małe, obkurczone, przyrośnięte. Wyjaśnienie mechanizmu poprawy od przepłukiwań jest trudne. Prawdopodobnie działają przeciwwzapalnie, utrzymując otwarty zwieracz *O d d i*, umożliwiają wypływ żółci przez wszystkie przewody i ułatwiają dezynfekcję i detoksykację żółci, przeciwdziałają powikłaniom ze strony trzustki. Kamica pęcherzyka zainfekowanego. Przepłukiwanie jest tutaj mniej wskazane. *V i n c e n t* poleca je przed cholecystektomją dla uniknięcia *angiocholitis* pooperacyjnej. Jest to jednak wskazanie teoretyczne, gdyż ta kategoria chorych niechętnie poddaje się przepłukiwaniom. Kamica przewodu wspólnego była pierwotnie wskazaniem do przepłukiwań sondą 12-czą. Stosowana przez *A l l a r d a* metoda (300 ccm. 15% $MgSO_4$) jest zbyt brutalna. O ile podczas zabiegu powstaje kolka, wstrzykuje papawerynę samą lub z atropiną. Zamiast $MgSO_4$ daje czasem 300 ccm. oliwy. *S c h o e n d u b e* wstrzykuje 2 ccm. hinofizyny codziennie. *B r u g s c h* nie sonduje wcale; podaje 100 ccm. 15% $NaSO_4$ i dożylnie 0,5 — 1,0 atofanu. Po 20 — 30 minutach wstrzykuje jeszcze 0,5 mgr. histaminy. Przepłukiwania po cholecystektomji. Zasadnicze wskazania: 1) Nastawienie odruchu zwieracza *O d d i*, którego nadmierny skurcz jest bolesny i zjawia się wkrótce po zabiegu. Zwieracz nie zawsze otwiera się w chwili przypływu żółci, a ta retencja powoduje ból. 2) Infekcja dróg żółciowych. Sondowanie i przepłukiwanie jest zabiegiem jedynym i niezastąpionym. Nadają się chorzy, operowani w okresie gorączki z objawami *angiocholitis*. Przepłukiwania obniżają t° , zmniejszają żółtaczkę, stan ogólny poprawia się. Stopniowo ustępuje z żółci ropa. 3) Przetoki żółciowe powoli się gojące. Przepływ żółci przez drogi natu-

ralne zmniejsza jej przepływ przez przetokę, co wpływa na szybsze gojenie się.

T u r y n.

ABRAMI. Odkazanie pęcherzyka żółciowego środkami wewnętrznymi. (Nutrition 5-1932)

Najsukuteczniejsze jest odkazanie mechaniczne za pomocą zwiększenia przepływu żółci, pozatem środki, które wydzielają się w żółci i stwarzają w niej środowisko odporne na infekcję, więc związki antyseptyczne, chemiczne, czynniki fizyczne i zmieniające Ph. Odosobnione zakażenie żółci — bakterjocholja jest złudzeniem. Jednocześnie zawsze zakażona jest ściana pęcherzyka. Najlepiej ilustruje to infekcja durowa, po której ściana pęcherzyka wydala stale do żółci bakterje i tylko cholecystektomja może tej infekcji położyć kres. Żółć może być jałowa, pomimo, że ściana woreczka usiana jest bakterjami. Drugą przeszkodą, utrudniającą dezynfekcję są kamienie, ciała obce, do których przenikają bakterje, czyniąc z nich źródło infekcji. Odkazanie pęcherzyka wika się zwykle odkazaniem krwi, wątroby i źródeł pierwotnego zakażenia. *Cholecystitis* bez *hepatitis* nie istnieje. Do pęcherzyka infekcja przychodzi z wątroby, czego dowodzi podwyższona t° i dreszcze, powiększona wątroba, żółtaczką. *Cholecystitis* i *hepatitis* powstają najczęściej przez infekcję krwio-pochodną. Pierwotnym ogniskiem są migdałki, zęby, najczęściej jelito. Najoporniejszą przeszkodę stanowi obstrukcja przewodu wspólnego lub pęcherzykowego. Seroterapia chybja celu, gdyż bakterje infekujące pęcherzyk nie stwarzają odporności. Jakkolwiek urotropina wydziela się do żółci, nie zabija ona bakteryj; podobnie bez efektu pozostają pochodne kwasu salicylowego, jodek potasu, błękit metylu, choleval, tryptaflawina. Środki chemiczne naogół zawodzą. Zmiana stężenia jonów wodorowych, która przez zakwaszenie hamuje rozwój *b. coli* w moczu, zawodzi w środowisku żółci. Przesunięcie odczynu żółci w kierunku kwaśnym jest bardzo trudne. O wiele łatwiejsza jest jej alkalizacja. *B. coli* ginie przy Ph = 7,8, paciorkowce i prątki para B przy Ph = 8,0, *proteus* przy Ph = 8,4. Stężenia takie udaje się osiągnąć przez podanie sody, i metoda ta jest w tej chwili najbardziej obiecującą. Praktycznie jednak niezłe wyniki można uzyskać dzięki urotropinie, pochodnym akrydyny (*rivanol*, *tripaflawina*), alkalicznym wodom mineralnym.

T u r y n.

GATELLIER. Wnioski chirurgiczne w żółtaczkę na tle kamicy. (Nutrition 6-1932).

Od czasu *K e h r a*, który uzupełnił choledochotomję drenowaniem przewodu wątrobowego w chirurgji kamicy nie zmieniło się wiele. Ostatnio zwrócono uwagę na zmiany mięszone wątroby wklajające żółtaczkę mechaniczną, a w związku z tem powstało zagadnienie momentu operacji. Śmiertelność z 43% operowanych późno spada do 3% przy operacjach wczesnych. Mimo jednakże doskonałości do jakiej doszli chirurdzy w omawianym zabiegu należy on do najbardziej zwo-dniczych. Bez względu na dokładność operacji, na łatwość jej przebiegu każdy chirurg traci niektórych chorych parę dni lub parę godzin po niej, choć nie było ani krwawienia, ani innych powikłań. Winę ponosi niedomoga wątroby. Pierwotnie zwrócono uwagę na czas krwawienia, krzepliwość, rodzaj znieczulenia, lecz okazało się, że niedomoga polega na zmianach komórkowych, zaniku ostrym lub podostrym wątroby. Żółtaczkę te są źle rozpoznawane, operowane są jako kamice, gdy nadają się tylko do leczenia wewnętrznego. Jak odróżnić te stany? — Duża wątroba przemawia za kamieniem, jest regularna, mało bolesna. Długotrwała żółtaczką mechaniczną po ustąpieniu przeszkody znika szybko; zmiany marskie nie rozwijają się dalej. Podczas zastoju żółci tkanka łączna rozwija się b. powoli, okołozrazikowo, to samo dzieje się ze zmianami mięszo-wymi, które cofają się zupełnie. Uważają, że poza żółtaczką odpowiadającą nasileniem powiększonej wątrobie niema żół-

taczki chirurgicznej. Inaczej, gdy zmiany zastoinowe i infekcyjnozanikowe wyrażone są jednakowo. Wtedy należy zważyć wartość komórki wątrobowej, od niej zależy wynik zabiegu. Ze wszystkich badań największą wartość ma galakturja w modyfikacji F i e s s i n g e r a. Ważne jest zgłębnikowanie, które często powtarzane daje za każdym razem więcej żółci, przyczem kamień wychodzi z przewodu. Bez kilkakrotnie powtórnego zgłębnikowania i przepłukiwania $MgSO_4$ nie wolno decydować się na operację. W przypadkach zainfekowanych wstrzykuje przez 5 dni przed zabiegiem urotropinę. Odporność wątroby podnosi metodą U m b e r a. Przeciwno skazie krwotocznej dobre są małe transfuzje krwi (50 — 80 ccm.). Wybornym środkiem przygotowawczym są iniekcje wyciągów wątroby. Wybór narkozy jest sporny. H a r t m a n n używa chloroformu, znieczulenie lędźwiowe jest zarzucone, miejscowe wymaga wiele czasu. T u r y n.

Choroby kobiet i położnictwo.

H. PIQUEAUD i H. ANDRÉ. **Współczynnik Maillarda a wymioty ciężarnych.** (Gynec. et Obstétr. Nr. 4/1932).

Za każdym razem, kiedy krzywa, przedstawiająca współczynnik M a i l l a r d a, stopniowo się podnosi i przekracza liczbę 25 lub 30, ma się do czynienia z zespołem wymiotów szczególnie ciężkich, wobec których należy się liczyć z przerwaniem ciąży. Przeciwnie, za każdym razem gdy ta sama krzywa prawidłowo się obniża, bez względu na wysokość punktu wyjścia, odczytywanie jej pozwala śledzić za poprawą stanu i powrotem do stanu normalnego. Jest jasne, że ten sprawdzian okazuje całą swoją wartość tylko w związku z innymi czynnikami prognostycznymi u chorych, dotkniętych ciężkimi wymiotami ciążowymi. Od trzech lat, odkąd przeprowadza się szczególnie uważnie badania nad zachowaniem się rozmaitych czynników prognostycznych na klinice położniczej, znaczenie krzywej współczynnika M a i l l a r d a nigdy nie zawiodło. J. H. L.

H. GOECKE. **Poród w przypadku rozszczepionej miednicy.** (Zbl. Gynaek. Nr. 43/1933).

W opisywanym przez autora przypadku chodziło o wrodzoną rozszczepioną miednicę (t. j. z ubytkiem spojenia kości łonowych) z towarzyszącym zniekształceniem obręczy miednicowej w postaci rozszczepienia mięśni, prostej i dwurożnej jednoszyjowej macicy (*uterus bicornis unicollis*). Obie te nieprawidłowości należy uważać za najsłabszy stopień zniekształceń we wrodzonej miednicy rozszczepionej. Przypadek ten przemawia również przeciwko pogładowi, że zdarzają się wrodzone miednice rozszczepione bez towarzyszących zniekształceń obręczy miednicowej. Przebieg porodu wykazuje w typowy sposób pewne szczegóły, często w tych razach spotykane: przedwczesny poród, wewnątrzmaciczną śmierć płodu i konieczność operacyjnego zakończenia porodu. Nie wystąpiło natomiast w przypadku autora nigdy prawie nie brakujące wypadnięcie narządów rodnych. Należy to zapewne tłumaczyć nieznacznym rozciągnięciem dróg porodowych, które nastąpiło wskutek porodu. Charakterystyczny dla wrodzonej miednicy rozszczepionej jest następujący szczegół: brak pępka w normalnym miejscu. Jeżeli zamiast pępka znajduje się powyżej spojenia przeważnie bliznowate wciągnięcie powłok brzusznych, można przyjąć z pewnością, że ma się do czynienia z wrodzonym nieurazowym ubytkiem spojenia kości łonowych, a więc z miednicą rozszczepioną w ścisłym znaczeniu tego słowa. J. H. L.

I. VOUCKEN. **O nadzwyczaj wielkim uchyłku Mekkela u noworodka, który doprowadził do utrudnienia porodu.** (Zbl. Gynaek. Nr. 42/1932).

Autor podaje opis przypadku, w którym noworodek przyszedł na świat z silnym wzdęciem brzucha, działającym

utrudniającym na poród. Postawiono rozpoznanie wodobrzucha i dokonano nakłucia brzucha. Po nakłuciu nastąpiło ponowne zbieranie się płynu i zwiększanie objętości brzucha. Po 3 tygodniach nastąpiło zejście śmiertelne. Na sekcji stwierdzono olbrzymi uchyłek M e c k e l a. J. L. H.

S. A. GRINER. **Odczyn Bordet-Gengou jako metoda wykrywania kobiecej rzeżączki na oddziałach ginekologicznych.** (Ginek. i Akusz. Nr. 4/1932).

Wśród chorych na oddziałach ginekologicznych jest duża liczba kobiet, cierpiących na procesy zapalne o etiologii rzeżączkowej. Wśród chorych z rzeżączką na oddziałach ginekologicznych, wiele nie wie o swej chorobie i stanowi czynne źródło szerzenia się zakażenia. Całkowite ujawnienie chorych na oddziałach ginekologicznych wymaga powtórnego i wszechstronnego zbadania z zastosowaniem wszelkich nowoczesnych metod rozpoznawczych rzeżączki kobiecej. Odczyn B o r d e t - G e n g o u stanowi jedną z pomocniczych metod w wykrywaniu kobiet, chorujących na rzeżączkę. J. L. H.

A. A. SZEPIETINSKAJA. **Zmiany wydzieliny kanału szyi macicznej przy stosowaniu pesarjów Kaffki.** (Gin. i Akusz. Nr. 4/1932).

Fakt, że dobrze dobrane pesarium K a f f k i przysysa się do szyjki i przy zdejmowaniu bezwzględnie ją uraża, wywołuje zanieczyszczenie flory kanału szyjki i towarzyszące zaburzenia prawidłowego krążenia w tkankach szyjki; pozwala to na wyciągnięcie tego wniosku, że pesarja kauczukowa posiadają przewagę nad pesarjami K a f f k i w znaczeniu zmniejszania się urazu wobec braku działania ssącego. Odsetek zawodów jest niemierniejszy przy zastosowaniu pesarjów K a f f k i w porównaniu z pesarjami kauczukowymi. L. H. J.

W. SCHEIDT. **Doświadczenia z leczeniem hormonem jajnikowym w braku i skąpem miesiączkowaniu.** (Zbl. Gynaek. Nr. 42/1932).

W Ovarium - Panhormon „Henning“ posiadamy doкладnie dający się dawkować preparat jajnikowy. Wyniki otrzymane z jego pomocą były stosunkowo dobre. Przy podawaniu podskórnie osiąga się wyniki zapomocą znacznie mniejszych dawek, niż przy wyłącznym podawaniu doustnym. Na zalecanie zasługuje kombinacja podawania doustnego i pozajelitowego zrazu w stosunkowo dużych, potem stopniowo zmniejszonych dawkach. Być może, zalecać należy w cięższych przypadkach leczenie uprzednie luteoganiem „Henning“, który, jak się zdaje, wywiera wpływ na regenerację błony śluzowej macicy. J. H. L.

Choroby skóry, weneryczne i płciowe.

S. BOGDANOW i K. GAWRIŁOWA. **O dyfteroidach skóry.** (Sow. Wiest. Wener. i Derm. Nr. 9-10/1932).

Autorzy podają opis przypadku, dotyczącego 17-letniego mężczyzny, który nagle zachorował wśród ogólnego niedomagania, silnej bolesności w okolicy otworu odbytowego. Po 3-4 dniach bóle były tak silne, że chory nie mógł leżeć, ciepłota zaś podniosła się do 39°. Przy przyjęciu na klinikę stwierdzono w okolicy krocza i odbytu ostro odgraniczone powierzchowne owrzodzenie, przechodzące na sam odbyt, wielkości 12×15 cm o miękkich brzegach i nierównym lekko krwawiącym dnie, o normalnym zabarwieniu. W rozmazach z wydzieliny owrzodzenia nie znaleziono prątków gruźliczych, pałeczek D u c r e y a, krętków białych, ani grzybków drożdżowych. Przy barwieniu rozmazów pyoktaniną — chryzoidyną znaleziono liczne krótkie wielopostaciowe pałeczki, przypominające błonnicze, o typowych ziarnach B a b e s - E r n s t a. Prawdopodobnie w przypadku opisywanym schorzenie skóry i błony śluzowej prostnicy było wywołane przez pałeczkę typu błonniczego. Za swoistością otrzymanego przez

autorów prątką dla danego przypadku przemawia stała jego obecność w wydzielinie owrzodzenia, jak również dodatni wynik odczynu skórniego, wyraźny wynik leczniczy bezpośrednio po zastosowaniu autoszczepionki, potem jak trzymiesięczne leczenie miejscowe pozostało bezskuteczne; za błoniczym charakterem prątką przemawiają jego cechy morfologiczne, właściwości barwienia się w rozmazach, stosunek do fermentacji węglowodanów. Przeciwno istnieniu w danym przypadku błonicy przemawia zarówno ujemny wynik badania otrzymanego prątką na zjadliwość, jak również bezskuteczność stosowania surowicy przeciwbłoniczej. Zachęcające wyniki zastosowania leczenia szczepionkowego przemawiają za dalszemi próbami w analogicznych przypadkach.

L.

Fr. WORINGER i St. KWIATKOWSKI. **Histiocyfoma skóry.** (Ann. de Derm. et Syph. Nr. 11/1932).

Guzy, opisywane przez autorów, przypominają pod względem pewnych cech *xanthoma* skóry. Jak to wykazał L é v y - C o b l e n t z, rozpatruje się obecnie klasycznie *xanthoma* jako dobrotliwe guzy układu siateczkowo - śródbłonkowego, w których zostały obficie zmagazynowane lipoidy. Z jednej strony istnieje kategoria guzów, zbliżonych do *xanthoma* pod względem nacieczenia lipidowego, któremu one uległy. Rozchodzi się tutaj o guzy, mające za punkt wyjścia te same komórki, t. j. histiocyty, które rozpoznaje się dzięki ich własności „przyżyciowego barwienia się”. Lecz to nacieczenie lipidowe jest słabiej lub silniej zaznaczone, i spotyka się postacie przejściowe między typowymi *xanthoma* a guzami o wyglądzie włóknistym, które należy badać szczególnie uważnie zapomocą swoistego barwienia, ażeby wykryć w nich zjawisko przyżyciowego barwienia się, t. j. magazynowanie tłuszczów. Z drugiej zaś strony istnieją guzy włókniste skóry, których komórkę wyjściową stanowią fibroblasty, zdolne do wytwarzania kollagenu, lecz nie dające się barwić przyżyciowo. Być może, guzy, opisywane przez autorów, są guzami histiocytarnymi, których elementy nie barwią się przyżyciowo i nie dają się wskutek tego zidentyfikować z całą ścisłością. Być może, istnieje *histiocyfoma*, który nie ujawnia nacieczenia tłuszczowego. Obok nich istnieją guzy, umiejscowione w ścianie brzusznej lub okolicy pępkowej, o rozwoju postępującym, bardzo odporne na leczenie, wykazujące bardzo dużą skłonność do szybkiego bujania po zniszczeniu. Histologicznie są to włókniaki - mięsaki o pewnych cechach szczególnych, pozwalających na ich rozpoznanie. Lecz guzy te nigdy nie wykazują własności przyżyciowego barwienia się. Nie należy mieszać *histiocyfoma* z tą drugą grupą guzów, ani innemi nowotworzeniami włóknistymi (przerost tkanki włóknistej, skórne włókniaki postępujące i nawracające D a r i e r a i F e r r a n d a). Fibrocyty, w ścisłym znaczeniu tego słowa, nie mogą ulec zwyrodnieniu lipidowemu. Guzy włókniste nie pochodzą od wielowartościowej komórki histiocytarnej, lecz od fibrocytu, nie posiadającego własności przyżyciowego barwienia się. Czasami spotyka się w piśmiennictwie wzmianki o tem, że guzy włókniste mogą ulec zwyrodnieniu lipidowemu. Najwidoczniej w przypadkach tych ma się do czynienia nie z włókniakami, lecz z *histiocyfoma* w ścisłym tego słowa znaczeniu, t. j. z guzami dobrotliwymi układu siateczkowo - śródbłonkowego w skórze.

H.

A. G. LOURIER i M. G. REIFF. **Przypadek uogólnionego strupnia woszczynowego.** (Ann. Derm. et Syph. Nr. 10/1932).

Autorzy podają opis uogólnionego strupnia woszczynowego, w którym zajęciu uległy nie tylko powłoki, lecz również układ krwionośny i chłonny. Szczególnie interesującym i ważnym w tym przypadku jest fakt, że obraz kliniczny, który zmusił autorów do przypuszczenia, iż mają do czynienia z uogólnionym procesem pochodzenia grzybicowego, został

potwierdzony przez dodatnie wyniki posiewu, który wykazał obecność *Achorion Schoenleini* we krwi i soku z gruczołów chłonnych. Nieczęsto stwierdza się obecność pasorzyta we krwi i układzie chłonnym. W całym odnośnym piśmiennictwie, któremu rozporządzali autorzy, znaleźli oni tylko to, że na 392 posiewy krwi na pożywkach, robione przez A m b r o s o l i e g o, otrzymał on dodatni wynik w jednym tylko przypadku, a mianowicie strupnia woszczynowego skóry owłosionej. Jeżeli chodzi o grzybicę strzygącą (*trichophytiasis*), dodatnie wyniki są o wiele częstsze. Znajdowano pasorzyty dziesięć razy w przypadkach grzybic strzygącej powierzchniowej, dwa razy w grzybic strzygącej głębokiej i jeden raz w przypadku grzybic drobnozarodnikowej. Jeżeli chodzi o obecność pasorzytów w gruczołach chłonnych, to jedynie S u t t e r otrzymał w r. 1920 pasorzyty w posiewie soku z gruczołów chłonnych. Leczenia biologicznego, ku swemu żalowi, nie mogli autorzy zastosować. Chorego poddano naświetlaniom promieniami R o e n t g e n a (skóra owłosiona) i smarowaniem jodyną. Dotknięte paznokcie usuwano chirurgicznie, zaś ciało pokryte maścią W i l k i n s o n a. Wszystkie objawy chorobowe ustąpiły, pozostało jedynie nieznaczne powiększenie gruczołów chłonnych. Wykonane w rok później posiewy ze krwi i sok z gruczołów chłonnych dały wyniki ujemne.

L.

U. THIRY. **O znaczeniu badania ultramikroskopowego w przypadkach podejrzanych o kiłę pierwotną.** (Ann. Derm. et Syph. Nr. 10/1932).

Autor przytacza przypadki, obrazujące ważność badania ultramikroskopowego w rozpoznawaniu przymiotu. W szczególności prawdziwą *Treponema pallidum* S c h a u d i n n a można wykazać z największym prawdopodobieństwem i rozpoznawać z rzekomo bezwzględną pewnością nie na preparatach barwionych, lecz jedynie na czarnym tle. Badanie musi być jednak przeprowadzone przez specjalistę przyzwyczajonego widzieć krętki w stanie żywym. I ten jeszcze może spotkać przypadki wątpliwe, w których konieczne jest przeprowadzenie badań porównawczych, uciekając się jako do kontroli do krętków, pochodzących z niewątpliwego przypadku ludzkiego lub zwierzęcia, zakażonego doświadczalnie. Co się tyczy rozmaitych krętków, otrzymanych *in vitro* przez pewnych autorów pod nazwą *Treponema pallidum*, zachodzi pytanie, czy produkt wyjściowy nie zawierał obok jadu kilowego krętków analogicznych, lecz nieswoistych, a zatem niechorobotwórczych, i czy to nie one zaczęły się szybko rozmnażać, gdyż hodowla prawdziwego krętka blądęgo dotąd się jeszcze nigdy nie udała.

L.

A. SÉZARY. **Zagadnienia kiły krajów egzotycznych.** (Ann. de Derm. et Syph. Nr. 11/1932).

W kolonjach i wielu krajach niecywilizowanych kiła przedstawia odmienne cechy, aniżeli w krajach kulturalnych. Nieleczona kiła ta cechuje się bogactwem objawów skórnych. Od początku ujawnia się ona w rozległych naciekowych zmianach skórnych. W późnych okresach objawia się w pelzających i drażących kilakach, pozostawiających po sobie ogromne blizny i rozległe spustoszenia. Umiejscawiając się szczególnie chętnie w skórze i kościach, przymiot pozostawia najczęściej nietkniętymi narządy wewnętrzne. W szczególności napastuje on tylko wyjątkowo układ nerwowy. Autor przypuszcza, że postępowanie lecznicze odegrało rolę, jeżeli nie wyłączną, to w każdym razie rozstrzygającą w nadaniu przymiotowi krajów niecywilizowanych jego szczególny charakter. Starodawność cierpienia odgrywa również, zdaniem autora, wtórną rolę uspasabiającą, zresztą zarówno w krajach egzotycznych, jak i w kulturalnych. Być może, należy brać pod uwagę również, lecz wyłącznie w pewnych okolicach i w pewnych przypadkach, wpływ zakażenia zimnicowego.

H.

Streszczenia pojedyncze.

Fizjologia normalna i patologiczna.

E KYLIN. **Badania nad ciśnieniem koloidoosmotycznym.** (Dtsch. Arch. klin. Med. t. 174, z. 5).

Ażeby zbadać, czy przypuszczenie, że ciśnienie koloidoosmotyczne (onkotyczne) w surowicy, osoczu i pełnej krwi jest jednakowe, określał autor jednocześnie ciśnienie koloidoosmotyczne w surowicy, osoczu i pełnej krwi. W większości przypadków różnica pomiędzy wartościami osocza, surowicy i pełnej krwi nie była większa lub tylko nieznacznie większa, aniżeli to można było wytłumaczyć granicą błędu metody. W 7 przypadkach pośród 41 znaleziono znacznie większą różnicę pomiędzy ciśnieniem koloidoosmotycznym surowicy a osocza. Jeden raz było ciśnienie koloidoosmotyczne w osoczu większe aniżeli w surowicy, 6 razy ciśnienie onkotyczne surowicy było większe niż osocza. Porównawcze oznaczanie ciśnienia koloidoosmotycznego w rozmaitych jednocześnie u tego samego osobnika pobranych próbkach osocza po dodaniu rozmaicie dużych ilości szczawianu lub cytrynianu wykazywały w pojedynczych przypadkach odchylenia bardzo znacznego stopnia. Jest wobec tego jasne, że przez dodawanie szczawianu lub cytrynianu do krwi wprowadza się źródło błędów, tak że oznaczanie ciśnienia koloidoosmotycznego w osoczu nie daje wartości, na których możnaby polegać. W 10 przypadkach określano ciśnienie koloidoosmotyczne bez i po dodaniu szczawianu lub cytrynianu. W większości przypadków różnice leżały w granicach błędu metody, dwa razy jednak były one większe.

Henryk J. L a n d a u.

A. ZIMKINA i L. ORBELI. **Wyniki podrażnienia mózdku.** (Fizj. Żurn. S.S.S.R. t. XV, z. 6).

Podrażnienie elektryczne mózdku prądem o sile, znajdującej się u progu pobudliwości, w ciągu 15 do 20 sekund wywołuje ruchy rozmaitego rodzaju kończyn, tułowia, głowy i ogona. W doświadczeniach tego rodzaju spostrzegano rozmaite ruchy i zwierzę (kot lub pies) podnosiło jedną lub obie przednie łapki ku głowie i pozostawało przez długi czas w pozycji „salut militaire“, robiło przednimi łapkami rozmaite ruchy chodu, czasami również wszystkimi czterema łapkami, wyprostowywało się na tylnych łapach, wyrażając przez swe położenie ruchy obronne i walki. Szczególnie często i w silnym stopniu występowały ruchy te u zwierząt, pozbawionych mózgu. Spostrzegane ruchy cechowały się długim czasem trwania okresu utajonego, charakterem tonicznym, powolnym rozwojem i długim utrzymywaniem się po ustaniu podrażnienia. W odczynie brała udział nie tylko kończyna tej samej strony, lecz również kończyna przeciwna, a czasami wszystkie cztery kończyny. Doświadczenia autorów nie pozwalały więc mówić o jakimś ściśle umiejscowieniu w mózdku. W bezpośrednim odczynie spostrzegano częściej zginanie kończyny tej samej strony, w następstwie zaś — jej wyprostowanie. Czasami występowało jednocześnie zginanie jednej i wyprostowanie drugiej kończyny; po ustaniu podrażnienia odczyn stawał się odwrotny. Otrzymuje się wrażenie, że podrażnienie mózdku powoduje dwojakiego rodzaju wyniki: główny wynik — częściej zginanie podczas drażnienia i wyprostowanie po ustaniu podrażnienia. Ten sam wynik spostrzega się w przypadkach ruchu głowy: podczas podrażnienia następuje zwrot głowy ku tej samej stronie, po ustaniu podrażnienia — zwrot ku stronie przeciwnej. Przy zmianach napięcia spostrzegano również nie tylko zmiany istniejącego napięcia, lecz również odwrotny jego podział. Obok tego spostrzegano również czasami trwale zastyganie w przyjętej pozycji, które utrzymywało się 7—10 minut. W pojedynczych przypadkach podrażnienie mózdku zwiększa napięcie plastyczne. Podrażnienie mózdku u psów z nieuszkodzonymi półkulami mózgowymi wywoływało

wybitnie wyrażone obustronne objawy współczulne: wytrzeszcz, skurcz trzeciej powieki i krwawienie tętnicze, prawdopodobnie, jako skutek podniesienia ciśnienia krwi. Przy przecięciu *n. vagosympathicus* na jednej stronie objawy współczulne ze strony oka odpowiedniej strony były znacznie słabiej wyrażone, albo też nie było ich wcale. Usuwanie warstwami części mózdku i zastosowanie podrażnienia elektrycznego na powierzchni przekroju wywoływało zwykły, lecz przytem znacznie spóźniony wynik. Podrażnienie mechaniczne wywoływało wynik, analogiczny do wyników, otrzymywanych przy podrażnieniu elektrycznym.

Henryk J. L a n d a u.

Medycyna Społeczna, Higiena, Epidemiologia i Statystyka.

L. FREUND. **W sprawie zapobiegania zawodowym chorobom skóry u fotografów.** (Wien. kl. Woch. N. 2/1933).

Metol, szczególnie w swym połączeniu z hydrochinonem może wywoływać silne zapalenia skóry, które, jak się zdaje, polegają na osobniczej wrażliwości. Również inne wywołujące, jak np. parafenyl dwuamina, amidol, adurol, neol, rodinal oraz szczawian żelaza mogą wywoływać podrażnienia skóry. Wielokroć wystarcza częste używanie wody, zwłaszcza jeżeli zawiera ona dodatek zasad, ażeby wywoływać wypryski, tak samo styczność z rozcżynami sublimatu. F r e u n d skonstruował przyrząd, zapomocą którego przez błony fotograficzne można przeciągnąć w jednym lub w dwóch rogach pętlę z nitki. Dzięki temu urządzeniu możliwe jest wykonywanie wszystkich manipulacji tak, że palce zupełnie się nie stykają z chemikaliami.

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

O. H. HENNEBERG. **O zapobieganiu zatruciu mięsem u człowieka.** (Wien. kl. Woch. N. 6/1933).

Mniej ważne jest rozpoznawanie pierwotnych paratyfóz zwierzęcych, wywołanych przez drobnoustroje z grupy *paratyphus - enteritis*. Poza dudem rzekomym cieląt nie są one niebezpieczne dla człowieka. Większe niebezpieczeństwo stanowią schorzenia bydła, przebiegające pod obrazem nieżyty jelit. Występują one wtedy, jeżeli ze spożyciem drobnoustrojów z grupy *paratyphus-enteritis* związane są silne uszkodzenia zwierzęcia w postaci nieracjonalnego żywienia, ciężkich porodów i t. d. Występują wtedy nieżyty jelit z ciężkimi objawami ogólnymi. Największe niebezpieczeństwo stanowią jednak t. zw. wtórne paratyfozy zwierząt. Powstają one, jak się zdaje, u zwierząt, cierpiących na inne ciężkie schorzenia, wtedy, gdy wskutek osłabienia ustroju przez chorobę pierwotną, znajdujące się w jelitach drobnoustroje z grupy *paratyphus-enteritis* mogą wtargnąć do ustroju. Rozpoznawanie takich niebezpiecznych stanów wymaga dużego doświadczenia. U tych podejrzanych zwierząt należy poddawać badaniu bakteriologicznemu gruczoły chłonne, próbki narządów i mięśni, i, jeżeli nawet tylko w jednej próbce stwierdzi się drobnoustroje, zwierzę nie nadaje się zupełnie do spożywania przez ludzi.

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

M. G. WOHLHUETER. **Serce górników.** (Strasbourg med. N. 29/1933).

Badania długoletnie i rozległe, przeprowadzane przez autora nad stanem serca i naczyń górników w kopalniach węgla, doprowadzają autora do poniższych wniosków. Należy starać się możliwie wszelkimi sposobami zwalczać wilgotną atmosferę w kopalniach węgla. Lekarze, pracujący wśród górników, powinni w każdym przypadku ucisku pozamostkowego, lekkiej nawet duszności i towarzyszących objawów nadciśnienia w tętnicach płucnych przeprowadzać badanie wskaźnika

spirometrycznego. Należy przeprowadzać dokładne badanie kliniczne i rentgenowskie narządów klatki piersiowej, gdyż, im wcześniej wykryje się objawy „serca górników”, tem lepsze będą widoki wyleczenia. Należy zalecać górnikom prowadzenie regularnego i higienicznego trybu życia, pożywienie bogate w witaminy, zajmowanie się sportami na świeżem powietrzu, rozwijającymi mięśnie oddechowe, i wykorzystywanie w miarę możliwości dobroczynnego wpływu promieni słonecznych. Dążyć należy do stworzenia na okres zimowy ośrodków zapobiegania chorobom serca i płuc, pod kierunkiem lekarza, któreby były zaopatrzone w pewną liczbę przyrządów mechaniczoterapeutycznych i lamp kwarcowych; do ośrodków powinien być przydzielony instruktor, nauczający gimnastyki oddechowej.

Henryk J. L a n d a u.

A. WINKELBAUER. Odkazanie rąk. (Wien. kl. Woch. N. 16/1933).

Samo tylko przemywanie rąk przez kilka sekund trixanem bez stosowania jakiegokolwiek środka odkazającego wystarcza, ażeby uwolnić dłonie od zarazków w tym samym stopniu, co przez mycie przez 10 minut w bieżącej gorącej wodzie szczotką i mydłem i następnie polewanie przez 2 minuty alkoholem. Praktyczne wyniki nowej metody przebiegają równolegle z badaniem bakteriologicznym dłoni. Wady tej metody stanowią lekkie podrażnienie wrażliwej skóry i znieczulające działanie trixiny.

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

Choroby zakaźne.

E. HAMMERSCHLAG. W sprawie kazuistyki i doświadczalnej patologii uogólnionych grzybic. (Wien. kl. Woch. N. 2/1933).

Chory, który przez dłuższy czas przebywał w Palestynie i Australji, zachorował wśród objawów, wskazujących na zaburzenia ze strony dróg oddechowych i przewodu pokarmowego, gorączki, leukocytozy, owrzodzeń skóry; sprawa doprowadziła do zejścia śmiertelnego. Badanie pośmiertne i próby na zwierzętach wykazały zakażenie chorobotwórczymi drożdżami, a zatem *blastomycosis generalisata*.

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

A. BAREL. W sprawie częstości włośnicy u ludzi. (Wien. kl. Woch. N. 10/1933).

Autor przeprowadził na 100 zwłokach badanie części mięśni z przepony, krtani, języka i mięśni szkieletowych, a mianowicie z każdego zwłoka po 10 preparatów poczęści drobnowidzowo, głównie zaś zapomocą przyrządu rzutującego — trichinoskopu R e i c h e r t a i nie znalazł ani jednego preparatu, który mógłby chociaż wzbudzić podejrzenie włośni. Lecz badania takie należy prowadzić dalej, gdyż sprawozdania, pochodzące z Niemiec i innych krajów, zawierają dane, świadczące o częstszym występowaniu włośnicy.

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

H. MAUTNER. O błonicy złośliwej. (Wien. kl. Woch. N. 45/1932).

Złośliwa błonica cechuje się rozległymi, szybko szerzącymi się nalotami, współudziałem silnego stopnia szczyjnych gruczołów chłonnych i ich obrzękiem okołogruczozowym mdło-słodkawym zapachem z ust. Na pierwszym planie stoi ciężkie uszkodzenie mięśnia sercowego. Czasami nie udaje się również nawet przy rozpoczęciu w porę i dostatecznym zastrzykiwaniu surowicy zapobiec temu obrazowi chorobowemu, który w dużym odsetku przypadków prowadzi w ciągu 2 — 3 tygodni do śmierci. Obecnie nie stosuje się już nadmiernie dużych dawek surowicy, zastrzykuje się, przeważnie po 500 jednostek na kilogram wagi ciała. Według B a a r a i B e n e d i k t a przeciwciała, zastrzyknięte w surowicy lub krwi

ludzkiej, są o wiele skuteczniejsze, aniżeli surowica końska, zwłaszcza jeżeli sztucznie zwiększono zawartość przeciwciał we krwi dawcy. Z leków stosuje się naparstnicę, dopóki nie stwierdzono żadnych uszkodzeń mięśnia sercowego; nie podaje się adrenaliny, można natomiast ostrożnie podawać efetoninę. Przedewszystkiem jednak zasługuje na zalecanie kofeina. Według B a s c h a szczególnie skuteczne są wśródzylne zastrzykiwania hipertonicznych roczynów cukru gronowego (skierowane przeciwko tamom wątrobowym). Celem poprawienia krążenia w naczyniach wieńcowych wskazana jest papaweryna, ewentualnie razem z efetoniną.

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

R. LEHMAN. Leczenie tęcza. (Monde méd. N. 836/1933).

Metoda autora leczenia tęcza polega na połączeniu uśpienia chloroformowego i wlewań wśródzylnych surowicy przeciw-tęczowej. Uśpienie chloroformowe należy wykonywać bardzo ostrożnie i roztropnie, doprowadzać je wolno tylko do zniknięcia odruchów ocznych, nigdy dalej. Surowicę przeciw-tęczową należy wprowadzać drogą wśródzylną i to nie w postaci wstrzykiwań, lecz bardzo powolnych wlewań po kropli (po rytmie najwyżej jednej kropli na sekundę, nigdy nie więcej). Wyleczenie tęcza osiąga się zapomocą wlewań wśródzylnych około 200 — 300 cm³ surowicy, a nie 3 lub 4 litrów. Czas leczenia tą metodą wynosi nie 3 lub 4 tygodnie, lecz kilka dni, a nawet kilka godzin. Odmianą od metody autora stanowi metoda D u f o u r a, która polega na następującem: chorego usypia się chloroformem, jak w metodzie autora, wykonuje się nakłucie kanału rdzeniowego, z którego wypuszcza się 40 cm³ płynu mózgowo-rdzeniowego, przyczem zastępuje się go taką samą ilością surowicy przeciw-tęczowej, a następnie umieszcza się chorego w położeniu pochylonem.

Henryk J. L a n d a u.

Gruźlica.

W. WALDMAN. Zagadnienie przewlekłej gruźlicy prosówkowej płuc. (Terap. Archiw T. 9. Zesz. 2 — 1931).

Coraz częstsze posilkowanie się promieniami R o e n t g e n a w schorzeniach płuc dowiodło, że gruźlica prosówkowa płuc przebiega niekiedy przewlekłe i ulega nawet zupełnemu wyleczeniu. Liczni autorzy wypowiadają pogląd, że jeden nieobfity wysiew gruzelków do płuc może prowadzić, przy pomyślnych warunkach zewnętrznych, do likwidacji ognisk prosówkowych drogą rozwoju tkanki łącznej włóknistej lub zwapnienia; częste natomiast wysiewy ze krwi prowadzą do zejścia śmiertelnego. Rozpoznanie kliniczne prosówki przewlekłej płuc jest bardzo utrudnione; zapadają zwykle osobnicy pozornie zdrowi, a nie przestarzałe gruźlicy; temperatura nie wysoka, samopoczucie chorych dobre, niekiedy nawet zdolni są do pracy—zdjęcie pr. R o e n t g e n a jest wtedy niespodzianką dla lekarza. Gruźlicę prosówkową należy rozpatrywać jako niekorzystny wynik walki organizmu z infekcją gruźliczą w jej okresie generalizacji. Autor opisuje przypadek przewlekłej prosówki płuc trwającej 2 lata; R o e n t g e n wykrył prosówkę płuc rok przed zejściem śmiertelnym. Opisany chory w ciągu 2 lat miał poprawy (wciąż nawet do ciężkiej pracy zawodowej) oraz okresy pogorszenia w postaci miejscowych przerzutów gruźliczych poza ogniskiem pierwotnem (*pleuritis, epididymitis, osteomyelitis, t.b.c. miliaris pulmonum*); wreszcie ogólna generalizacja prosówkowa całego ustroju zakończyła obraz nierównej walki z infekcją gruźliczą. Przed zejściem śmiertelnym na obrazie R o e n t g e n a stwierdzono bardziej obfity obraz prosówki płuc na całej powierzchni, niż przed rokiem. Autopsja wykazała gruźlicę prosówkową wszystkich narządów, świeżą prosówkę płuc na tle starych gruzelków; histologiczne badanie płuc potwier-

dziło, że świeże gruzelki były jakby nawarstwione na starych, znajdujących się w okresie zwłóknienia.

Jakób P e n s o n.

NONNENBRUCH. W sprawie specjalnej postaci gruźlicy prosówkowej o przebiegu łagodnym i przewlekłym. (D. m. W. N. 22. 1931).

Od czasu, gdy A s s m a n n w roku 1913 opisał przypadek wyleczony gruźlicy prosówkowej, istnieje już wiele takich spostrzeżeń. Autor zwrócił specjalną uwagę na postać prosówki płuc, przebiegającą z mniej lub więcej uogólnionym obrzękiem gruczołów chłonnych, z obrzękiem śledziony, — postać podobną do choroby H o d g k i n s a. Klinicznie stwierdza się gruźlicę, jawnie niewyrażoną, przebiegającą bez podniesionej temperatury ciała; praktycznie osobnik taki jest zdrów. Powiększenie gruczołów i śledziony może zniknąć, jednak zmiany w płucach pozostają. Charakterystyczny jest dla tej postaci brak odczynu P i r q u e t a. We krwi spotykamy leukopenję, a w przypadku autora widziano eozynofilję. Anatomicznie wyróżnia się ta forma obecnością gruzelków, które nie mają skłonności do zserowacenia i martwicy i ułożone są w tkance płucnej, a nie w pęcherzykach: *lymphangitis reticularis* (S c h ü r m a n n), śródmiąższowa gruźlica prosówkowa (H ü b s c h m a n n). W przypadku autora wyciniek gruczołu rozstrzygnął wszelkie wątpliwości. Rozsianie się bakterij nastąpiło jednorazowo, najprawdopodobniej drogą krwi. Żadnego cierpienia gruźliczego skóry nie stwierdzono w przypadku autora, często zaś widuje się miliariupoid B o e c k a lub *lupus pernio*. Powstawanie tej postaci choroby uzależnić należy raczej od specjalnego usposobienia organizmu, a nie od zmiany zjadliwości prątków, które w sarkoidzie B o e c k a i analogicznych przypadkach zmian szczególnych nie wykazują.

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

A. HERRMANNSDORFER i A. JUNG. Badania nad przemianą mineralną gruzlików przy dziecie S. H. G. (Z. Tbk. t. 66, z. 6).

U 6 gruzlików oddziału dietetycznego w monachijskim pawilonie I i u 6 zdrowych, z których jeden odżywał się od dłuższego czasu tak samo, jak chorzy, przeprowadzono badania krwi i przemiany materji w sprawie działania mineralogenu przy dziecie wzorcowej. W wybranych w ten sposób warunkach doświadczalnych okazało się, że zawartość chlorków w surowicy trzyma się u zdrowych i chorych górnej granicy normy, w okresie podawania mineralogenu następuje zwiększenie się jej, w 7 przypadkach z pośród 10 osiągała ona w tym okresie swe maximum. Zawartość potasu i chlorków zmieniała się prawie równolegle, zawartość wapnia zmieniała się w kierunku odwrotnym, lecz nie tak jednolicie. Współczynnik K/Ca zwiększał się aż do końca okresu podawania mineralogenu u 5 zdrowych i u jednego chorego, który zachowywał się w daleko idącym stopniu tak samo, jak zdrowe osoby kontrolne; u innych chorych stwierdzano powolne zwiększanie się jego maximum w okresie następowym albo też nieprawidłowe wahania. W doświadczeniach nad przemianą materji u 4 chorych pod wpływem podawania mineralogenu następowało zwiększenie się wydzielania chlorków, u zdrowych jego spadek. Przy dziecie, która, poza chlorkami była bardzo uboga w sód i potas, podczas całego doświadczenia zostało wypłukanych więcej chlorków i wody, aniżeli u pozostałych. Przy robieniu bilansu okazało się jednak, że tylko u jednego chorego bilans chlorowcowy stał się pod wpływem mineralogenu w silniejszym stopniu ujemny, u wszystkich innych ubytek cofał się, a u jednego chorego i 4 zdrowych bilans stał się dodatni. Oddzielne oznaczanie chlorków i bromków wykazało, że bromki wydalają się powoli. Przy stosowaniu mineralogenu znaleziono po części równoległy przebieg wydalania chlorków

z ich wahaniami w surowicy. Amoniak w moczu zwiększa się, Ph obniża się, kwasy buforowe silnie się zwiększają, wapń wydalają się w zwiększonej ilości z moczem, ilość potasu w kale zwiększa się. Ma się więc do czynienia ze zwiększonym wydalaniem słabych kwasów. Bilans wapnia i potasu jest dodatni, przyczem wapnia w silniejszym stopniu niż potasu. U 3 chorych, leczonych dietą S a u e r b r u c h a, H e r m a n n s d o r f e r a i G e r s o n a, mineralogenu i tranem, 4 innych gruźliczo chorych, 2 z *fungus genus* i jednego ze stawem rzekomym podudzia przy sposobności operacji wzięto skórę, mięśnie i kości do badania na zawartość składników mineralnych. U chorych, będących na diecie S a u e r b r u c h a, H e r m a n n s d o r f e r a i G e r s o n a znaleziono w skórze i „zarodki mięśniowej” mniejszą zawartość chlorków, podczas gdy części łącznotkankowe zachowywały się, jak się zdaje, pod tym względem odwrotnie. Za jednym wyjątkiem, w którym wartości chlorków dochodziły do górnej granicy normy, pozostawały one najzupełniej w granicach normy. Nie było zatem ani głodu chlorowego, ani też zwiększenia zawartości chlorków. Prawie we wszystkich mięśniach stwierdzono małą zawartość potasu; natomiast znaleziono poczęści nieprawidłowo dużą zawartość wapnia przy normalnej zawartości fosforu. Autorzy kładą to na karb zaniku z bezczynności. Suma jonów zasadowych była zatem u pacjentów, żywionych dietą S a u e r b r u c h a, H e r m a n n s d o r f e r a i G e r s o n a raczej większa, niż u innych. Podobnie przedstawiały się również stosunki w skórze. Kości były naogół bogatsze w wodę.

Henryk J. L a n d a u.

W. DENK. O trwałych wynikach chirurgicznego leczenia gruźlicy płuc. (Wien. kl. Woch. N 47 1932).

Najważniejszymi warunkami chirurgicznego leczenia gruźlicy płuc są przeważająca jednostronność procesu, bezna dziejność leczenia zachowawczego i pomyślny stan odczynowy ustroju. Za bezwzględne przeciwwskazanie do chirurgicznego leczenia gruźlicy płuc uważać należy zły stan ogólny, ciężkie zaburzenia czynności nerek, rozedmę silnego stopnia drugiego płuca i wiek ponad 60 lat. Wśród 67 przypadków, w których wykonano torakoplastykę, po upływie 2 lat od operacji należy okrągło 72% uważać za zupełnie wyleczonych, zaś 86% za wyleczonych i uległych poprawie. Jeżeli chodzi o spostrzeganych dłużej niż przez 5 lat, odpowiednie liczby wynoszą 74% wyleczeń i 87% popraw i wyleczeń; dla operacyj zaś, wykonanych przed 8 zgórą laty — 75% wyleczeń i 83% popraw i wyleczeń. Liczby te dowodzą, że chorzy, którzy mają już za sobą pierwsze lata, posiadają również na przyszłość najlepsze widoki. W ograniczonych schorzeniach górnych płatów oraz w otorbionych jamach wierzchołków wchodzi w rachubę plomba B a e r a i górna plastyka częściowa w połączeniu z wyrwaniem nerwu przeponowego. Nakładanie plomby jest zabiegiem mniej niebezpiecznym posiada jednak wiele poważnych braków; ropienie dookoła wprowadzonego ciała obcego, przebiecie plomby do jamy, obsuwanie się plomby ku dołowi. Wyniki plomby nie są pomyślne, w wyżej wymienionych schorzeniach górnych płatów pierwszeństwo należy oddawać górnej plastyce częściowej. Wyrwanie nerwu przeponowego bywa wykonywane jako operacja przygotowawcza do torakoplastyki częściej, niż to jest konieczne, lecz wartość jej jako operacji pomocniczej jest niewątpliwa.

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

H. ELIASBERG. Rzadziej zdarzające się skutki gruźlicy gruczołów okołoskrzelowych. (Jahrb. f. Kinderheilk. Kwiecień 1933).

Gruczoły okołoskrzelowe, powiększając się, mogą uciskać teoretycznie na wszystkie narządy sąsiednie. Doświadczenie jednak wskazuje, że ucisku na aortę niema nigdy. Nato-

miast mogą być zaburzenia polykania wskutek ucisku na przełyk i zaburzenia wskutek ucisku nerwu błędnego, współczulnego i przeponowego (np. paradoksalny ruch przepony). Najwyraźniejsze objawy kliniczne daje ucisk na tchawicę i oskrzela (dźwięczny kaszel i chrząkanie wydechowe). W przypadkach b. znacznego powiększenia gruczołów mogą wystąpić objawy dodatkowe. Czasem gruczoły, uciskając na oskrzela, odgrywają rolę wentyla, który otwiera się przy wdechu, ale zamyka przy wydechu i nie wypuszcza powietrza. Wtedy powstaje oczywiście znaczny stopień rozedma, a jednocześnie widzimy silną duszność i sinicę. W innym przypadku uciskające gruczoły całkowicie zamykają oskrzela, powietrze zawarte w płucu ulega wessaniu i stwierdzamy częściowe lub całkowite spadnięcie płuca (kollaps). Charakterystycznym objawem jest wtedy przesunięcie śródpiersia na stronę chorą wskutek zmniejszonego tam ciśnienia. W jednym przypadku autorka widziała przy prześwietleniu wyraźny ruch oddechowy śródpiersia: przy głębokim wdechu—na stronę zdrową, przy wydechu—na stronę chorą niemal do bocznej granicy klatki piersiowej. Przypadki ucisku gruczołu o typie wentyla, nie były jeszcze opisywane, natomiast spadnięcie płuc z różnych przyczyn opisywano już wielokrotnie. Widywano je po operacjach na brzuchu, w porażeniach pobłoniczych, w ostrych zapaleniach opon mózgowych, krwotokach płucnych i zapaleniach płuc, a wreszcie w gruźlicy gruczołów. Autorka twierdzi, że stałe przemieszczanie śródpiersia z podniesieniem przepony spotykała tylko w przypadkach zapadnięcia się płuca, spowodowanego przez ucisk na oskrzela, nigdy natomiast przy niedodmie powstałej wskutek rozległych nacieczeń epituberkulicznych. Przy leczeniu miano na celu zmniejszenie uciskających gruczołów, dawano więc sole czyszczące, dożylnie zastrzykiwania stężonych roczynów i podawano djetę ubogą w płyny. Aby zmniejszyć wydzielanie, stosowano czasem atropinę lub efetoninę, pozatem środki uspakajające.

H. P e t r y n o w s k a.

Choroby przemiany materji i gruczołów wewnątrzwydzielniczych.

GIGON Alfred. **Z dziedziny choroby Schüller-Christiana.** (Schweizer. Medizinische Wochenschrift str. 1—10. 1931)

Zachorzenie to, przed laty 40-tu poraz pierwszy wspomniane przez lekarza H a n d a, później zapomniane, ostatnio zmartwychwstało dzięki lekarzom amerykańskim, dopiero w ostatnich latach pod nazwą, w nagłówku wymienioną, zwróciło na siebie uwagę, jako swoista postać lipoidozy, i stworzyło bogatą literaturę. Spotyka się je u młodych osobników jako zespół przysadkowy (*diabetes insipidus*, *dystrophia adiposogenitalis*, *acromegalia*, *exophthalmus*), połączony z ogólną ksanatomatozą, hipercholesterynemją i defektami kostnymi, uwarunkowanymi przez złogi żółtawe cholesterynowo - lipoidowe w płaskich kościach, dające odwapnienia kośćca i spadek nasycenia surowicy krwi wapniem. Przypadek G i g o n a jest wyjątkowo klasycznie opisany, rentgenograficznie ilustrowany i przez nader pomysłowe metody pomocnicze z precyzyjnej analizy krwi, kalorymetrii osocza i stosunku procentowego elektrolitów wzbogacony. Chory, trzeci przez szwajcarów (L ö f f l e r, S t o s s, L o o s e r) opisany, dotyczył męczyzny niezbyt młodego (48 lat), wykazującego dodatkowo poliurię, cukrzycę, zmiany wybitne we krwi co do zawartości azotu, węgla i elektrolitów (dużo P, mało Mg, Na, Cl). Lipoidoza ma być zależna od uszkodzenia specjalnych ośro-

ków metabolicznych układu ośrodkowego, ogólny obraz chorobowy zależy od upośledzenia gruczołów płciowych i przysadki, w której obrębie odkładają się ogniska lipoidowe. Na ogół chemizm krwi ulega wielkim perturbacjom w tej rzadkiej chorobie. Żalować wypada, że arcysumieny w swej pracy autor nie uważał za stosowne podać bibliografji tego wielce ciekawego cierpienia.

H. H i g i e r.

R. KAWECKI i E. SILAJEWA. **W sprawie tkankowej przemiany materji w cukrzycy.** (Żurn. Med. Ciklu t. II, z. 2).

Metoda W a r b u r g a umożliwia badanie tkankowej przemiany materji w zaburzeniach regulacji wewnątrzwydzielniczej. Badania nad tkankową przemianą materji, przeprowadzone zapomocą tej metody na zwierzętach z moczówką cukrową, wykazują, że zużycie (oddychanie, beztlenowa glikoliza) węglowodanów w moczówce cukrowej jest wybitnie zmniejszone. Pod wpływem wprowadzenia insuliny do ustroju cukrzycowego zwierzęcia zostaje przywrócony normalny przebieg tych procesów. Wprowadzenie insuliny do ustroju normalnego zwierzęcia wywołuje zmniejszenie się oddychania i glikolizy, powoduje zatem inne działanie, aniżeli w ustroju zwierzęcia cukrzycowego. Wyniki te dowodzą raz jeszcze słuszności teorii, że w podłożu patogenyzy moczówki cukrowej leży zaburzenie zużycia i odtwarzania węglowodanów w tkankach. Zwiększanie się zawartości kwasu mlecznego we krwi chorych z moczówką cukrową jest wynikiem nie nadmiernego jego wytwarzania (z czem się spotykamy w raku), lecz jego niedostatecznego utleniania i resyntezy na glikogen.

Henryk J. L a n d a u.

E. HAINTZ i E. KOLTA. **Atypowe objawy hipoglikemiczne w ciężkiej cukrzycy.** (Dtsch. Arch. klin. Med. t. 174, z. 6).

We wszystkich 4 opisywanych przypadkach ciężkiej moczówki cukrowej pomimo wysokich porannych liczb zawartości cukru we krwi i stałego cukromoczu występowały niezwykle, głównie z objawami nerwowymi przebiegające napady, których pochodzenie hipoglikemiczne ujawniały z jednej strony znalezione podczas napadu niskie liczby zawartości cukru we krwi, z drugiej zaś—szybkie działanie podanych węglowodanów. Spostrzeżenia te przemawiają również przeciwko poglądom tych autorów którzy, opierając się na podobnych przypadkach wątpią w związek pomiędzy objawami hipoglikemicznymi a niską zawartością cukru we krwi. U cukrzycowców chorych, zwłaszcza w ciężkich przypadkach wymagających dużych dawek insuliny, należy we wszystkich objawach chorobowych ze strony układu nerwowego myśleć przede wszystkim o hipoglikemji, nawet wtedy, gdy wykonane krótko przedtem, a nawet przed kilku godzinami badanie poziomu cukru we krwi wykazało wysokie wartości.

Henryk J. L a n d a u.

A. MARTYNOW. **O przeciwwskazaniach do operacyjnego leczenia choroby Basedowa.** (Klin. Med. N. 13—16/1932).

Autor podaje następujące przeciwwskazania do leczenia chirurgicznego choroby B a s e d o w a: 1) okres obostrzenia sprawy, 2) psychoza, która istniała przed chorobą B a s e d o w a, której objawy nie są wybitnie wyrażone, 3) obawa chorego przed operacją, której nie może przezwyciężyć wpływ chirurga, 4) niedomoga czynnościowa nerek, 5) ogniska zapalne, zwłaszcza w gardzieli i na szyi, 6) stan charłactwa oraz 7) ze strony chirurga: niedostateczne opanowanie techniki.

Henryk J. L a n d a u.

Streszczenia pojedyncze.

Zagadnienia ogólne.

P. WALZEL. Co zawdzięcza współczesna chirurgia nowym czasom? (Wien. kl. Woch. N. 3 1933).

Autor stara się oświetlić zdobycze współczesnej chirurgii i wskazuje przede wszystkim na postępy w dziedzinie metod znieczulania, przyczem stoi na tem stanowisku, że jak najdalej posunięte stosowanie znieczulania miejscowego zawiodło, znieczulanie lędźwiowe okazało się zbyt niebezpiecznym z powodu nagłego obniżania ciśnienia krwi, natomiast najlepsze usługi świadcza uśpienie ogólne zapomocą gazu rozweselającego z eterem. Celem uniknięcia zakażenia w leczeniu ran życzyłby on sobie częstszego stosowania wycinania zanieczyszczonych miejsc z pierwotnym szwem rany w ciągu pierwszych 6—12 godzin i zapobiegawczych zastrzykiwań surowicy przeciwężcowej i przeciw obrzękowi złośliwemu. W leczeniu złamań oświadcza się autor jako przeciwnik przesadzonego stosowania krwawych metod. Jedynie w złamaniach, o których wiadomo z doświadczenia, że się źle goją, powinny być one stosowane. W chirurgii klatki piersiowej jest on zwolennikiem plomb przy prawidłowo postawionem wskazaniu. W jamach, umiejscowionych w szczytach płucnych, które nie pozwalają już na uwolnienie szczytu od zrostów (*apicolysis*), stosuje autor zamiast dwuczasowej plastyki przykręgosłupowej chętniej jednoczasowe podłopatkowe wycięcie żebra (*resectio costae subscapularis*). Wyrwanie nerwu przeponowego daje w odpowiednich przypadkach dobre wyniki. Autor wspomina również o leczeniu zapalenia otrzewny surowicą przeciw prątkowi okrężnicy. W dziedzinie chirurgii dróg żółciowych wypowiada się on za wczesnym zabiegiem również w ostrym okresie zapalnym, gdyż wyczekiwanie na ustąpienie ostrego zapalenia często prowadzi do marskich zmian w drogach żółciowych z ich powikłaniami.

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

R. DEMEL. Dążenia do bardziej oszczędzających metod w chirurgji. (Wien. kl. Woch. N. 43 1932).

W ostatnich czasach coraz bardziej ujawniają się dążenia, ażeby zapomocą bardziej oszczędzających chorego metod osiągnąć to samo, co dotychczas osiągnano zapomocą głęboko sięgających. To dążenie ujawnia się już w zagadnieniu uśpienia. Tam, gdzie to jest możliwe, wybiera się gaz rozweselający, tam, gdzie udaje się, unika się uśpienia zapomocą wziewań i dokonywa się znieczulenia miejscowego lub też łączy się obie metody. Tam, gdzie oczekuje się znacniejszego wpływu krwi, zwłaszcza zaś u niedokrewnych, przeprowadza się zapobiegawczo przetaczanie krwi. Bardzo wyraźnie ujawnia się nowy kierunek w coraz szerszem zastosowaniu naświetlań radem i promieniami R o e n t g e n a w rozmaitych rakach, szczególnie w raku wargi i skóry, lecz również w raku języka, krtani, migdałków i gruczołu tarczowego. Operację wola z objawami choroby B a s e d o w a ułatwia przygotowanie zapomocą jodu, zaś w przypadkach, które na jod nie odpowiadają, zastępuje się ją naświetlaniem promieniami R o e n t g e n a. Coraz częściej stosuje się naświetlanie radem w naczyńkach krwionośnych (*haemangioma*), tak samo w bliznach koloidowych po naświetlaniach promieniami R o e n t g e n a. W guzach przysadki mózgowej, śródbłoniakach opony twardej i guzach nerwu słuchowego nie dąży się za wszelką cenę do doszczętnego usunięcia, gdyż rosną one powoli, i można je usuwać kawalkami, czasami podczas kilku zabiegów. W leczeniu chirurgicznym nerwochłonu nerwu trójdzielnego oddaje się pierwszeństwo zastrzykiwaniom alkoholu do zwoju G a s s e r a przed jego wycięciem. Czyraki, poza niebezpiecznymi czyrakami wargi górnej, leczy się możliwie zachowawczo.

W ropnym zapaleniu opłucny ograniczamy się z początku do wielokrotnych nakłuć, zaś tam, gdzie nie prowadzi to do celu, stosuje się sączkowanie B u e l a n a, a dopiero wtedy, gdy to wszystko nie pomoże, zaś śródpiersie zostało umocowane tak, że nie istnieje już niebezpieczeństwo migotania śródpiersia, wkracza w swe prawa wycięcie żeber z otwartem sączkowaniem. Dzięki temu liczba przypadków śmiertelnych spadła z 90% na 20%. Plastyka przelyku została zarzucona i zastąpiona przez o wiele bardziej oszczędzające i mniej niebezpieczne rozszerzanie zgłębnikami. W chirurgji dróg żółciowych oddaje się tam, gdzie to jest możliwe, pierwszeństwo założeniu przetoki pęcherzykowej (*cholecystostomia*) i rozcięciu woreczka żółciowego (*cholecystotomia*) przed wycięciem pęcherzyka (*cholecystectomy*), gdyż coraz częściej rozlegają się głośy, które przypisują woreczkowi ważne zadania. W ostrym zapaleniu trzustki zabieg polega na odgrodzeniu trzustki zapomocą tamponady od reszty jamy brzusznej. Operacyjne leczenie opadnięcia oraz zaparcia stolca zostało zarzucone. Odejście kamieni moczowodowych można w 50% przypadków osiągnąć zapomocą podwodnej kąpieli jelitowej (*subaquaes Darmbad, enterocleaner*). Ponieważ żylakowatość jąder sprawia dolegliwości tylko wtedy, gdy jest ona powikłana przepukliną pachwinową, wystarcza leczenie tej ostatniej. W żylakowatości kończyn dolnych wchodzi w rachubę jedynie uniedrażnianie ich zapomocą zastrzykiwań 66% roztworu cukru gronowego. Gruźlica kości i stawów też wysunęła się po większej części z rąk chirurgów na korzyść leczenia ogólnego.

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

Biologja.

N. ZWONICKIJ i A. OBROSOW. Silnie zjonizowane powietrze jako czynnik biologiczny. (Z. phys. Ther. t. 44, z. 3).

Zapomocą maszyny statycznej można w komorach, sprężniętych z nią galwanicznie, otrzymywać jednobiegunowo naładowane powietrze dowolnego znaku, które jest praktycznie wolne od domieszek tlenków azotu oraz toksycznych dawek ozonu. Metoda komorowa zapewnia silne stężenie jonów i stosunkowo dużą stałość ich w porównaniu z jonizacją pokojową. Skonstruowana przez autorów maska wdechowa i wydechowa pozwala na oddzielanie w najwyższym stopniu powietrza wdechowego od wydechowego i umożliwia jednoczesne leczenie dużej liczby pacjentów wziewaniami jonowymi. Silnie zjonizowane powietrze nie jest bynajmniej objętne dla ustroju zwierzęcego: przy stosowanym przez autorów stężeniu jonów od 2 do 5 milionów w 1 cm.³ powietrza ginęły myszy przy jednorazowej długotrwałej jonizacji. Jako krytyczną dawkę mysia ustalili autorzy na 2 — 3 godzinne przebywanie w powietrzu komorowym o dodatniej lub ujemnej jonizacji. W doświadczeniach autorów nie udało się im stwierdzić ani kumulującego, ani uodparniającego działania jonizacji powietrza na myszy. Upřednia nie śmiertelna jonizacja nie chroni zwierzęcia doświadczalnego przed zejściem śmiertelnym po następnej dawce śmiertelnej; z drugiej zaś strony nie można było również stwierdzić sumowania się działania wielokrotnych nie śmiertelnych dawek.

Henryk J. L a n d a u.

Djagnostyka.

A. GANDOLFO. Odczyn rakowy Roffo. (Wien. kl. Woch. N. 51/1932).

W statystyce, obejmującej zgórą 11000 przypadków, znalazł autor w przypadkach bez raka 5 — 8% dodatnich wyników odczynu R o f f o. Połowa z nich była dotknięta

zmianami gruczołami. Wśród chorych z rakiem dodatnie wyniki dawał rak macicy w 68,33%, rak jajników — w 78,94%, rak żołądka — w 76,26%, rak jelit — w 76%, rak wątroby — w 84,21%, rak trzustki — w 84,61%, rak płuc — w 75% przypadków. (Niestety metodyka nie została podana przez autora. Referent).

A. Neumann (Baden-Wien).

M. SZOUR. **O nowej metodzie badania czynnościowego układu krążenia.** (Wien. kl. Woch. N. 6/1933).

W pierwszej części próby mierzy się u chorego w pozycji leżącej ciśnienie skurczowe i rozkurczowe, w drugiej części na pionowo podniesionem ramieniu, w trzeciej po 10 zgięciach tułowia. Przytem okazało się, że: przy wydolnym układzie krążenia ciśnienie skurczowe i rozkurczowe obniżają się o 20 — 25 mm. Hg. w drugiej części próby, amplituda zaś pozostaje bez zmiany (w porównaniu z I częścią) albo się nieco powiększa, u chorych z niewydolnym krążeniem obniża się ciśnienie skurczowe i rozkurczowe w mniejszym stopniu, rzadziej w większym, aniżeli u zdrowych, lecz amplituda często się zmniejsza lub pozostaje bez zmiany. W trzeciej części próby zwiększają się ciśnienie skurczowe i amplituda u zdrowych w porównaniu z drugą częścią, w niedomodze krążenia ciśnienie skurczowe pozostaje bez zmiany lub obniża się, amplituda prawie zawsze zmniejsza się. Zapomocą tej metody, którą należy stosować obok innych, możliwe będzie rozstrzygnięcie zagadnienia niedomogi tam, gdzie nie można zapomocą innych osiągnąć jasnego obrazu stanu czynnościowego serca wskutek sprzecznych wyników.

A. Neumann (Baden-Wien).

K. FELLINGER i K. MENKES. **O ilościowych oznaczeniach bilirubiny w moczu metodą z błękitem metylenowym.** (Wien. kl. Woch. N. 5/1933).

Autorzy udoskonalili metodę Frankego. Metoda ta polega na tem, że do 5 cm.³ moczu dodaje się kroplami 2% wodny roztwór błękitu metylenowego, wstrząsając ciągle kolbkę z moczem. Nie zawierające bilirubiny mocze wykazują po dodaniu 1 do 2 kropli zabarwienie niebieskie, zawierające bilirubinę przybierają zielone zabarwienie. Przejsie barwy w zieloną jednak odbywa się powoli, jeżeli moc zawiera dużo bilirubiny. Udoskonalenie autorów polega na tem, że autorzy przygotowali rurkę wzorcową, która odcieniem barwy odpowiada zawartości 1 mgr. bilirubiny w 5 cm.³ roztworu, po dodaniu 20 kropli = 1 cm.³ 2% roztworu błękitu metylenowego. Porównanie z tą rurką wzorcową przy dodawaniu kroplami błękitu metylenowego pozwala na wystarczające klinicznie oznaczenie zawartości bilirubiny w moczu, w płynie z puchliny brzusznej i t. d. Stężenie bilirubiny podlega wahaniom, dobowe wydalanie bilirubiny z moczem wykazuje jednak w żółtaczce nieżytowej (*icterus simplex*) przy stałej utrzymującej się na jednym poziomie zawartości bilirubiny w surowicy dużą stałość. A zatem dla celów porównawczych pożądaną jest oznaczanie dobowych ilości bilirubiny, wydalonej z moczem.

A. Neumann (Baden-Wien).

Radjologia.

F. DIEHL i F. KUHLMANN. **Uproszczenie metody badania dróg żółciowych.** (Münch. med. Wochenschrift 1933, Nr. 27).

Autorzy omawiają przyspieszoną metodę cholecystografii, podaną przez Antoniciego, wzgl. Maissa, według której, jak wiadomo, stosuje się śródżylne tak jodtetragnost, jak i cukier gronowy. Ażeby uniknąć powtórnych wstrzykiwań dożylnych, zdecydowali się autorzy podawać cukier doustnie w mniemaniu, że w ten sposób przyspieszające działanie cukru również wystąpi. Rzeczywiście

uzyskiwano po 2 — 3 godzinach dobre obrazy woreczka żółciowego, jeżeli podawano 50 — 100 g eukru gronowego doustnie lub zapomocą zgłębnika bezpośrednio z badaniem dwunastnicy. Uzyskiwano przytem lepsze obrazy. Uduje się w ten sposób przeprowadzić sondowanie dwunastnicy i wykonać cholecystografię przez dożylną wstrzyknięcie jodtetragnostu w ciągu jednego przedpołudnia i to nawet ambulatoryjnie.

X.

F. FLEISCHNER. **W sprawie badania rentgenowskiego pooperacyjnych przetok żółciowych.** (Wien. kl. Woch. N. 9/1933).

Przy kontrastowem uwidacznianiu pooperacyjnej przetoki żółciowej stanowi prawidło, że w razie istnienia zamknięcia od strony dwunastnicy oliwa jodowa przenika również do wewnątrzwątrobowych dróg żółciowych i pozwala je uwidocznąć. Jeżeli w razie istnienia takiego dolnego zamknięcia nie przychodzi do wypełnienia górnych dróg żółciowych, prowadzi to istnienia drugiego zamknięcia w zakresie przewodu żółciowego.

A. Neumann (Baden-Wien).

MONANNI. **Nieżyt żołądka w obrazie rentgenowskim.** (Wien. kl. Woch. N. 15/1933).

Rentgenologia daje obraz pracującego fizjologicznie żywego żołądka i oddaje w ten sposób usługi przy badaniu zagadnienia nieżyty żołądka oraz służy dla celów rozpoznawczych. Lecz nie każdy nieżyt żołądka można wykazać rentgenologicznie. Uwidoczniać pozwalają się w obrazie rentgenowskim rozrostowe wytwarzanie fałdów, daleko idący zanik fałdów, brodawkowo - guzowate przekształcenie błony śluzowej i polipowatość żołądka. Również śluz występuje w obrazie rentgenowskim.

A. Neumann (Baden-Wien).

J. BORAK. **Warunki czułości na promienie w nowotworach złośliwych.** (Wien. kl. Woch. N. 42/1932).

Radjoczulość nie jest bynajmniej właściwością czysto komórkową, lecz cechą ich tkankowego charakteru. Zależy ona od czułości na promienie tkanki macierzystej. Tak więc guzy nabłonka jąder, wytwarzającego nasienie, układu pęcherzykowego jajników, tkanki limfatycznej gruczołów chłonnych, mieszków włosowych, naskórka, wielowarstwowego nabłonka płaskiego są konstytucyjnie czule na działanie promieni. Do guzów, czułych na działanie promieni, należą również te, które wychodzą z tkanki gruczolowej (a zatem gruczolakoraki gruczołu piersiowego, przewodu pokarmowego, gruczołu krokowego i t. d.), dalej guzy, wychodzące z tkanki łącznej (a zatem mięsaki wrzecionokomórkowe, włókniakomięsaki, chrząstniako-mięsaki i kostno-mięsaki) oraz wrzescie guzy, wychodzące z układu nerwowego (*neuroepithelioma*, *meningioma*, *gliaki*). W tem prawidło istnieją jednakże wyjątki, jeżeli tkanka rakowa przybiera inny charakter, niż go posiada tkanka macierzysta. Wtedy guzy, jak np. okrągłokomórkowe mięsaki lub *medulloblastomata*, pochodzące z tkanek niewrażliwych na promienie, mogą się stawać bardzo czule. Poza zależnością konstytucyjną istnieje również okolicznościowa, mogąca spowodować zmniejszenie się czułości na działanie promieni: samostne schorzenia, jak: ropienie, gruźlica, przymiot oraz sztuczne zabiegi operacyjne, niepełne naświetlanie. Chodzi przytem, jak się zdaje, o uszkodzenie zaopatrzenia w krew. Również wtedy, gdy guz opuszcza tkankę macierzystą (przerzuty), staje się on mniej czułym na działanie promieni. Lecz i tutaj również istnieją wyjątki: skórne gruczolaki chłonne i przerzuty raka gruczołu piersiowego do kości są bogatsze w komórki i dlatego bardziej czule na działanie promieni, niż sam rak gruczołu piersiowego o charakterze bardziej łącznotkankowym.

A. Neumann (Baden-Wien).

Lecznictwo.

R. TISCHITZ. **Wyniki skórnoego leczenia bodźcowego metodą Ponndorfa.** (Wien. kl. Woch. Nr. 47, 1932).

Skórne leczenie bodźcowe szczepionką Ponndorfa daje dobre wyniki w gościeu mięśniowym, rwie kulszowej, lumbago, gościeu stawowym oraz w gruźlicy płuc, a szczególnie w gruźlicy kości. A. Neumann (Baden-Wien).

SEEBER. **O działaniu przeciwgorączkowym Efetoniny wzgl. Efetonalu.** (Münch. med. Wochenschr. 1933, Nr. 13, str. 497).

Autor zwraca uwagę na mało znane działanie przeciwgorączkowe Efetoniny, wzgl. Efetonalu. Działanie przeciwgorączkowe zauważył podczas leczenia Efetoniną zapaści naczyniowej u chorej z ciężkim zakażeniem na tle rzeżączki. Regularnie po podaniu $\frac{1}{2}$ — 1 tabletki obniżała się temperatura o 1 — 2 stopni przy równoczesnem występowaniu potów. Zachęcony tym korzystnym wynikiem próbował autor zastosować Efetoninę w celu obniżania temperatury podczas innych schorzeń. Także w 4 przypadkach ostrego gościa stawowego działała Efetonina wyraźnie. Nie różniła się niczem od zwykłych preparatów salicylowych; bóle i obrzmienia ustępowały, tak że można było wykonywać czynne i bierne ruchy w stawach. Efetonina działała również korzystnie w reumatyzmie stawowym. Oczywiście byli i chorzy, u których działanie nie zjawiało się, podczas gdy u innych już po 1 tabletkie występowały poty i spadek temperatury. Małymi dawkami Efetoniny ($\frac{1}{2}$ — 1 tabletki) można uzyskać ten sam skutek co dużemi; można tym sposobem zapobiec objawom toksycznym i działaniom ubocznym. Równie dobrze działał Efetonal. Także w ostrych schorzeniach zakaźnych (zapalenie płuc, płonica z bardzo znacznem podniesieniem ciepłoty, angina, gruźlica płuc z przebiegiem gorączkowym) występowało wyraźne działanie tych leków; poza działaniem przeciwgorączkowym zauważono w tych przypadkach korzystny wpływ na krążenie obwodowe. Badano jeszcze działanie przeciwgorączkowe Efetoniny u chorych ze sztucznie podwyższoną ciepłotą, a mianowicie, u tabetyków, których leczono podniesioną ciepłotą. Pod wpływem Efetoniny temperatura wzrastała w zwolnionem tempie, tak, że osiągała znacznie później swój najwyższy poziom. Efetonina wzgl. Efetonal działały także w tym przypadku bardzo korzystnie na krążenie. Stanów zapaści nie spostrzegano. Działanie obniżające temperaturę tłumaczy się w ten sposób, że Efetonina i Efetonal, posiadając wpływ na układ współczulny, potęgują czynność gruczołów potnych i zwiększają tem samem ilość oddawanego ciepła; być może, że równocześnie wytwarzanie ciepła w tkankach jest zmniejszone. X.

WOLLESEN J. M. **Narkoza awertynowa.** (Hospitals Tidende, 1932 Nr. 47).

Autor przytacza dwa przypadki zastosowania koraminy, która w znacznym stopniu zdołała osłabić narkozę awertynową. Natychmiast po wstrzyknięciu 2 — 3 cm³ koraminy oddech uspiętego pogłębiał się, chory zaczął reagować na wołania, otwierał oczy i poruszał głową. Koramina posiada tę wielką zaletę w praktyce, że nawet nadmierne dawki nie powodują żadnego niebezpieczeństwa dla chorego. X.

W. CASPART. **O żywieniu chorych na raka.** (Fortschr. d. Therapie, 1933, 9, zes. 3).

Djeta chorych na raka powinna być przede wszystkim skąpa, ażeby nie powodować tuczenia pozostałych w ustroju komórek nowotworowych; ilość płynów musi być również ograniczona. Nadmiar wodorów węgla działa szkodliwie, tłuszcze i białka natomiast mogą być stosowane w ilości dowolnej (byle nie było to w sprzeczności z zasadą skąpego odżywiania wogóle). Niezmiernie ważna jest sprawa witamin.

Kompleks witaminy B wzmacnia wzrost nowotworów, działanie to staje się wybitne po przekroczeniu „progu witaminowego” (ilość, która u zwierząt normalnych powoduje utrzymywanie się stałej wagi). Witamina A wzmacnia wzrost nowotworów tylko wtedy, jeżeli próg witaminy B został przekroczony. Podawana w dużych ilościach może mieć witamina A nawet wpływ uodparniający, wobec czego Caspart poleca podawanie chorym na raka tranu. Nadmiar potasu w pożywieniu działać ma podniecająco, nadmiar wapnia i magnezu hamująco na komórki nowotworowe. Autor poleca stosować u chorych na raka dietę, zbliżoną do łagodnej diety cukrzycowej, przyczem ogólna ilość pokarmów stałych i płynnych powinna być skąpa. Skreślić należy szpinak, pomidory, wątrobę, grasicę, bulion — jako bogate w witaminę B — oraz kakao, rośliny strączkowe, migdały, herbatę — zawierające wiele potasu. Poza tem dbać należy o regularny stolec. Wyniki te oparte są na badaniach doświadczalnych autora, wykonanych na zwierzętach, wobec czego nie można uważać ich za ostateczne w odniesieniu do leczenia ludzi. H. Makower.

R. SCHRADER. **Stosowanie rzodkwi w medycynie wewnętrznej.** (Fortschr. d. Ther., Nr. 4, 1933).

Autor wprowadził do lecznictwa ulubioną w medycynie ludowej i szeroko stosowaną w starożytności i średniowieczu rzodkiew (murzynkę). Stosuje ją przede wszystkim w schorzeniach wątroby, woreczka żółciowego i dróg żółciowych. Jest to dobre cholagogum i cholereticum, wpływa również dobrze na odtruającą czynność wątroby. Stosuje się rzodkiew w postaci surowej (płatki krajane lub przetarta miazga), soku, wyciśniętego z płatków (świeżego lub zakonserwowanego), wreszcie jako preparat utrwalony z dodatkiem *Fol. Menth. pip.* i *Rhiz. Rhei*, *Nigrophane* — 3 razy dziennie po łyżce stołowej soku lub po łyżeczce od herbaty *Nigrophane*. Efekt leczniczy występował zwykle bardzo szybko. Autor stosował rzodkiew w 255 przypadkach, z tego w 17 przypadkach żółtaczkę nieżytową, w 176 — cholelitypatję, 21 — kamicy żółciowej. Jednocześnie z poprawą schorzenia wątroby i dróg żółciowych występowała wybitna poprawa stanu ogólnego, usposobienia, lepszy wygląd, apetyt i t. p.; często zjawiała się tolerancja na pokarmy, które chorzy wprawdzie znosili. Zasługuje również na uwagę wybitna poprawa u 9 chorych z zawrotami głowy (w jednym przypadku pochodzenia usznego nie było dodatniego wyniku leczenia) oraz u 18 chorych na migrenę. Zachęcony dobrymi wynikami leczenia migreny rzodkwią, zaczął stosować Schradera tę metodę również w innych schorzeniach pochodzenia alergicznego, w pokrzywce i w dychawicy oskrzelowej, również z wynikiem dobrym. Rzodkiew ma m. inn. wybitnie moczopędne działanie, którego zastosowanie lecznicze jest obecnie wypróbowywane. H. Makower.

Choroby przemiany materji i gruczołów wewnątrzwydzielniczych.

HERZFELD i FRIEDER. **W sprawie katechiny (ciała hamującego) gruczołu tarczowego i jego stosowanie lecznicze w chorobie Basedowa.** (D. m. W. Nr. 3, 1933).

Przed dwoma laty Blum, na zasadzie swoich badań, wypowiedział zdanie, że we krwi krąży hormon, pochodzący z przytarczyczek, oraz że krew zawiera ciała przeciwdziałające tarczycy. W ostatnich latach otrzymano ciało hamujące tarczycy w czystej postaci standardyzowanej t. z. katechin, który w handlu wyrabia firma Sächsische Serumwerke A. G. Dresden p. nazwą Tyrohormon. Autorzy stosowali ten preparat w 18 przypadkach nieraz do 8 miesięcy. Jedyne w 2 przypadkach nie osiągnęli żadnego rezultatu, a trzeba dodać, że wszystkie przypadki należały do ciężkich. Stosowano początkowo 60 jednostek, t. j. 6 tabletek dziennie a nawet i 90 jed.

(9 tabletek), powoli zmniejszając dawkę. Pod wpływem tego leczenia wyniki występowały niezawsze w pierwszym tygodniu, przeważnie w drugim, a polegały na przybytku na wadze, zmniejszeniu się częstości tętna, obniżeniu przemiany materji podstawowej, ustąpieniu biegunek i potów, dobrym wpływem na wytrzeszcz. Jednak nie zauważono wpływu leczniczego na wole. Z naciskiem autorzy podkreślają konieczność zachowania odpowiedniej diety przy podawaniu tyrohormonu, traktując to leczenie jako jeszcze jedną próbę więcej w leczeniu choroby B a s e d o w a. St. L u x e n b u r g.

STEINITZ i THAU. Leczenie choroby Basedowa za pomocą dijonotyrozyny. (D. m. W. Nr. 51, 1932).

Środek ten w kilku ciężkich, nawet beznadziejnych przypadkach dał wyniki b. dobre. Już w kilka dni po zastosowaniu go częstość tętna zmniejsza się, waga ciała zaczyna się podnosić, objawy nerwowe ze strony serca uspakajają się. Po 3—5-cio tygodniowej kuracji daje się zauważyć, pomimo powiększenia się wagi ciała, przyspieszenie tętna, przemiana podstawowa zaczyna się powiększać. O ile wtedy powtórzymy leczenie po tygodniowej przerwie, stan chorych ulega dalszej poprawie w ten sposób postępując, — podawanie dijonotyrozyny przez 1 — 2 tygodnie z przerwami 4 — 7 dniowemi, — osiągnąć można dość znaczną poprawę, a w każdym razie udaje się przetrwać okres b. ciężkich stanów i uzyskać poprawę celem stosowania promieni R o e n t g e n a a także w ten sposób szybciej przygotować chorych do zabiegu operacyjnego. Dawkowanie polega na podawaniu 2 razy dziennie po 1/2 tabletki lub 1 raz dziennie od 1 do 2 i 3 tabletek dziennie.

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

Choroby dzieci.

LEREBOULLET i GOURNAY. Zastosowanie lecznicze wyciągów z grasicy u dzieci. (Bulletin de l'Académie de Méd. Nr. 35, 22 XI 1932).

Opierając się na spostrzeżeniach dodatniego wpływu podawania grasicy na rozwój gruczołów płciowych u zwierząt, autorzy od 5 lat stosują w klinice dziecięcej opoterapię grasicową. Podają wyciąg z grasicy młodego zwierzęcia po 0,5 suchego wyciągu dwa razy dziennie i w wstrzykiwaniach w postaci ampulek zawierających 1 — 5 gr. grasicy. Leczenie powyższe stosowane było w najrozmaitszych przypadkach — w dwóch rodzajach przypadków jednak wpływ grasicy na narządy płciowe okazywał się wyraźnie dodatni. Pierwsza kategoria dotyczy chłopców z kryptorchizmem i w różnym stopniu rozwiniętym obrazem zespołu adipozo - genitalnego z zatrzymaniem się jąder jedno — lub obustronnie, niedorozwojem jąder i względną otyłością. Leczenie wyciągami z grasicy ułatwiło w wielu przypadkach, nie nadających się do leczenia operacyjnego, opuszczenie się jąder, przyczyniło się do zwiększenia się jąder i podziało wtórnie na morfologję dziecka, jego wagę i wzrost. W drugiej kategorii przypadków, dotyczących kobiet z zaburzeniami lub brakiem *menses*, wpływ wyciągów z grasicy jest wybitny, a nieraz bardzo szybki. Autorzy wskazują również wpływ leczenia na wzrost i na przemianę materji, w pewnym rzędzie na otyłość. Podają następnie wyniki otrzymane w dystrofjach dziecięcych takich, jako mongolizm, achandropłazja (2 przypadki, w których niespodzianie osiągnięto wzrost kości długich).

H. S z p i d b a u m.

H. A. SCHMIDT. Stosowanie preparatu Aplona w zaburzeniach odżywiania u niemowląt. (Kinderärztl. Prak. Maj 1933).

Autor stosował „aplone“ u 60 niemowląt w wieku od 2 tygodni do 9 miesięcy. Dietę jabłczaną uważa za gorzej znoszoną, a zwłaszcza później dającą pomyślny rezultat. Aplone dawał niemowlętom przy dyspepsjach wszelkiego pochodze-

nia. Technika polega na podawaniu aplony zmieszanej z herbatą w 10% roztworze 8—12 razy dziennie. Dawka dzienna zależnie od wieku 24—36 gr. Głodówki nie stosowano, lecz tylko zmniejszono ilość poprzedniego pożywienia. Wyniki były dobre. W przeważającej liczbie przypadków już po 12 — 24 godzinach zjawiał się sformowany stolec. Po 3 dniach można było już obniżyć dawkę aplony, a odstawić ją po 5 — 6 dniach. Krzywa wagi podczas stosowania aplony nie podnosi się, ale po zakończeniu kuracji szybko wzrasta.

H. P e t r y n o w s k a.

Choroby nerwowe i psychiczne.

H. SACK. Wyniki organoterapii w psychozach depresyjnych u kobiet. (Monatsschrift für Psychiatrie. 83. 305—374. 1932).

Preparaty jajnikowe i przedniopłatowe przysadki mają w połowie przypadków pomyślnie wpływać na przebieg psychoz przygnębiennych, zwłaszcza nietypowych, ustrojowych, hipochondrycznych i lękowo zabarwionych. O wiele mniej wpływają one na przygnębienie klasycznych melancholiczek i schizofreniczek.

H. H i g i e r.

DRUEN. Mało znane działanie sulfozyny w psychotycznych stanach podniecenia. (Psychiatr. neurol. Wochenschrift. 553—556. 1932).

Sulfozyna, domięśniowo wprowadzona, wywołuje przemijającą gorączkę, dając poprawę łaknienia, stanu ogólnego i uspokojenie podnieconych psychopatów, debilów, katatoników, hebefreników, epileptyków i maniaków.

H. H i g i e r.

L. PUUSEPP. Wyniki leczenia chirurgicznego padaczki. (Revue neurologique 39, str. 1385—1389. 1932).

Na Zjeździe dorocznym neurologów w Paryżu znany neurochirurg dorpaccki P u u s e p p referował temat, od lat 40-tu, od czasów B e r g m a n n a i K o c h e r a aktualny, operacji padaczki, przytaczając własne 369 przypadków, w których stale usuwa i usuwać radzi płać kostny. Jedynie w 4,3% osiągnął poprawę zupełną, pod czym on rozumie co najmniej 5-letnią przerwę w napadach. Na drugim miejscu stoją ograniczone padaczki korowe, przyczem nieurazowe dały poprawę znacznie częstszą (20%) od urazowych (7%), co autor tłumaczy tą okolicznością, że uraz uszkadza cały mózg, nie zaś wyłącznie ograniczony obręb.

H. H i g i e r.

GINS. Powikłania mózgowe po szczepieniu i po ostrych chorobach zakaźnych. (D. m. W. Nr. 18, 1933).

Badania, dokonane nad małpami, nie upoważniają do stanowczego twierdzenia o bezpośrednim wpływie szczepienia na *encephalitis*. Nie istnieją także specyficzne zmiany histopatologiczne, charakterystyczne dla *encephalitis post vaccinationem*. Autor jest zdania, że *encephalitis* poszczepienna jest drugą postacią *encephalitis epidemica*. Za tem przemawiają dane epidemiologiczne, a nawet dane histologiczne, jakkolwiek nieco rozbieżne. Wzrost cierpień mózgowych po 1920 r. należy bezwzględnie przypisać jakiemuś czynnikowi, który ułatwiał występowanie tego powikłania w chorobach zakaźnych. Tym czynnikiem jest *encephalitis epidemica*. Znaczna większość chorych jest zainfekowana przez zarazek w formie utajonej, a tylko część jest dysponowana w wypadku osłabienia sił obronnych organizmu. Rozpoznanie *encephalitis* po szczepieniu jest bezwzględnie stawiane często bez uzasadnienia klinicznego, jak tego dowodzą przypadki, przytoczone przez autora, gdzie co najmniej połowa, po sprawdzeniu sekcyjnym, posiadała złe rozpoznanie *encephalitis intra vitam*. Celem uniknięcia możliwych powikłań należałoby jaknajbardziej ograniczyć przy szczepieniu liczbę dzieci skłonnych do drgawek.

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

Streszczenia pojedyncze.

Znieczulanie.

W. GROSSMANN. **O stosunkach odruchowych skóry do narządów moczowych.** (Klin. Wochnschr. 1932 Nr. 28).

Strefę II c a d a w najwyższym natężeniu bólów nerek i przewodów moczowych G. znieczulał roztworem 0,5 pro mille Perkainy. Calej, często bardzo rozległej strefy znieczulać nie potrzeba, a wystarcza odgrodzić strefę ośrodkową przez podskórne, równoległe obstrzykiwanie odcinków w obrębie D₅ — D₁₂ wzgl. L₁. 5 — 15 cm³ roztworu środka znieczulającego. Skutek występuje zwykle już po kilku sekundach: bóle ustępują zupełnie, a co najmniej w znacznym stopniu. Metoda ta daje możność prawie natychmiastowego usuwania bólów bez potrzeby uciekania się do mających wielkie wady narkotyków. Działanie jest tem wyraźniejsze, im widoczniejsza jest wrażliwość skóry. X.

POTVIN. **Nowy środek znieczulający w oftalmologii.** (Le scalpel 1933 Nr. 33).

Autor posilkuje się wkraplaniem roztworu 5%o perkainy do gałki ocznej, jak również wstrzykiwaniem pod spojówkę, pod skórę lub pod gałkę oczną roztworu 1 — 2%o perkainy z adrenaliną. Zabiegi powyższe nigdy nie powodowały podrażnienia lub obrzmienia tkanek, lecz wprost przeciwnie, przyczyniały się do szybszego powrotu do stanu normalnego. Specjalnie podkreślenia godne jest, że okres znieczulenia trwa długo, kilka godzin, że z dotychczas używanych środków znieczulających perkaina najwięcej zasługuje na pierwszeństwo dla dokonywania najrozmaitszych zabiegów ocznych. X.

TROJAN E. **Doświadczenia z nowymi środkami znieczulającymi w klinice chirurgicznej Uniwersyt. w Szegedzie** (Orvosi Hetilap. 1932. Nr. 47).

Autor przeprowadza uspienie awertyną, przyczem daje 0,08 g awertyny na kg wagi ciała. W razie niezupełnej narkozy podtrzymuje uspienie za pomocą dopełniającego usypiania eterem lub działaniem miejscowych środków znieczulających. Do miejscowego znieczulenia autor stosuje roztwór 0,5%o perkainy, którą uznaje za nieoceniony środek. Jako pewny środek dla przerwania narkozy awertynowej, w razie wystąpienia powikłań, autor zaleca stosowanie koraminy. X.

Gruźlica.

K. RUPILIUS. **O działaniu uodporniającem rozmaitych szczepień ochronnych przeciwko gruźlicy.** (Wien. kl. Woch. Nr. 46/1932).

Autor porównywał działanie szczepionki S c h r o e d e r a (wyciąg z grasicy, do którego dodano prątków gruźliczych i wstawiono na kilka tygodni do ciepłarki) z działaniem szczepu B.C.G. W doświadczeniach na zwierzętach nie udało się zupełnie wywołać zapomocą szczepionki S c h r o e d e r a uczulenia gruźliczego, które występuje po szczepieniu B.C.G. A. N e u m a n n (Baden-Wien).

W. NEUMANN. **Zapalenie wypryskowe spojówek rumień guzowaty i reumatyzm Ponceta.** (Med. Klin. Nr. 42/1933).

Autor podaje opis przypadku, w którym istniały jednocześnie zmiany szczytowe i węgkowe w płucach, zapalenie wypryskowe spojówek (*conjunctivitis phlyctenulosa*), rumień guzowaty (*erythema, nodosum*) i zmiany stawowe w znaczeniu P o n c e t a. Nie chcąc wyciągać zbyt daleko idących wniosków z jednego przypadku, autor jednak uważa się za uprawnionego do twierdzenia, że jednoczesne występowanie wypryskowego zapalenia spojówek, rumienia guzowatego i do-

legliwości reumatycznych, zwłaszcza przy istniejących zmianach płucnych nasuwa myśl, że te wszystkie trzy objawy stanowią równouprawnione ogniwa w łańcuchu objawów tuberkulotoksycznych. Przypadek ten powinien zachęcić do głębszych badań nad wzajemnym stosunkiem wyżej wymienionych objawów. Henryk J. L a n d a u.

D. ROHÁCOVÁ i E. WEICHERZ. **Wstęga koagulacyjna Weltmanna w gruźlicy.** (Med. Klin. Nr. 42/1933).

Autorzy badali surowice krwi chorych na gruźlicę za pomocą metody W e l t m a n n a. Według wyników próby W e l t m a n n a można podzielić przypadki na 2 grupy: I) Do pierwszej grupy należą przypadki z taśmą koagulacyjną W e l t m a n n a do 0,07 włącznie, to znaczy nie dochodzi wogóle do ścinania się, a, jeżeli tak, to sięga ono najwyżej do 0,07% CaCl₂. Te przypadki dają niepomyślne rokowanie. II A) Do tej grupy należą przypadki z taśmą koagulacyjną W e l t m a n n a do 0,06, ewentualnie do 0,04. Tutaj taśma koagulacyjna zbliża się do normy. Te wszystkie przypadki należy uważać prognostycznie za pomyślne. II B) Tutaj należą przypadki z taśmą koagulacyjną W e l t m a n n a poniżej normy, najwyżej do 0,03. Są to przypadki, nie wykazujące w chwili obecnej czynnej gruźlicy. A zatem próba W e l t m a n n a dobrze się nadaje do stawiania rokowania. Henryk J. L a n d a u.

R. AMSLER. **Ostra gruźlica płuc u chorych na dychawicę.** (Monde méd. Nr. 834/1933).

Podając opis dwóch przypadków, w których u chorych z dychawicą oskrzelową wystąpiły objawy ostrej ciężkiej gruźlicy płuc, podkreśla autor konieczność zdania sobie sprawy z zależności między gruźlicą a dychawicą, zwłaszcza jeżeli chodzi o możliwość ciężkich szybko postępujących postaci gruźlicy płucnej, nakładających się na zespół dychawicy, której towarzyszy zwykły przewlekły nieżyt oskrzeli, te przypadki gruźlicy, wśród których najbardziej charakterystyczną jest postać wrzodziejąco-serowata, ujawniają się bez tego, ażeby szczególne podłoże, na którym się one rozwijają, nadawał im jakieś charakterystyczne piętno z punktu widzenia rokowania i natężenia zmian. Należy pamiętać, że u chorych z dychawicą po latach, w których występowały jedynie objawy tego cierpienia, może nastąpić wybuch płucnej gruźlicy wrzodziejąco-serowatej bardzo ciężkiej i szybko postępującej, zupełnie podobnej do spotykanej zwykle u osobników 20-letnich nie wykazującej zupełnie skłonności włóknistych, prowadzącej szybko do powstawania jam. Istnienie jej może łatwo pozostać przez długi czas nierozpoznanem z powodu fałszywych poglądów na związek pomiędzy gruźlicą a dychawicą oraz z powodu symptomatologii tych postaci gruźlicy, która z początku pokrywa się z symptomatologią dychawicy, tak, że przejście od jednej sprawy do drugiej odbywa się w sposób mało uchwytynny. Henryk J. L a n d a u.

P. BAIZE. **Plamica objawowa w wysiewie w przebiegu dwóch przypadków gruźlicy gruczołowo-płucnej u dzieci.** (Monde méd. Nr. 834/1933).

Autor podaje opis dwóch przypadków, przedstawiających duże podobieństwo: oba dotyczyły dziewczynek, obarczonych tem, co nazywano dawniej *adenopathia tracheo-bronchialis*, a o czem wiemy dzisiaj, że jest prawdziwą gruźlicą płucną, raczej miększą, niż gruczołową. U każdego z tych obojga dzieci wystąpił wysiew plamicy krwotocznej, która się zjawiała w obu przypadkach w czasie nowego wysiewu gruźlicy gruczołowo-płucnej. W pierwszym przypadku plamica pozostała odosobniona, podczas gdy w drugim wystąpiła ona w końcowym okresie rumienia guzowatego, cierpienia, którego bliski

związek z gruźlicą jest znany. Trudno przypuścić prostą przypadkowość w jednoczesnym wystąpieniu płamicy i wysiewu gruźliczego. Charakter gruźliczy obu tych spraw wydaje się dostatecznie udowodnionym istnieniem znacznych zmian gruczoło-płucnych i zjawieniem się płamicy dokładnie na szczycie wysiewu gruźliczego. Trudno jest ustalić mechanizm powstawania tych płamicy i wykazać, czy powstają one wskutek działania toksyn gruźliczych i czy bezpośredniego dopływu prątków Kocha w zakresie włoskowatych naczyń krwionośnych czy też narządów krwiotwórczych; w każdym razie pierwsza z tych hipotez wydaje się prawdopodobniejszą. Pewną jest natomiast możliwość występowania płamicy w przebiegu gruźlicy dziecięcej. Częstość ich jest prawdopodobnie większa, niż się o tem myśli. W każdym przypadku płamicy należałoby myśleć w praktyce o gruźlicy i starać się wykryć jej istnienie w płamicach pierwotnych, reumatycznych, zwłaszcza jeżeli cierpienie to nosi charakter przewlekły i nawrotowy. Podobnie jak rumień guzowaty, łącznie z którym może wystąpić płamica, a który stanowi manifestację tego samego rodzaju, płamica dziecięca powinna budzić podejrzenie gruźlicy.

Henryk J. L a n d a u.

Choroby płuc.

H. DOPSCH. Przyczynę do wykrywania płynu w jamie opłucnowej. (Wien. kl. Woch. Nr. 4 6/1932).

Pacjenta bada się w pozycji stojącej lub siedzącej. Opukuje się końcami lekko zgiętych i złożonych palców jednej dłoni krótkimi uderzeniami mostek chorego, a jednocześnie osłuchuje się go z tyłu, zamykając drugą dłoń ucho pozostawiając wolne, zrazu jedną, a następnie drugą połowę klatki piersiowej. Jeżeli niema zupełnie płynu, wysłuchuje się opukiwanie z obu stron jako głuchy dźwięk. W razie obecności płynu w jamie opłucnowej, nawet w niedużych ilościach, odgłos opukowy słyszy się jako wyższy ton, który wykazuje wybitny charakter dźwięczny. Przy pewnej wprawie daje ta metoda dobre wyniki.

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

R. KLIMA i R. PAPE. Wyniki porównawcze badania klinicznego i rentgenowskiego w zapaleniu płuc. (Wien. kl. Woch. Nr. 11/1933).

Autorzy podają dużą liczbę szczegółowych wyników. Również w płatowym zapaleniu płuc istnieją z początku mniejsze ogniska. Szerzenie się płatowe odbywa się błyskawicznie. W okresie cofania się sprawy spostrzega się jedno rozjaśnienie, wychodzące z wnętrza, drugie zaś rozpoczynające się na obwodzie. Oba procesy odbywają się bardzo szybko.

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

E. ANTONIAZZI. Zejście śmiertelne w przypadku dychawicy oskrzelowej. (Policlinico Sez. Med. Nr. 6 1933 r).

Autor obserwował przypadek dychawicy oskrzelowej, w którym gwałtowne napady duszności następowały po sobie i doprowadziły do zejścia. Środki, zwalniające skurcze oskrzelowe, nie odnosiły żadnego skutku. Badaniem pośmiertnym stwierdzono, iż 8/10 oskrzeli i oskrzelików wypełniały gęste masy śluzowe, ściany oskrzeli były obrzmiałe, przekrwione i nacieczone białymi ciałkami kwasochłonnymi. W mięśniówce oskrzeli nie stwierdzano przerostu, natomiast gruczoły śluzowe były przerosnięte. W obrazie anatomicznym uderzała nadmierna ilość wydzieliny w świetle oskrzeli; przyczem skurczów oskrzeli nie stwierdzono. Autor omawia znaczenie rozległego nacieczenia płuc białymi ciałkami kwasochłonnymi. Obecność ich w płucach poczytuje za wyraz stanu inno czynności ustroju, przyczem nie są one pochodzenia miejscowego.

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

F. BRUNN. Dane doświadczalne w sprawie obrzęku płuc. (Wien. kl. Woch. Nr. 9 1933).

Królikom, u których wywołano wzmożone napięcie nerwu błędnego wlewał autor powoli 80—200 cm.³ wody; powstawał wówczas obrzęk płuc. Morfina, względnie pituitryna nie mogły zapobiec powstaniu obrzęku płuc, czynił to natomiast luminal, który wywoływał potężną diurezę. Lecz obustronne wycięcie nerek, względnie zniszczenie nerwów nerkowych zapobiega również obrzękowi płuc. A zatem obrzęk płuc jest ściśle związany z gospodarką wodną i czynnością nerek.

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

Choroby krwi i narządów krwiotwórczych.

V. C. ROWLAND. Niedokrewność i ciąża. (The Lancet T. 100, Nr. 8—1933).

Anemję często spotykamy w przebiegu ciąży. W 28 przypadkach anemji, towarzyszącej ciąży, autor w 6 przypadkach stwierdził anemję hiperchromową, w pozostałych hipochromową. Typ hiperchromowy, o przebiegu ciężkim, rozwija się zwykle w późnych miesiącach ciąży; często przebiega razem z toksemją ciążową, wysokiem ciśnieniem krwi i znacznym białkomoczem. C a s t l e dowiódł, że w przebiegu anemji hiperchromowej u ciężarnych, podobnie jak w anemji złośliwej, mięso wołowe, obrobione sokiem żołądkowym osoby zdrowej, daje szybką i skuteczną poprawę. Znane jest, że po porodzie anemja samoistnie się cofa; autor sądzi, że w okresie ciąży występuje czasowy brak w soku żołądkowym t. zw. „czynnika wewnętrznego C a s t l e a”, normalnie regulującego czynność szpiku kostnego. Częściej niż anemja hiperchromowa występuje anemja mikrocytyczna, hipochromowa. C a s t l e i S t r a u s s badali kobiety z normalnie przebiegającą ciążą; w 1/2 przypadków stwierdzili znaczną hipochlorhydrję soku żołądkowego i obniżenie Hb. o blisko 12%. W 19 przypadkach w drugiej połowie ciąży stwierdzono brak wolnego kw. solnego w żołądku nawet po histaminie oraz spadek Hb. o 45%. Autor sądzi, że każdą anemję w przebiegu ciąży należy energicznie leczyć, chociaż po porodzie b. często obraz krwi samoistnie się poprawia; zdaniem autora nieleczona anemja jest źródłem powikłań jak: przedwczesny poród, przerost tarczycy, psychozy poporodowe, zmniejszona odporność na gruźlicę i inne infekcje. Anemje o typie hiperchromowym należy leczyć wątrobą, hipochromowe — dużymi dawkami żelaza. W ciężkich stanach zaczyna się leczenie od transfuzji krwi.

Jakób P e n s o n.

W. DAMESHEK. Pierwotna anemja hipochromowa. (The Journ. of the Am. Med. Assoc. T. 100, Nr. 8—1933).

W ostatnich latach wyłoniła się nowa postać anemji pierwotnej hipochromowej, występującej przeważnie u kobiet w starszym wieku. Przebieg kliniczny i objawy są b. podobne do anemji złośliwej; podobieństwo polega na następujących cechach: osłabienie, zmiany śluzówki języka, zaburzenia żołądkowo-jelitowe, parestezje, achlorhydrja, przerost szpiku, leuko- i trombopenja, skłonności do samoistnej poprawy i do nawrotów. Różnice polegają w pierwszym rzędzie na odmiennym obrazie krwi, a mianowicie stwierdza się anemję mikrocytową i hipochromową; poatem C a s t l e dowiódł, że „czynnikiem wewnętrznym”, którego brak w soku żołądkowym chorych na anemję złośliwą, w anemji hipochromowej pierwotnej znajduje się w dostatecznej ilości, nawet przy zupełnym braku wolnego kw. solnego w żołądku; wreszcie anemja pierwotna, przez autora opisywana, choć przebiega klinicznie podobnie do złośliwej, jest oporna na działanie wątroby, natomiast ulega poprawie po leczeniu solami żelaza. Autor rozporządza 25 przypadkami pierwotnej anemji hipochromowej; w 23 przypadkach stwierdzono brak kwasu solnego w żołądku po zwykłych próbnym śniadaniach, w 2 — jedynie ślady

wolnego kwasu solnego; u 17 chorych wykonano próbę histaminową — jedynie w 3 stwierdzono wolny kwas solny. Autor sądzi, że achlorhydria powoduje niedostateczne strawienie pokarmów, zawierających żelazo, co jest przyczyną zubożenia ustroju w żelazo. W 4 przypadkach sok żołądkowy był badany po wyzdrowieniu; okazało się, że mimo normalnego obrazu krwi i dobrego stanu chorych, achlorhydria nadal trwała. Na uwagę zasługuje wspólność objawów klinicznych między anemią złośliwą, a opisywaną postacią niedokrewności; autorzy w tej samej rodzinie obserwowali oba typy anemii, a w jednym przypadku przejście anemii hipochromowej pierwotnej w anemię złośliwą megaloblastyczną, co zgadza się ze spostrzeżeniami innych autorów (F a b e r, G r a m, C o n n e r, M u s t e l i n). Autor sądzi, że anemia zwana złośliwą i anemia hipochromowa pierwotna są odmianami jakiegoś ogólnego schorzenia, cechującego się brakiem kwasu solnego w soku żołądkowym i zmianami we krwi. Schorzenie opisane, chociaż napozór podobne do blednicy, wykazuje następujące wybitne różnice: blednica zwykle u młodych dziewcząt, anemia pierwotna u kobiet po 30 roku życia; blednicy towarzyszy zwykle nadkwaśność; w blednicy nie stwierdza się zmian śluzówki języka ani powikłań rdzeniowych; cięża zwykle wywołuje poprawę w przebiegu blednicy, podczas gdy w anemii pierwotnej — pogorszenie. Jakób P e n s o n.

MORAWITZ. Krytyka i zadania leczenia niedokrewności. (D. m. W. Nr. 15—1933).

Na zasadzie spostrzeganych 150 przypadków, autor jest zdania że przypadki wątrobowo-oporne są b rzadkie, jakkolwiek często ilość hemoglobiny dochodziła nie wyżej, niż do 80%. Niedostateczne podawanie wątroby jest przyczyną t. z. wątrobowo-opornych przypadków, gdyż słuszne jest zdanie M i n o t a, że niedokrewność nie oddziaływająca na wątrobę, nie jest n. złośliwą. Preparaty żołądka zawierają ciało identyczne z wątrobą i działają dodatnio w n. złośliwej; nie można im jednak oddać pierwszeństwa przed działaniem wątroby, jakkolwiek mają lepszy smak. Ostatnio wprowadzono nowy sposób podawania campolenu: większe ilości w dłuższych odstępach czasu; 10 cm.³ raz na tydzień i jak dotychczas z b. dobrym wynikiem. Obecnie nie można jeszcze odpowiedzieć na pytanie, czy działanie wątroby ulega wyczerpaniu. Stosowano także ostatnio masywne dawki żelaza, aby wzmocnić działanie wątroby. Ogólnie rzecz biorąc należy w przyszłości skłaniać się do podawania coraz większych dawek wątroby, niż te, przy których stan krwi powraca do normy. Przetaczanie krwi posiada swoje wskazania w tych przypadkach n. z., gdzie nie można czekać na wynik działania wątroby (poniżej 20% hemoglobiny), w anemiach pokrwotocznych, w przewlekłych niedokrewnościach wtórnego typu, w *anaemia pseudoleucaemia infantum*, w postaciach aplastycznych. Skuteczność tego zabiegu opiera się nie tylko na obecności obcych ciałek czerwonych, ale także na pobudzającej czynności na tkanki krwiotwórcze, na hamującym wpływie na hemolizę. Usunięcie śledziony jest jedynym zabiegiem leczniczym w żółtacze hemolitycznej. Zdarza się jednak, że nie wszystkie objawy tego cierpienia ustępują. Bardzo dobre wyniki otrzymano także przez usunięcie śledziony w malopłytkowości, a czasem i w niedokrewności aplastycznej. Żelazo jest w dalszym ciągu z największym powodzeniem stosowane w blednicy, w niedokrewności na tle niedokwaśności soku żołądkowego, w niedokrewności pokrwotocznej i tym podobnych stanach, zwłaszcza, że w ostatnim dziesięciu lat zaproponowano leczenie dużymi dawkami — 1, 2, 3 gr. dziennie. Jako najlepsze połączenie okazało się *ferrum reductum*, nawet czasami bez dodatku kwasu solnego. O ile stosowanie żelaza, z chwilą wprowadzenia leczenia wątrobowego nie straciło na aktu-

alności, o tyle zakres podawania arszeniku uległ znacznemu zwięźeniu. Jedynie nieliczni (N a e g e l i) stosują go w niedokrewności złośliwej; skuteczne jego działanie występuje głównie w cierpieniach krwi: *leucaemia*, *lymphogranuloma*, *lymphosarcoma*. Największe zadania naszego leczenia niedokrewności widzi autor w zapobieganiu powstawania zmian rdzeniowych. St. L u x e n b u r g.

Choroby dróg moczowych.

J. GAVRILA i A. MOGA. **Kwasica w zapaleniu nerek.** (Journal d'Urologie Tom XXXVI Nr. 3—1933).

Nerka odgrywa wielką rolę w regulowaniu równowagi kwasowo-zasadowej, ponieważ wydala kwas fosforowy w postaci fosforanu monometalicznego i dzięki tworzeniu amoniaku. Zaburzenia funkcjonalne nerek zmieniają równowagę kwasowo-zasadową w kierunku kwasicy. Autorzy badali w 60 przypadkach zapalenia nerek rezerwę alkaliczną (metodą gazometryczną V a n S l y k a), Ph krwi metodą kolorymetryczną C u l l e n a, jednocześnie azot całkowity poza-białkowy metodą K j e l d a h l a, oraz kreatyninę metodą F o l i n a. Autorzy znajdowali kwasicę mniej lub bardziej zaznaczoną zarówno w zapaleniu nerek ostrych jak i przewlekłych, wówczas obniżała się rezerwa alkaliczna krwi (norma 54 — 66/100), także ulegało zmianie i Ph krwi. Obniżenie rezerwy alkalicznej szło zawsze w parze ze stopniem retencji azotu pozabiałkowego. W przypadkach, w których azot pozabiałkowy wahał się w granicach 0,6 — 1 g./1000 już powstawała kwasica, w przypadkach, w których azot pozab. wynosił powyżej 2 g./1000, zjawiała się ciężka kwasica — rezerwa alkaliczna wówczas wynosiła 30/100. Ph na dolnej granicy normy. Autorzy dochodzą do wniosku, że kwasica w tych przypadkach bardziej była zaznaczona niż azotemja. O ile rezerwa alkaliczna opadała poniżej 30/100, wówczas Ph zaczęło opuszczać swoją granicę fizjologiczną. Równocześnie ze spadkiem rezerwy alkalicznej obserwowali autorzy wyraźną kreatyninę (norma 12 — 18 mg. 1.000). Według autorów, określenie rezerwy alkalicznej stanowi ważny moment dla prognozy zapalenia nerek. Obniżenie rezerwy alkalicznej poniżej 30/100 jest *signum mali ominis*. Wzrost rezerwy alkalicznej daje dobre rokowanie. A. G.

H. RUBRITIUS. **Przyczyny niedomogi nerek wskutek zastojów moczu i ich znaczenie dla chirurgji gruczołu krokowego.** (Wien. kl. Woch. Nr. 4/1933).

Chirurgiczne leczenie przerostu krokowego można tylko wtedy przeprowadzać z dobrymi wynikami, kiedy udaje się skutecznie leczyć niedomogę nerek. Obojętną rzeczą jest przytem, czy ma się do czynienia z niedomogą wskutek wstecznego zastojów moczu czy też z niedomogą, spowodowaną przez zakażenie. W lżejszych przypadkach wystarczy do tego celu leczenie cewnikiem à demeure, w cięższych operacją z wyboru jest założenie przetoki ponadłonowej. Celem zwalczania zakażenia obok tego stosuje się wśród-rynie środki odkażające moczu: cytotropinę, trypaflawinę. W ciężkiej niedomodze nerek nieodzowna jest wielka cierpliwość ze strony lekarza i pacjenta. Z pośród 448 przybyłych na oddział chorych operowano 351, z tego u 307 dokonano wycięcia gruczołu krokowego, przyczem śmiertelność wynosiła 9,8%. Przy tak daleko idącym rozszerzeniu wskazań są to najzupełniej zadawalające wyniki. Wśród operowanych siedmiu było w wieku powyżej 80 lat, przyczem u wszystkich operacja zakończyła się pomyślnie. A mianowicie najważniejszym momentem w tych przypadkach jest wydolność nerek. Ważną rzeczą jest uświadomienie sobie faktu, iż już ilość zalegającego moczu, wynosząca od 200 do 300 cm.³ może się odbić zgubnie na miąższu nerkowym. Dlatego też najważniej-

szym warunkiem pomyślnego zejścia operacji jest przeprowadzenie jej w odpowiednim czasie.

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

O. L. E. de RAADI. **O sposobie działania współczesnych metod leczniczych w chorobach nerek.** (Wien. kl. Woch. Nr. 47/1932).

Upusty krwi, procedury napotne, kuracje pragnieniowe i głodowe — wszystkie działają według tej samej zasady alkalizacji krwi zapomocą silnie zasadowych soków, napływających z obręzków do krwi. Dlatego też można je zastąpić podawaniem zasad. Ta ostatnia metoda czyni również zbędnym stosowanie diety bezsolnej. A. N e u m a n n (Baden-Wien).

A. L. DEAU. **Zaburzenia pęcherza moczowego wskutek naświetlań macicy.** (Amer. J. Obst. and Gyn. Nr. 8/1933).

Niekiedy po naświetlaniach macicy promieniami R o e n t g e n a pomimo najstaranniejszej techniki naświetlań występują dolegliwości ze strony pęcherza moczowego. Objawami zaburzeń ze strony pęcherza moczowego są: częste oddawanie moczu i bóle przy nim (dysuria), krwimocz. Dolegliwości rozpoczynają się zwykle w kilka miesięcy po naświetlaniach macicy. Kobiety w wieku rakowym, które cierpią wskutek częstego i bolesnego oddawania moczu oraz wykazują krwimocz, a które przy badaniu cystoskopowym ujawniają wrzodziejący stan błony śluzowej pęcherza moczowego, mogą mieć bądź raka pęcherza, bądź trzeciorzędowy odczyn po naświetlaniach. Niewolno w tych przypadkach stawiać niewłaściwego rozpoznania, gdyż może to być brzemienne w następstwa: jeżeli dolegliwości pęcherzowe powstały wskutek naświetlań, zaś rozpoznaje się je jako rakowe i leczy się metodą naświetlań, następstwa bywają opłakane. Bóle i zakażenia wymagają wielostronnego leczenia w ciągu wielu miesięcy. Przy starannem leczeniu wyniki ostateczne są w większości przypadków znakomite. H. L.

H. MESCHEDE. **O naświetlaniu wnętrza pęcherza promieniami pozafokowymi.** (Wien. kl. Woch. Nr. 44/1932).

Zapomocą pałeczki ze szkła kwarcowego, posiadającej wygięcie Mercierowskie, doprowadza się do wnętrza pęcherza moczowego, rozszerzonego przez powietrze, światło lampy kwarcowej. Przy odległości, wynoszącej około 3 cm. od błony śluzowej pęcherza, występuje po około 1/2-godzinnym naświetlaniu w ciągu 12 — 24 godzin rumień. Okazało się, że błona śluzowa pęcherza znosi dziesięciokrotnie większą dawkę niż skóra. Stosowana początkowo tylko w schorzeniach gruczolnych, znalazła obecnie ta metoda leczenia z powodzeniem zastosowanie w zapaleniu pęcherza. Wyniki ujawniają się w zmniejszeniu częstości oddawania moczu i w zwiększeniu pojemności pęcherza. Naogół wykonywano 1 do 3 naświetlań tygodniowo w żadnym bądź razie nie przed całkowitem ustąpieniem lekkiego palenia po oddawaniu moczu.

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

Medycyna wojskowa.

KARALLUS. **Pierwsza pomoc dla zagazowanych.** (D. m. W. Nr. 42—1932).

Gazy duszące i dławiące, jak tlenek węgla i cjanowodor, jako łżejsze od powietrza, mają niaż znaczenie. Zatrutych należy koniecznie wynieść na świeże powietrze, zastosować sztuczne oddychanie, możliwie przy użyciu tleau. Gazy grupy zielonego krzyża nie działają na skórę. Ich główny przedstawiciel fosgen powoduje palenie oczu i kaszel, może jednak być wdychany bez zwrócenia na siebie uwagi i wtedy doprowadzać do ciężkiego zatrucia. Należy uświadomić publiczność, że w 2 godziny po zatruciu występuje duszność wskutek obrzęku płuc, zagęszczenie i zaś krwi powoduje ciężkie uszkodzenie serca; los chorego wyjaśnia się w pierwszych 24 godz., a zależy głównie od rodza-

ju udzielonej pierwszej pomocy. Zagazowani muszą unikać bezwzględnie wszelkiego wysiłku, aby nie zwiększać zapotrzebowania ustroju na tlen; transport nie może się przeto odbywać piechotą, a o ile niema zapewnionej komunikacji, to raczej chorego pozostawić na miejscu; należy zmienić ubranie i b. ciepło go okryć, dostarczyć w sposób swobodny, bez wysiłku, tlen do oddychania. Pod żadnym pozorem nie należy stosować sztucznego oddychania. Iperyty i luizyt wywołują, obok uszkodzenia dróg oddechowych i płuc, uszkodzenia skóry, które miesiącami się goją z największymi trudnościami. Maski gazowa chroni ze swej strony przed skutkami działania tych gazów; dla obrony skóry posiadamy pewny środek w roztworze chlorku wapnia, który, zastosowany w pierwszych 10 min., znosi z całą pewnością szkodliwy wpływ żółtego krzyża. Podobnie działają i inne środki utleniające, a także dokładne zmywanie skóry przy użyciu mydła. Po pół godzinie od chwili zadziałania iperytu można jeszcze stosować z dobrym skutkiem alkohol, benzol, naftę. Gazy niebieskiego krzyża wywołują tak silne podrażnienie kaszlowe i kichanie, że zmuszają do użycia maski gazowej lub oddalenia się od miejsca niebezpiecznego. St. L u x e n b u r g.

KAYSER. **Leczenie chorób powstałych z zatrucia gazami bojowymi.** (D. m. W. Nr. 42—1932).

Leczenie zatrutych gazami z grupy zielonego krzyża ma za zadanie w pierwszej linii zwalczanie obrzęku płuc, a następnie podtrzymywanie krążenia krwi. Najlepszym środkiem jest tutaj mechaniczne odciążenie krążenia przez upust. Wskutek dużego zagęszczenia krwi często należy otwierać żyłę lub nawet tętnicę. Upust krwi musi być obfity, czasem do 1200 cm.³. Celem podtrzymania czynności serca stosować należy kofeinę, kardiazol, kamforę; przy dużej sinicy i duszności — tlen w ilości nie większej niż 6 litrów na 1 minutę i nie pod ciśnieniem, które działać może szkodliwie, powodując rozerwanie płuca. Przeciwwskazane jest też z tego powodu sztuczne oddychanie. Podrażnienie kaszlowe gardzieli, tchawicy i oskrzeli leczyć można przez ziewanie soli emskiej, olejku eukaliptusowego i t. p. W rekonwalescencji należy baczną uwagę zwracać na odpowiednią pielęgnację. Leczenie uszkodzeń skóry po iperycie winno polegać na wilgotnych okładach, a wystrzegać się pudrów, pod których warstwą powstaje ropienie. Maści mogą być stosowane w końcowym stadium leczenia. Dobre wyniki otrzymano przy proteinoterapii zwłaszcza koloidalnym roztworem siarki. Przy uszkodzeniu błony śluzowej przewodu oddechowego, oprócz leczenia chininą, terapia bodźcowa jest b. wskazana. Jako wykrztuśne dobrze działają jod i *mixture solvens*. Zatrucie niebieskim krzyżem jest zazwyczaj łagodne i ustępuje z chwilą wyniesienia chorego z atmosfery zagazowanej. Po zatruciu cjanowodorem i tlenkiem węgla należy pobudzać ośrodek oddechowy przez podanie tlenu, sztuczny oddech, lobelinę, kardiazol. Jako odtrutka przy HCN służy tiosiarczan sodu podany dożylnie.

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

RUMPF. **W sprawie środków ochronnych przeciw gazom.** (D. m. W. Nr. 42—1932).

Rozróżniamy lekkie i ciężkie środki ochronne przeciw gazom bojowym. Do ciężkich należą aparaty tlenowe przenośne, izolujące zupełnie osobnika, który je nosi, od otoczenia. Mogą one być używane, zależnie od wielkości, od 1 do 2 godzin. Do tej grupy należy także zaliczyć aparaty gumowe, dostarczające świeże powietrze. Do lekkich środków ochronnych zaliczamy maskę przeciwgazową na twarz, która w miarę swego rozwoju posiada urządzenie filtrujące przeciw gazom, parze, mgłę, cząsteczkom kurzu i CO. Odpowiednie obchodzenie się z temi aparatami, ich wybór w każdym poszczególnym przypadku, dobór odpowiedniego personelu stanowi t. zw. dyscyplinę gazową. St. L u x e n b u r g.

Streszczenia pojedyncze.

Zagadnienia ogólne.

L. MOSZKOWICZ. **Blastoma a interseksualność.** (Wien. kl. Woch. Nr. 50 1932).

Pomiędzy wytwarzaniem guzów a interseksualnością istnieje pewien związek. Dowodzi tego fakt, że wśród wszystkich opisywanych w ostatnich czasach przypadkach obojnactwa 25% wykazywało łagodne lub jeszcze częściej złośliwe nowotwory. Obie te sprawy t. j. częste wytwarzanie guzów i częste występowanie interseksualności stwierdza się w hodowlach zwierząt wtedy, gdy krzyżuje się ze sobą nazbyt oddalone rasy. Przyczyna, obu nieprawidłowości zatem jak się zdaje, leży w komórkach rozrodczych, być może, w dysharmonji rodzicielskich chromozomów płciowych.

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

A. SCHNEIDERBAUM. **Pasmo koagulacyjne Weltman-a i jego stanowisko w klinice.** (Wien. kl. Woch. Nr. 13 1933).

Zdolność krzepnięcia białka surowicy pod wpływem ogrzewania aż do zagotowania się jest związana z obecnością nieznacznej ilości elektrolitu (sól obojętna). Według W e l t m a n n a można zapomocą zastosowania arytmetycznego szeregu stężeń chlorku wapniowego ustalić tą najmniejszą ilość tej soli obojętnej (próg elektrolityczny), która akurat jest jeszcze konieczna do krzepnięcia białka odpowiedniej surowicy (szczegóły metody w pracy W e l t m a n n a w „Wien. kl. Woch. N. 30, 1930). Zakres prób, w których nastąpiło zbijanie się w grudki, wyłącznie do prób, w których wystąpiło osadzanie się, stanowi pasmo koagulacyjne, które w rozmaitych obrazach chorobowych bywa rozmaicie szerokie. Autor potwierdza wyniki W e l t m a n n a.

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

R. BRANDT. **Konstytucja skórna.** (Wien. kl. Woch. Nr. 14 1933).

Zapomocą analizy właściwości skóry próbuje autor dotrzeć do ujęcia konstytucji skóry. Autor przyjmuje pod uwagę: powierzchnię (gładkość, pęlsk) i spoistość naskórka (delikatny, gruby), relief (płaski, nierówny), grubość skóry, jej napięcie (wiotka, sztywna), ukrwienie, spoistość (sucha, soczysta), wydzielanie łoju (sucha, łojotokowa), stan anatomiczny mieszków (delikatne, rozszerzone), zabarwienie, przypadkowe cechy charakterystyczne (ciastowate własności, piegi, znamiona i t. d.) i wreszcie wyniki badania czynnościowego (dermografizm, próby farmakologiczne i t. d.). O wynikach, osiągniętych zapomocą swej metody, zdaje autor sprawę w „Zeitschrift fuer Konstitutionslehre“.

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

K. SALLER. **Drobne notatki z nauki o dziedziczności.** (Die medizinische Welt Nr. 45 1933).

Docent S a l l e r, znany z licznych prac o dziedziczności i rodzinności, omawia pokrótce sprawę długowieczności, przytaczając drzewo genealogiczne, obejmujące 4 pokolenia. Pradziadek żył 104 lata, połując w przededniu i w dniu nagłej śmierci na cietrzewie. Z dzieci jego, których było czworo, jeden syn zmarł w młodym wieku z zakażenia, jeden żył 92, drugi 98 lat, trzeci zginął z urazu w 99 roku życia. W następnym pokoleniu składającym się z 14 osób, jedna zginęła młodo z tyfusu, reszta żyła lat: 70, 72, 84, 86, 89, 91, 91, 91, 93, 94, 96, 98. Ostatnia generacja dwuosobowa składa się ze starszów 68 i 79-letniego. Dziedziczenie długowieczności stanowi nad wyraz skomplikowaną cechę rodzinną. *Phaenotypus* tworzy, jak wiadomo, liczne warunki zwewnątrz- i zewnątrzpochodne. Z tych ostatnich godnym jest zaznaczenia, że wszyscy prawie mężczyźni tych rodzin byli od lat młodych leśniczymi.

H. H i g i e r.

Farmakologia i Toksykologia.

H. HOFF. **Nowsze wyniki farmakologii doświadczalnej i ich użytkowanie w rozpoznawaniu neurologicznem i psychiatrycznem.** (Wien. kl. Woch. Nr. 46 1932).

Jak wynika z badań P i c k a i M o l i t o r a, pituitryna hamuje diurezę u zwierząt. H o f f i W e r n e r wykazali, że działanie to występuje również u ludzi. Na podstawie braku działania pituitryny można wnioskować o uszkodzeniu okolicy podwzgórkowej (*hypothalamus*). S i l b e r m a n n o w i udało się wykazać, że również w uszkodzeniach części szyjnej rdzenia kręgowego aż do wysokości piątego odcinka szyjnego zostaje zniesione hamujące diurezę działanie pituitryny, gdyż widocznie w tem miejscu opuszczają rdzeń kręgowy włókna, regulujące diurezę. Jest rzeczą znaną, że płyn mózgowo-rdzeniowy w okolicy podpotylicowej zawiera pituitrynę. Sztucznie wywołana diureza (zapomocą eufiliny) zwiększa zawartość pituitryny w tym płynie najwidoczniej w sposób regulacyjny, występuje to również u człowieka (H o f f). Jeżeli jednak tego regulacyjnego zwiększenia pituitryny w sztucznie wywołanej diurezie brak, można z tego wyciągnąć wnioski o zaburzeniach w układzie jądra nadwzrokowego (*nucleus supraopticus*) i szlaku ponad wzrokowo - przysadkowego (*tractus supraopticus - hypophyseos*). Dalej udało się wykazać, że zawartość pituitryny w płynie mózgowo-rdzeniowym podpotylicowym wzrasta, jeżeli zwierzę było podrażnione. Wobec silnego wpływu pituitryny na macicę byłoby, być może, możliwe wytłumaczenie w ten sposób braku miesiączki w okresie podniecenia; zyskiwałoby się w ten sposób również ogólne pojęcie o pośrednim oddziaływaniu wzruszeń psychicznych na czynności narządów w drodze poprzez hormony. Jeżeli w doświadczeniach na ludziach stwierdza się pewną odległość cewek przyrządu do faradyzacji, przy której drażnienie prądem elektrycznym wywołuje ból, a następnie podaje się wśród-żynie atofanyl, należy zmniejszyć odstęp pomiędzy cewkami, a zatem zwiększyć siłę prądu, ażeby w tem samym miejscu wywołać ten sam ból. Również w schorzeniach z osłabieniem czucia trzeba po zastrzyknięciu atofanu zmniejszyć odstęp pomiędzy cewkami. W schorzeniach wzgórka wzrokowego natomiast konieczność ta nie zachodzi. Fakty te pozostają w zupełnej zgodzie z badaniami E r n e s t a, P i c k a i jego szkoły, którzy znaleźli we wzgórku wzrokowym punkt uchwytu działania środków przeciw bólowych, zaś punkt uchwytu pewnej grupy środków nasennych (pochodnych kwasu barbiturowego) umieszcili w pniu mózgowym, podczas gdy chloral, paraldehyd działają na korę mózgową. Te doświadczenia wyzyskał autor z powodzeniem dla różniczkowania między schorzeniami płata czołowego a schorzeniami mózdzku. Również w psychozach brak działania rozmaitych środków farmakologicznych może nam coś powiedzieć o rodzaju psychozy. Pituitryna, eufilina, nowazuroł, octan wapniowy pozostają bez skutku w psychozie okresowej manjako - depresyjnej (P o e t z l i H o f f). Zmiany w natężeniu zatory krwimózgowej stwierdzili H a u p t m a n n i W a l t e r w porażeniu postępującem, w którym istnieje wzmózożona przepuszczalność bromu w przeciwieństwie do schizofrenji, w której spostrzegano zmniejszenie przepuszczalności bromu.

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

STEWART i WILLCOX. **Leczenie otruc pochodnemi kwasu barbiturowego.** (The Lancet. Nr. 1. Rok 1934).

Znane są otrucia następującemi pochodnemi kwasu barbiturowego: veronal, medinal, luminal, dial, allonal, proponal, gardenal, soneryl, veramon, nembutal, amytal i evipan. Za mało uwzględnia się możliwość kumulacji tych leków. Chodzi nietyl-

ko o ich działanie hipnotyczne na mózg, ale i o działanie na płuca, serce i nerki. Po dużych dawkach stwierdzamy: stany hipnotyczne aż do śpiączki, przyspieszenie tętna, spadek ciśnienia, objawy zapalenia płuc odoskrzelowego, oligurię. Specjalnie wrażliwi są hipertyreotycy i chorzy z niedomogą nerek i wątroby. Leczenie: 1) płukanie żołądka ciepłą wodą 2 — 3 razy w odstępach 4 — 6 godzinnych; 2) przemywanie kiszek grubych 2 — 3 razy w odstępach 12-godzinnych; 3) podawanie przez zgłębnik żołądkowy kawy, glukozy i peptonowego mleka; 4) doodbytniczo sól i glukoza; 5) częste iniekcje strychniny; 6) punkcje lumbalne i subokcypitalne w odstępach 12 — 24 godzinnych. Specjalnie poleca autor ostatnią metodę; chodzi o usunięcie trucizny z płynu mózgowo-rdzeniowego.

Jerzy F a j w l e w i c z.

Choroby jamy ustnej, gardła, nosa i uszu.

WIRTH. Czy podczas zabiegów operacyjnych na migdałkach dostają się zarazki do krwi. (D.m. W. Nr. 45 1932).

Obawa przed wtargnięciem zarazków do krwi w przypadkach wyluszczenia migdałków, powoduje u wielu wstrzymywanie się od tego zabiegu operacyjnego. Autor dokonał badań bakteriologicznych krwi w 45 przypadkach z objawami ogólnymi i ostrymi stanami zapalnymi migdałków. W żadnym z badanych przypadków nie stwierdzono we krwi zarazków, któreby mogły wskazywać na przedostanie się ich z migdałków. Nawet w tych przypadkach, w których istniały stany zapalne migdałków, podniesiona ciepłota ciała, objawy ze strony stawów i nerek w czasie operacji, krew pozostawała jałowa. Obostrzenie się sprawy zapalnej po zabiegu operacyjnym tłumaczyć można wpływem toksyn, jakie wytwarzają się z bakterij, rozmnażających się w świeżej ranie. Krótki i pozabawiony większego znaczenia przebieg nawrotów przemawia za działaniem toksyn, a nie bakterij.

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

A. LINCK. Ropnie przymigdałkowe a tonsillektomia podczas istnienia ropnia. (Operacja Winklera). (Zeit. f. Hals. Nas. u. Ohr., t. 33, z. 3).

Pogląd większości laryngologów w sprawie postępowania przy ropniu przymigdałkowym sprowadza się do tego, że należy przedewszystkiem otworzyć i usunąć ropień, a po pewnym dłuższym czasie dokonać wyluszczenia migdałków. Autor jest zdania, że tę dwuczasową operację można i należy wykonać na jednym posiedzeniu, t. zn. opróżnić ropień przez dokonanie tonsillektomji. Technicznie jest b. łatwo wykonać ten zabieg, jedyną trudność polega na przeprowadzeniu znieczulenia miejscowego, które winno być powierzchowne i przewodowe. Ale przy pewnej wprawie daje się opanować tę trudność. Korzyści z operacji tego rodzaju są duże. Niema tu trudności w odszukaniu ropnia i nawet małe schowane ropnie na otoczek migdałka zostają łatwo opróżnione. Gojenie po opróżnieniu ropnia przymigdałkowego w ten sposób jest b. proste. Szeroka powierzchnia rany po tonsillektomji jest do pewnego stopnia gwarancją szybkiego gojenia i zabezpiecza przed przejściem sprawy ropnej na naczynia (posocznica, zakrzepy żyłne, nadżarcie tętnicy szyjnej). Nawet w tych przypadkach, gdzie istnieje jedynie stan zapalny w otoczeniu migdałka, ale gdzie jeszcze do wytworzenia się ropy nie doszło, tonsillektomia sprowadza szybkie wygojenie. W tych razach niema potrzeby zastanawiać się, jak to było przed robieniem zwykłego nacięcia, czy sprawa już dojrzała i czy istnieje ropa. Natomiast zwykłe nacięcie ropnia nie może być uważane jako zabieg idealny. Niezawsze można natrafić na zbiornik ropy, a co najważniejsze, operując w głębi łatwo zawlec infekcję poza łożysko migdałka lub spowodować krwotok w układzie

tętnicy szyjnej. Zresztą w tych przypadkach, gdzie ropy nie można znaleźć drogą zwykłego nacięcia, przeciwnicy tonsillektomji podczas istnienia ropnia radzą dokonać wyluszczenia migdałka. Jeżeli dodamy do tego, że, jako zabieg, tonsillektomia podczas istnienia ropnia jest b. łatwa, gdyż migdałek jest oddzielony od łożyska przez ropę, natomiast wyluszczenie migdałków „na zimno” niezawsze jest proste, gdyż po ropniu przymigdałkowym istnieją niekiedy mocne zrosty, to strony dodatnie metody, zachwalanej przez autora, są według niego zupełnie jasne. Co się zaś tyczy niebezpieczeństwa zawleczenia infekcji i spowodowania posocznicy, to wg. autora obawy te są mocno przesadzone. Niebezpieczeństwo otworzenia dróg chłonnych i szczelin tkankowych istnieje przy każdym otworzeniu ropnia chirurgicznego, również przy zwykłym nacięciu ropnia przymigdałkowego, o ile się postępuje nieostrożnie. Autor dokonał do tej pory przeszło 200 tonsillektomij podczas istnienia ropnia. W żadnym przypadku nie nastąpiło pogorszenie stanu zdrowia chorego, któreby stało w związku przyczynowym z dokonaną operacją. W przypadkach, w których doszło do zejścia śmiertelnego, istniała już przed zabiegiem posocznica, która pomimo tonsillektomji oraz operacji na szyi, nie dała się opanować. Jeśli zaś chodzi o niebezpieczeństwo krwotoku, to nie jest ono większe przy tej operacji, niż przy zwykłej tonsillektomji. W każdym bądź razie z krwawieniem po wyluszczeniu migdałka łatwiej sobie dać radę, niż z krwotokiem, który występuje po zwykłym nacięciu ropnia. W tym wypadku zmuszeni jesteśmy tamponować jamę ropnia, co nie można uważać ze względu na teren jako zupełnie bezpieczne.

J. T e n c e r.

R. WALDAPEL. Badania doświadczalno-histologiczne nad zagadnieniem migdałków oraz krytyka poglądów dotychczasowych. (Zeit. f. Hals. Nas. u. Ohr., t. 32, z. 4).

Na podstawie swych badań a. dochodzi do wniosku, że substancje, wprowadzane pod śluzówkę muszli nosowych, dają się następnie wykazać w migdałkach na drodze bądź mikroskopowej, bądź chemicznej, przyczem substancje, zastrzykiwane pod śluzówkę jednej muszli, przenikają do obydwu migdałków. Materiał zaś, zastrzykiwany pod śluzówkę innych okolic nosa, dostaje się do gruczołów chłonnych rejonowych. Nie każdy rodzaj materiału doświadczalnego przedostaje się w jednakowym stopniu do migdałków. Substancje organiczne łatwiej przenikają, niż nieorganiczne, najłatwiej przedostają się drobnoustroje. Również i wiek odgrywa tu rolę. Najłatwiej wykazać cząsteczki materiału w migdałkach u osobników młodych, wyniki całkowicie ujemne dotyczą głównie migdałków zanikowych osób starszych. Drogi, któremi dostaje się materiał z nosa do migdałków, stanowią naczynia żyłne, stojące w związku z żyłami gardłowymi. Fakt ten nie był dotychczas uwzględniany. Żyły gardłowe obu stron łączą się ze sobą, i tem się tłumaczy przenikanie materiału, nastrzykniętego do jednej muszli, do obydwu migdałków. Również po wprowadzeniu materiału doświadczalnego do ustroju drogą dożylną przenikają cząsteczki jego do migdałków, jednakże w niewielkim stopniu. Substancje, które w jakikolwiek sposób dostają się do migdałków, wydostają się z dołków migdałkowych poprzez nabłonek. Proces ten odbywa się zarówno w sposób czynny, jak i bierny. Już po 6 — 8 godzinach udało się wykazać w kryptach migdałkowych substancje, zastrzyknięte dożylnie. Część materiału, który się dostaje do migdałków, zostaje odprowadzany do gruczołów chłonnych rejonowych. Badania te nie obalają zatem poglądu z którym zgodnie migdałki nie posiadają naczyń chłonnych doprowadzających. Jeśli chodzi o kwestję znaczenia fizjologicznego migdałków, to badania te potwierdzają teorię, w myśl której migdałki odgrywają rolę filtru dla krążenia krwi, podobnie jak gruczoł chłonny dla limfy.

J. T e n c e r.

Choroby serca i naczyń.

S. ANICKOW. **Stan węzła Keith-Flacka a komorowe skurcze dodatkowe.** (Klin. Med. Nr. 13—16 1932).

W razie osłabienia lub wyłączenia bodźców, wychodzących z węzła Keith-Flacka, komorowa niemiarowość ekstrasystoliczna nasila się; odwrotnie, pobudzenie węzła Keith-Flacka osłabia, a może nawet zupełnie usunąć dodatkowe skurcze komorowe. Wypływa z tego wniosek, że wszystkie czynniki, hamujące czynność węzła Keith-Flacka, wzmagają jednocześnie komorową niemiarowość ekstrasystoliczną. Wobec tego znane z patologii doświadczalnej i kliniki wzmaganie komorowej niemiarowości ekstrasystolicznej przez nerw błędny można rozpatrywać jako wynik zahamowania węzła Keith-Flacka, który, jak wiadomo, ulega w silniejszym stopniu zahamowaniu przez nerw błędny, aniżeli dalej leżące odcinki układu przewodzenia bodźców serca. Można przypuszczać, że również inne czynniki, hamujące czynność węzła Keith-Flacka, jak np. jady wagotropowe lub miejscowe procesy patologiczne, wywołujące zaburzenia w odżywianiu tego „pace makera”, stwarzają warunki, sprzyjające komorowej niemiarowości ekstrasystolicznej. Z drugiej znowu strony, gdybyśmy posiadali środki, mogące wybiórczo pobudzać węzeł Keith-Flacka i nie wpływać na pobudliwość niżej leżących odcinków lub nawet ją obniżać, byłyby one potężną bronią dla przywracania prawidłowego rytmu zatokowego. Systematyczne poszukiwania podobnych środków zapomocą różniczkowej analizy działania jądów na rozmaite odcinki układu przewodzenia bodźców serca stanowią aktualne zadanie farmakologii doświadczalnej.

Henryk J. Landa u.

I. MAHAIM. **Częstoskurcz napadowy u dziecka.** (Arch. des Mal. du coeur Nr. 12 1932).

14-miesięczne dziecko, które miało w wywiadach jedynie wietrzną ospę, przebyłą przed 4 miesiącami, bez powikłań, zapadło na grypowy nieżyt oskrzeli z gorączką, w następstwie którego przez 2 tygodnie utrzymywał się stan podgorączkowy oraz zaburzenia żołądkowe. W chwili, jak się wydawało, dziecko już było na drodze do wyzdrowienia, to znaczy w miesiąc po rozpoczęciu się nieżyty oskrzeli, dostało ono nagle napadu duszności i sinicy z prawidłowym częstoskurczem napadowym, który utrzymywał się długo, bo 15 dni następnych, osiągając częstość około 250. Temu powikłaniu towarzyszyło nowe lekkie podniesienie ciepłoty, a następnie po upływie kilku dni rozszerzenie serca. Ten długotrwały przełom częstoskurczu napadowego nagle ustąpił na przeciąg 5 dni. Dziecko wydawało się jakby odmienione, zaczęło się normalnie odżywiać, kiedy nastąpił nowy przełom częstoskurczu o tej samej częstości 250 na minutę, powodując śmierć po upływie 5 dni. Elektrokardjogram wykazał tachykardję o częstości 266 na minutę pochodzenia ponadkomorowego najzupełniej prawidłową. Autopsja wykazała kilka ognisk odoskrzelowego zapalenia płuc, rozsianych po obu płucach, lecz badanie makroskopowe serca pozostało całkowicie ujemne, jeżeli pominąć rozszerzenie jego jam. Badanie mikroskopowe nie wykazało żadnych zmian ani węzła Tawary, ani pęczka Hisa, ani gałązek pęczka (w bardzo dużej części ich przebiegu od miejsca rozdzielenia). Natomiast badanie uszka prawego wykryło świeże i rozległe zmiany zapalne podnasilserdziowe, dotykające bezpośrednio węzeł Keith-Flacka i ogromną część mięśnia uszka, jak również, choć w stopniu znacznie słabszym sąsiedni spleć nerwowo-zwojowy zatoki.

Henryk J. Landa u.

H. KOHLMAYER. **O leczeniu zatorów tętniczych.** (Zentralblatt für Chirurgie 1933, Nr. 29 str. 1698).

Badając proces tworzenia się zatorów w naczyniach pletw żaby, spostrzegli inni autorzy, że światło tętnicy zwę-

ża się na odcinku przed zatorom często aż do zaniku. Przy operacjach zatorów zauważono również często stany kureczowe tętnic, które trwały nieraz do 24 godzin. Po kureżu następuje rozszerzenie naczyń. Fakt ten nasuwa myśl, ażeby przez odpowiednie działanie przeciwkureczowe umożliwić chociaż częściowy przepływ krwi. Autor zastosował w tym celu dla próby Eupawerinę Mercera, która okazała się szczególnie skuteczna. Skutek był w dwu przypadkach wprost zdumiewający. Krążenie, które można było stwierdzić metodą kapilarno-mikroskopową, występowało zawsze w 20 minut po wstrzyknięciu Eupaweriny. Eupawerinę stosowano przeważnie dożylnie, często kilka razy dziennie w dawkach po 0,03 g. Z opisanych przypadków wynika, że zaburzenia w krążeniu, wywołane sprawami zatorowymi, mogą czasami ulec pod wpływem Eupaweriny znacznej poprawie. Oba przypadki dotyczą wprawdzie kończyn górnych, w których, jak wiadomo, zatory kończą się rzadziej zgorzelą, niż w dolnych. Autor nie chce oczywiście pomniejszać znaczenia zabiegów chirurgicznych, jest bowiem zrozumiałe, że leczenie zachowawcze ma swoje granice.

X.

Choroby skóry, weneryczne i płciowe.

L. M. PAUTRIER. **Dwa nowe przypadki przewlekłego zanikowego zapalenia skóry.** (Bull. de la Soc. Franc. de Derm. Nr. 9 1932).

Autor podaje opis dwóch nowych przypadków przewlekłego zanikowego zapalenia skóry (*dermatitis chronica atrophicans*) czyli choroby Picka-Herxheimera, które stwierdził zresztą zupełnie przypadkowo. Stwierdzenie choroby Picka-Herxheimera bywa często rzeczą przypadku lub raczej skutkiem zupełnego rozebrania się chorych. Przypadki te dotyczyły dwóch chorych, z których jedna zgłosiła się z powodu swędzenia, druga zaś z powodu „bólów w plecach”. Zmiany skórne cechowały się zabarwieniem czernowawo-fioletowym, wpadającym w niebieski powłok oraz zanikiem skóry, dającej się łatwo ująć w szerokie fałdy, a będącej jednocześnie ciastowatą w dotknięciu.

L. H.

L. WILTSCHEKE. **O przypadku częściowego zniekształcenia skóry u noworodka.** (Wien. kl. Woch. Nr. 33 1932).

Skóra karku była ułożona w duże fałdy i dawała się daleko unosić. Na sekcji dziecka, zmarłego nagle po upływie dwóch dni, znaleziono serce o bardzo powikłanych nieprawidłowościach (niedrożność części wstępującej tętnicy głównej, niedorozwój bardzo silnego stopnia lewej komory, otwarty przewód Botall'a i niezarośnięty otwór owalny). Miało się w przypadku tym do czynienia z częściowym wzrostem olbrzymim skóry, zniekształceniem, które najwidoczniej pozostawało w jakimś związku genetycznym ze zniekształceniem serca.

A. Neumann (Baden-Wien).

F. CAILLIAU, M. LOISEL i J. FLEURY. **Dermatitis exfoliativa neonatorum (choroba Ritter von Rittershain) i zaburzenia gruczołów o wewnętrznym wydzielaniu.** (Bull. de la Soc. Franç. de Derm. et de Syphil. Nr. 6, Czerwiec 1933).

Przypadek dotyczy 10-o dniowego niemowlęcia, które zmarło z powodu choroby Rittera. Podczas sekcji stwierdzono: dodatkowe nadnercze, zmiany sklerotyczne grasicy, jąder i tarczycy. Badanie histologiczne skóry wykazało hiperkeratozę i złuszczenie się naskórka, pęcherze podrogowe, śródskórkowe i podnaskórkowe z małą zawartością komórek i bez eozynofiliów, obrzęk śródskórkowy i spongiozę. W skórze właściwej brodawki obrzękłe z licznymi komórkami zapalnymi, naczynia włosowate nowoutworzone i poroszerzane. Naciek rozlany z neutrofilów, limfocytów i histiocytów, towarzyszący naczyniom i przydatkom. Tkanka klejorodna w niektórych miejscach zwyrodniała szklisto, w innych buja-

jąca. Tkanka sprężysta zmieniona jedynie w obrębie ognisk zapalnych. Srebrzenie metodą H o r t e j i wykazuje bardzo znaczne przerzedzenie komórek L a n g e r h a n s a i R a n v i e r a. Wynik badania na drobnoustroje całkowicie ujemny. Choroba R i t t e r a v o n R i t t e r s h a i n jest uważana bądź to za infekcję, bądź za dermatozę, związaną z zaburzeniami układu wegetatywnego i dokrewnego. Autorowie, opierając się na swoim przypadku, przychylają się do tego ostatniego poglądu. Alfred E t t i n g e r.

A. ULLMO. **Choroba Recklinghausena dziedziczna i rodzinna.** (Bull. de la Soc. Franç. de Derm. Nr. 9/1932).

Autorka podaje opis trzech przypadków choroby R e c k l i n g h a u s e n a w jednej rodzinie, u matki i jej dwojga dzieci. Matka przedstawia przypadek typowy i zupełny tej choroby, obok tego zaś zaburzenia psychiczne. Dwoje dzieci (8-letnie i 15-miesięczne) stanowią przypadki poronne choroby R e c k l i n g h a u s e n a. Dziedziczność tej choroby jest znana już dawno, gdyż F e i n d e l w r. 1896 w swej pracy doktorskiej pisał, że „neurofibromatosis generalisata jest zawsze wrodzonym, często dziedzicznym, a czasami rodzinnym ciepieniem”. Według statystyki A d r i a n a 1/5 tych przypadków jest dziedziczna. Autorowi temu udało się prześledzić rodzinę, w której znalazł tę chorobę w 4 pokoleniach. H a r b i t z wspomina rodzinę, w której choroba R e c k l i n g h a u s e n a występowała w 5 pokoleniach. Natomiast S i e m e n s uważa, że przypadki sporadyczne są o wiele częstsze, niż serje dziedziczne. L. H.

Paul VIGNE i L. BOVER. **Ziarniniak wrzodziejący narządów płciowych.** (Ann. de Derm. et de Syphil. Maj 1933)

Schorzenie to występuje często w Ameryce, szczególnie Południowej. Przypadek, opisywany na tem miejscu, jest piąty z kolei zaobserwowany w Europie. Sprawa wystąpiła u 44-letniej rejestrowanej prostytutki, zamieszkałej w dzielnicy portowej. W wywiadach kiła. Chora zgłosiła się do leczenia po raz pierwszy w 10 miesięcy po zjawieniu się zmian chorobowych. Na wargach wielkich w otoczeniu części płciowych stwierdzono owalne niezbyt głębokie, owrzodzenia długości 4-ch centymetrów, które poprawiło się szybko pod leczeniem miejscowym i chora została wypisana. Po dwu miesiącach chora powróciła z trzema rozległymi owrzodzeniami, umiejscowionymi w otoczeniu części płciowych. Dla sprawy charakterystyczne są brzegi owrzodzeń bardzo wyniosłe, bujające, brodawkowate, żywo — czerwone lub fioletowe; dno pokryte żółto - zielonawym nalotem o woni gnilnej. Owrzodzenia nigdy nie przechodzą na śluzówkę i nie są bolesne. Gruczoły regionalne nie ulegają zmianom. Zastosowano leczenie klasyczne dla sprawy antymonem i promieniami X. Chora otrzymała około dwudziestu wlewań neostibosanu i jedno naświetlenie 6H przez filtr 20 mm. Al. Nastąpiła wybitna poprawa, lecz chora nie chciała zgodzić się na dalsze leczenie i opuściła szpital. Z owrzodzeń wyhodowano drobnoustroj podobny do lasecznika F r i e d l ä n d e r a, który szczepiony powodował powstawanie identycznych zmian i który autorowie uważają za czynnik wywołujący schorzenie.

Alfred E t t i n g e r.

Choroby kości i stawów.

Z. GERSZKOWICZ i M. BREUNER. **W sprawie rozpoznawania kiły stawowej.** (Dtsch. Arch. klin. Med. t. 175, z. 6).

Autorzy przeprowadzali poszukiwania krętków u chorych z kilowymi schorzeniami stawów. Trzy odpowiednie przypadki poddano dokładnemu badaniu klinicznemu. U wszystkich trzech chorych poszukiwano krętków w rozmazie i płynie stawowym, u pierwszych dwóch z wynikiem

ujemnym, u trzeciego — z dodatnim (w tym przypadku odczyn W a s s e r m a n n a we krwi i płynie stawowym, dwukrotnie badany, dał wynik 3+). Przy barwieniu rozmazów z płynu stawowego metodą B u r r i e g o i G i e m s y krętki leżały pojedynczo i w skupieniach. Jednocześnie wstrzyknięto młodemu królikom bezpośrednio pod skórę moszny 1 cm³ surowiczego płynu stawowego. Tylko w drugim przypadku w punkcie jądrowym okazały się krętki. A zatem z trzech przypadków przymiotu udało się w 2 wykazać krętki. W jednym przypadku bezpośrednio w rozmazach z płynu stawowego, w jednym zaś w drodze doświadczenia na zwierzętach. Pozatem w jednym przypadku kiły stawowej, spostrzeganym przez G e r s z k o w i c z a, odczyn W a s s e r m a n n a we krwi i płynie stawowym był dodatni 3+, w rozmazach z płynu stawowego udało się stwierdzić obecność krętków. *Arthrolues* zatem istnieje. Wśród 4 przypadków w trzech istniał dodatni odczyn W a s s e r m a n n a w płynie stawowym. W obrazie rentgenowskim istniały wyrośla okostnowe. W wywiadach były dane, wskazujące na przymiot: mocne bóle kostne i stawowe, znikające wtedy, gdy chory się porusza, w pewnej części przypadków niewspółmierność między stopniem zaburzeń czynnościowych a przedmiotowymi danymi zmian stawowych. Wszyscy chorzy wykazywali odczyn H e r x h e i m e r a: bóle w stawach i kościach po wśródzłym zastrzyknięciu 10 cm³ 10% roztworu jodku sodowego. Jednym słowem, obraz kliniczny i wyniki badań laboratoryjnych dostatecznie przemawiają za swoistym charakterem schorzenia. Ujemny wynik poszukiwania krętków i doświadczeń na zwierzętach nie wyłącza w żadnym razie przymiotu stawowego.

Henryk J. L a n d a u.

E. MALIWA. **O środkach pomocniczych w leczeniu przewlekłych zapaleń stawów.** (Wien. kl. Woch. Nr. 43/1932).

W pierwotnych lub wtórnych przewlekłych zakaźnych zapaleniach stawów z względnie nieznaczniemi procesami wysiękowymi w torebce stawowej, ciepłotami podgorączkowymi przeprowadza autor leczenie drażetkami Solganalu. W ciągu pierwszego tygodnia podaje się 3 razy dziennie po jednej tablecie, w każdym następnym tygodniu zwiększa się dawkę o 1 drażetkę dziennie. Czas trwania całej kuracji wynosi 6—7 tygodni. Autor podaje Pyrydium jako środek przeciwbakteryjny dla zwalczania dalszych wysiewów posocznicych w przebiegu przewlekłych zakaźnych zapaleń stawów.

A. N e u m a n n (Baden — Wien.).

F. MANDL. **Wyniki 400 operacji łąkotki.** (Wien. kl. Woch. Nr. 4/1933).

Urazy przeważnie nie prowadzą bezpośrednio do zerwania łąkotki, lecz pęknięcie jej stanowi wynik końcowy procesu zwyrodnieniowego. Jeżeli chodzi o rozpoznanie, to pod tym względem trzeba się głównie opierać na wywiadach. Przy określonych ruchach występuje silny ból, który w przeciwieństwie do myszek stawowych (*mures articulares*) bywa odczuwany zawsze w tem samym miejscu, zazwyczaj w przyśrodkowej szczelinie stawowej. Uwięźnięcia stają się z czasem coraz częstsze, tracą jednak coraz bardziej na natężeniu bólu. Przedmiotowo stwierdza się wylew do stawu i bolesność uciskową przyśrodkowej szczeliny stawowej. Powtarzające się uwięźnięcia stanowią wskazanie do operacji. Wiek powyżej 40 lat, współistniejące zapalenie stawu lub kombinacje z innymi uszkodzeniami wewnętrznymi nie stanowią przeciwwskazania. Wśród 400 operowanych w żadnym przypadku nie przyszło ani do zakażenia, ani do następnego zeszytwnienia. W 90% przypadków otrzymano dobre wyniki. Nigdy jednak nie operowano świeżych przypadków (krwawienia).

A. N e u m a n n (Baden — Wien.).

Streszczenia pojedyncze.

Patologia kliniczna i doświadczalna.

E. HESSE i A. FILATOW. **Badania doświadczalne w sprawie zmian w ustroju wskutek hemolizy.** (Wiest. Chir. i Pogr. Obl. z. 80—81/1932).]

W dzisiejszym stanie zagadnienia nie można uważać za wyłączoną możliwość hemolizy podczas przetaczania krwi. Należy się liczyć w przetaczaniu krwi ze śmiertelnością 0,5 — 1,5%. Cel badań doświadczalnych autorów polegał: a) na poznaniu patogenezy wstrząsu hemolitycznego przy przetaczaniu krwi, dotychczas niedostatecznie poznanego; w pierwszym rzędzie zbadano patogenezę zmian nerkowych w hemolizie; b) na znalezieniu celowej i prostej metody leczenia wstrząsu hemolitycznego, powstającego po przetaczaniu krwi. Patogenezę wstrząsu hemolitycznego oświetlano dotąd nieprawidłowo. Jak wynika z badań autorów, obce białko, dostające się przy hemolizie do krwi, sprzyja podrażnieniu znajdujących się w okolicy podwzgórkowej (*regio subthalamica*) ośrodków roślinnych. Dzięki podrażnieniu włókien zewężających naczynia następuje kurcz naczyń obwodowych, w ich liczbie również nerkowych. Stara teoria patogenezy zmian w nerkach przy przetaczaniu krwi, tłumacząca wszystko zatorom tętnic nerkowych i mechanicznym zamknięciem kanalików nerkowych przez kryształy hemoglobiny, powinna być odrzucona na zasadzie badań doświadczalnych i histologicznych autorów. Punkt wyjściowy dla doświadczeń autorów stanowiły badania Filatowa z r. 1928. Z badań tych wynika, że ponowne wlewanie zhemolizowanej własnej krwi prowadzi do wstrząsu hemolitycznego z obniżeniem się ciśnienia krwi. W związku z hemolizą ulega osłabieniu czynność nerek. Wydzielanie zmniejszonej ilości moczu jest spowodowane przez kurcz tętnic nerkowych. Zapomocą wyłączenia ośrodkowego unerwienia naczynioruchowego przez przecięcie nerwu trzewiowego (*n. splanchnicus*) udało się dowiedzieć, że kurcz ten jest pochodzenia ośrodkowego. Dalsze doświadczenia autorów wykazały identyczność zmian w ponownym wlewaniu zhemolizowanej własnej krwi i w przetaczaniu krwi nieodpowiedniej grupy. Ponowne wlewanie zhemolizowanej krwi prowadzi do obniżenia się ciśnienia krwi i zmniejszenia się objętości nerek, rejestrowanej onkograficznie. Wahanie w ciśnieniu krwi ulegają dość szybko wyrównaniu, podczas gdy krzywa objętości nerek pozostaje obniżoną. Kurcz tętnic nerkowych jest zjawiskiem stałym, i zależy od ilości wlanej krwi zhemolizowanej i ciężkości hemolizy. Kurcz może trwać od 1 do 25 minut i dłużej i utrzymywać się na zerze. Przy przetaczaniu krwi nieodpowiedniej grupy spostrzega się jeszcze silniej wyrażone i bardziej długotrwałe objawy. Operacyjne pozbawienie nerki nerwów w ostrym doświadczeniu nie dopuszcza do powstania kurczu po hemolizie. Dodatni wynik wyłączenia ośrodkowego unerwienia naczynioruchowego nerki otwiera szerokie pole dla możliwości chirurgicznego zadziałania na następstwa wstrząsu hemolitycznego. Częściowe usunięcie nerwów nie osłabia kurczu tętnic nerkowych. W tym celu konieczne jest całkowite pozbawienie nerki nerwów. Zapomocą przetaczania krwi odpowiedniej grupy udaje się osłabić kurcz tętnic nerkowych. Posiada to doniosłe znaczenie praktyczne. Ten prosty i skuteczny sposób leczenia dotychczas był nieznan. Wlewanie roztworu fizjologicznego soli kuchennej nie wywiera wpływu na kurcz. Doświadczenia z przetaczaniem obcej (ludzkiej) krwi przechowywanej wykazały, że w tych warunkach wstrząs hemolityczny jest słabszy, aniżeli po przetaczaniu świeżej krwi. Natężenie wstrząsu hemolitycznego pozostaje w prostej zależności od czasu przechowywania konserwowanej krwi. Im czas przechowywania krwi jest dłuższy, tem nieznaczniejsze są

objawy spadku ciśnienia krwi i zmniejszenia się objętości nerek. Innymi słowy, przetaczanie przechowywanej krwi nieodpowiedniej grupy jest mniej niebezpieczne w znaczeniu groźby hemolizy, aniżeli wlewania świeżej krwi niewłaściwej grupy. Histologiczne badania O. A. Lewina z kliniki Hessego wykryły po hemolizie w ostrym doświadczeniu zmiany o charakterze mięszowym. Objawów zatoru albo zakrzepu naczyń nerkowych lub też wypadania hemoglobiny stwierdzić się nie udało. Skurcz naczyń nerkowych przy hemolizie wywołuje długotrwałe zaburzenia w ukrwieniu nerki. Nerki z zaburzeniami czynnościowymi nie dają sobie rady ze zwiększonym obciążeniem, które powstaje w rozpadzie białkowym i hemoglobinemji. Jako zjawisko wtórne następuje wypadanie hemoglobiny w nerkach i hemoglobinuria. Objawy te tłumaczono dawniej jako przyczynę bezmocz. Według badań autorów, stanowią one skutki zaburzenia czynności nerek. W oświetleniu doświadczeń autorów wyjaśnia się istota charakterystycznego objawu klinicznego we wstrząsie hemolitycznym — bólów okolicy lędźwiowej, które tłumaczyć należy powstaniem kurczu naczyń nerkowych. Należy przypuszczać, że zdrowa nerka może przetrzymać bardziej długotrwałe kurcz tętnic nerkowych, aniżeli nerka o upośledzonej czynności. Wynika z tego praktyczne wymaganie badania czynności nerek przed przetaczaniem krwi. W przypadkach o upośledzonej czynności nerek należy zastosować cały szereg szczególnych środków zapobiegawczych celem niedopuszczenia do hemolizy. Z doświadczeń autorów wynikają następujące wnioski praktyczne: ponieważ chorzy po hemolizie giną wskutek następstw upośledzenia czynności nerek, należy zastosować wszelkie środki dla usunięcia kurczu tętnic nerkowych. W tym celu niezbędne jest natychmiastowe wykonanie nowego obfitego przetaczania krwi odpowiedniej grupy. Nie należy tracić czasu na poszukiwanie odpowiedniego dawcy. W tym celu w każdym zakładzie, w którym się często wykonuje przetaczanie krwi, należy mieć dyżurującą krew grupy O. Wyłuszczenie nerek z torebki, prowadzące w najlepszym przypadku do częściowego pozbawienia nerki nerwów, należy odrzucić. Jedynie całkowite pozbawienie nerki nerwów może doprowadzić do usunięcia bloku nerkowego. Na podstawie tych rozważań można próbować w razie nieuzyskania wyników po przetaczaniu odpowiedniej krwi, jednostronnej operacyjnego przecięcia nerwów współczulnych nerki. Środki objawowe (nasercowe, moczopędne, upust krwi, wlewanie fizjologicznego roztworu soli kuchennej, cukru gronowego i zastrzykiwanie adrenaliny), stosowane dotychczas, są bezcelowe. należy je wobec tego zastąpić środkami i metodami, zalecanymi przez autorów.

H.

H. MAGENDANTZ i F. STRATMAN. **O pozanerkowym wydalaniu wody w niedomodze serca.** (Dtsch. Arch. klin. Med. t. 174, z. 1).

U 10 chorych z obrzękami i objawami zastoinowymi wskutek niedomogi serca, znaleziono, że wydalanie pozanerkowe wody zawsze brało bardziej lub mniej znaczny udział w wyplukiwaniu obrzęków, wyrażony bądź w tem, że jeszcze przed zwiększeniem się diurezy brało ono zrazu na siebie wyłączone wydalanie obrzęków w okresie, kiedy się waga ciała wogóle zmniejszała pod wpływem leczenia djetetycznego i farmakologicznego, bądź w tem, że zwiększało się ono wraz z rozpoczynającą się diurezą, pomagając jej, wyraźnie w porównaniu z rozmiarami, uwarunkowanymi przez czyste procesy ciepłno-regulacyjne. Dalej znaleźli autorzy, że u chorych z niedomogą, ze znacznymi obrzękami i objawami zastoinowymi pozanerkowe wydalanie wody daje się jeszcze wyraźnie

spotęgować zapomocą zastrzyknięć salyrganu bądź w dniu zastrzyknięcia lub w następnym i że z drugiej strony w stanie wyrównania (t. zn. po usunięciu obrzęków i objawów zastoinowych) dająca się jeszcze wymusić diureza salyrganowa prowadziła do zmniejszenia się wydalania pozanerkowego.

Henryk J. L a n d a u.

Choroby kobiet i położnictwo

B. v. BQDO. Stosowanie djatermji doodbytnicznej w chorobach kobiecych o charakterze zapalnym. (Wien. kl. Woch. Nr. 1 1933).

Djatermja doodbytnicza wchodzi w rachubę w tych przypadkach, w których ognisko zapalne jest umiejscowione powyżej odbytnicy, zaś poniżej macicy, a elektroda, wprowadzona do pochwy, może je osiągnąć tylko w sposób niezupełny. Do tej grupy należą zapalenia wężadel krzyżowo-macicznych oraz ich następstwa, marskości, skrócenie, sztywność. Metoda ta wymaga o wiele większej ostrożności, aniżeli metoda pochwową. Naogół należy powoli zwiększać natężenie prądu aż do najwyższej 1,5 ampera. Czas trwania seansu wynosi 20 — 30 minut. Wyleczenie osiąga się w owiele krótszym czasie.

A. N e u m a n n (Baden — Wien.).

O. REICHEL. O leczeniu krwawień w wieku dziecięcym. (Wien. kl. Woch. Nr. 3 1933).

Wszelkich zabiegów okaleczających, a zatem również wytrzebienia zapomocą promieni R o e n t g e n a należy bezwzględnie unikać. Jedynie w razie niebezpieczeństwa, zagrożającego życiu, wchodzi w rachubę zabieg operacyjny i przytem w pierwszym rzędzie skrobanie, jako zabieg najbardziej oszczędzający chore. Pozatem należy bezwarunkowo stosować leczenie hormonalne (*corpus luteum*). Przetaczania krwi poprawiają wyniki. Obok tego należy przeprowadzać ogólne leczenie wzmacniające.

A. N e u m a n n (Baden — Wien.).

P. DELMAS. Stosowanie znieczulenia lędźwiowego przy zabiegach położniczych. (Gynecol. et Obstetrique Nr. 1 1933 r.).

D e l m a s stosował znieczulenie lędźwiowe przy zabiegach położniczych w 6000 przyp. Znieczulenie małe z 5 cm. scurocainy (preparat pokrewny nowokainie) wywołuje znieczulenie na poziomie dolnych dróg rodnych, jak również zmniejsza napięcie mięśni krocza, dzięki czemu ułatwia ekstrakcję płodu, szczególnie przy kleszczach czy też porodach pośladowych. Znieczulenie duże z 10 cm. scurocainy ma wpływ na ściany i jamę macicy; na ściany, wywołując hemostazę naczyń, co jest korzystne przy laparotomiach (cięcie cesarskie), na jamę macicy, gdyż zmienia jej napięcie, skurcz mięśnia znika i wtedy możliwe są zabiegi wewnątrzmaciczne, jak obroty i t. d. Punkcja ma być wykonana na poziomie przestrzeni lędźwiowo - krzyżowej, przed wpuszczeniem środka znieczulającego, należy wypuścić dwa razy większą ilość płynu mózgowo - rdzeniowego. Podczas znieczulenia należy dać do wdychania *amylum nitrosum* (rozszerzający naczynia), w dwie godziny po znieczuleniu zastrzyknięcie ergotyny, zapobiegawcze przeciw atonji macicy. Znieczulenie lędźwiowe należy stosować przy zmianach czynnościowych kanału rodnego, nigdy zaś przy zmianach anatomicznych, jak nowotwory złośliwe, włókniaki, blizny.

Jadwiga M e s z ó w n a.

R. KELLER i E. BOHLER. Wskazania do rewizji wnętrza macicy zaraz po porodzie. (Gyn. et Obst. Nr. 5 T. XXVII 1933 r.).

Od czasu, jak autorzy zaprowadzili u siebie w klinice rewizję wnętrza macicy zaraz po porodzie przy najmniejszym podejrzeniu, że łożysko nie jest całkowite, nie mieli

żadnego przypadku śmierci na 305 rewizyj przy 3000 porodach. Technikę stosowali następującą: wkładanie ręki tylko jeden raz do macicy. Żadnych irygacji i żadnej tamponady. W razie krwotoku z powodu atonji autorzy wyjmowali skrzepy z macicy, zastrzykując jednocześnie hipofizynę dożylnie. Przeciwwskazaniem do rewizji wnętrza macicy była tylko gorączka, która może dać czasami śmiertelne wyniki. Przy każdej rewizji macicy autorzy oglądali dolny odcinek macicy i szyi. W razie zauważenia jakiegoś rozdarcia zeszywali natychmiast. Półtoraroczna praktyka wykazała częstą rewizję wnętrza macicy za wskazaną i nieszkodliwą, gdyż przed stosowaniem tej metody śmiertelność dochodziła do 1,1%.

L. E b i n.

J. SEGNY i J. VIMEUX. Przyczynek do studiów nad niewytlomaczoną nieplodnością kobiety i wnikanie spermy do dolnego odcinka narządów rodnych kobiety. (Gyn. et Obst. Nr. 4 T. XXVII. 1933).

Autorzy po skrupulatnych badaniach przyszli do wniosku, że 1) Kwaśna pochwa wzbudza plemniki i zabija te z nich, które na czas nie opuściły jej. 2) Alkaliczne wydzieliny szyi macicznej przyciągają plemniki, będąc jakby dla nich schroniskiem. 3) Plemniki, przyciągnięte przez szyję, mogą przejść do macicy tylko wtedy, gdy szyja posiada wydzieliny rzadkie, obfite i przezroczyste. Te wydzieliny szyi, które ją robią przepuszczalną dla plemników, są fizjologiczne i czasowe. Prawdopodobnie jest to związane z owulacją. 4) Wydzieliny szyi najodpowiedniejsze dla plemników trwają określony czas i mogą nastąpić w różnych momentach cyklu menstruacyjnego. Po większej części następuje to jeden raz w miesiącu, 10 dni po pierwszym dniu perjodu i trwa około 4—5 dni. U niektórych kobiet szyja nigdy nie jest przepuszczalna dla plemników, czy to z powodu braku stosownych wydzielin, czy z powodu ropy, która się tam znajduje. Tem można czasami objaśnić niektóre przypadki nieplodności kobiet.

Choroby dzieci.

A. CALMETTE. Szczepienie ochronne przeciwgruźlicze szczepionką BCG w rodzinie lekarza. (Bulletin de l'Académie de Méd. Nr. 34, 15/XI 1932).

W 1921 autor wraz ze swym uczniem G u é r i n przekonali się, że BCG jest nie tylko nieszkodliwe, ale jest w stanie uchronić od zakażenia gruźlicą najrozmaitsze zwierzęta. W tymże roku lekarz W e i l - H a i l e zastosował po raz pierwszy tę szczepionkę u dziecka urodzonego od matki gruźliczki i które miało być wychowane przez babkę, również dotkniętą gruźlicą. Od 1924 r. kiedy BCG oddano do dyspozycji lekarzy, wielu z nich postanowiło zaszczepić własnym dzieciom, by uchronić je od gruźlicy. Autor pragnął zapoznać się z opinią i spostrzeżeniami lekarzy i w tym celu rozesłał do 282 lekarzy, którzy zastosowali BCG krótki kwestionariusz. Po miesiącu otrzymał 280 odpowiedzi, pochodzących z 80 departamentów i dotyczących 514 dzieci z rodzin lekarskich szczepionych w latach 1924 — 1932. Śmiertelność ogólna z rozmaitych powodów wynosiła 1,3%. 507 dzieci rozwinęło się doskonale; ich stan zdrowia jest dobry; żadne z nich nie wykazywało najmniejszego objawu gruźlicy — wykazują również większą odporność w porównaniu z nieszczepionymi dziećmi wobec chorób wieku dziecięcego. Większość lekarzy wypowiada się za koniecznością szczepienia wszystkich noworodków, nawet w rodzinach uchodzących za zdrowe, dlatego że BCG jest zupełnie nieszkodliwe oraz dlatego, że zbyt często się zdarza iż pomimo wszelkich ostrożności dzieci narażone są na zetknięcie się z źródłem zakażenia. Zwyczaj szczepienia BCG rozpowszechnia się coraz bardziej. We Francji w dniu 1 listopada było 508.000 dzieci szczepionych, a przeciętna liczba szczepień miesięcznych wy-

nosi 10.700, czyli 1/5 wszystkich urodzeń. Autor wyraża nadzieję, że za kilka lat budżety państwowe przeznaczone na utrzymanie instytucji dla leczenia i niesienia pomocy gruźlikom zostaną dzięki szczepieniom znacznie zmniejszone.

H. Szpidbaurm.

A. HOMMEL. **Leczenie heksametylentetraminą w praktyce dziesięcjej.** (Wien. med. Wschr. Nr. 36 1933).

Trzyletnie stosowanie kliniczne cystopuryny przekonało autora, że cystopuryna jest zupełnie nieszkodliwym preparatem hexametylentetraminy o bardzo szybkim działaniu. Wyniki lecznicze i dobra tolerancja preparatu, ujawniająca się szczególnie u niemowląt i małych dzieci, skłaniają autora do oddawania pierwszeństwa cystopurynie i stosowania jej wszędzie tam, gdzie nie jest niezbędne leczenie zastrzykowaniami. Objawów ubocznych albo wręcz szkodliwych, które występują czasami po podawaniu nawet zwykłych dawek hexametylentetraminy, nie spostrzegano nawet u niemowląt po cystopurynie.

H. L.

L. MOLL, L. SCHOENBAUER i H. MASŁOWSKI. **O przetaczaniu krwi w wieku niemowlęcym i u małych dzieci.** (Wien. kl. Woch. Nr. 39 40 1932).

Autorzy przeprowadzali naogół duże przetaczanie krwi po 40 — 50 cm.³ na kilogram wagi ciała, dzięki czemu w wielu przypadkach stan krwi po jednorazowym przetaczaniu powracał do normalnych liczb. U bardzo młodych ośesków i wcześniaków, u których metoda *Percyego* napotyka na trudności wskutek tego, że żyły są wąskie i łatwo ulegają rozdarciu, stosowano krew cytrynianową. Zastrzykiwania robiono do wypreparowanej żyły, a mianowicie przeważnie do żyły łokciowej, lecz również do żyły jarzmowej zewnętrznej i udowej. W niedokrewnościach wtórnych, pokarmowych i pozakaźnych, w niedokrewnościach wcześniaków i w 2 przypadkach wrodzonych niedokrewności osiągnięto zapomocą przetaczania krwi, a mianowicie jednorazowego dużego przetaczania bardzo dobre i trwale wyniki. W jednym przypadku zatrucia methemoglobinowego spostrzegano pomyślny wpływ na przebieg choroby. W procesach posocznico-ropnicowych (ropne schorzenia skóry, ropowica, róża) widywano w większości przypadków pomyślne działanie przetaczania krwi (z 10 przypadków 7 zostało wyleczonych). W 3 z pośród 5 przypadków przewlekłego ropomoczu nastąpiła poprawa; dobry wynik osiągnięto również u dziecka z ropniem płuca. Przetaczanie krwi przyspieszyło wyzdrowienie po operacji z powodu ropnego zapalenia opłucny oraz po operacji z powodu ropnia nerki. U 3 ośesków z bardzo ciężkim zanikiem osiągnięto nadzwyczaj znaczną poprawę stanu ogólnego. W 3 przypadkach *infantilismus intestinalis* przetaczania krwi okazały się środkiem, znacznie wspomagającym leczenie dietetyczne.

A. Neumann (Baden-Wien).

Choroby nerwowe i psychiczne.

V. Bouwdyk BASTIAANSE. **Poszczepienne zapalenie mózgu.** (Rev. Neur. T. I. Nr. 5 1932).

Badanie przypadków poszczepiennych zostało doskonale zorganizowane w Holandji dzięki szeregowi Komisji naukowych. W wyniku badań podzieleno wszystkie przypadki na: 1) pewne, 2) przypuszczalne, 3) wątpliwe, 4) nie należące do kategorii zapalenia mózgu. Symptomatologia cierpienia jest niezmiernie różnorodna w zależności od umiejscowienia procesu. Pozostałości po przebytej chorobie nie są częste, jednak notowano: niedowłady połowicze, płasawicę, bóle głowy, zmiany psychiczne, zez i t. p. Objawy wstępne cierpienia przypominają zapalenie rogów przednich oraz zapalenie mózgu śpiączkowe. W dalszym jednak przebiegu odbiegają one od tych cierpień przez udział w sprawie poszczepiennej objawów pi-

ramidowych oraz przez brak naogół pozostałości po chorobie. Zmiany histopatologiczne są, zdaniem autora, odmienne od innych postaci zapalenia mózgu: *McIntosh*, *Turnbull* i *Perdran* wykazali demielinizację ognisk: otoczki mielinowe rozplywają się i komórki glejowe duże (makroglej) zawierają szczątki ich pod postacią tłustych kropeł. Istota szara jest lepiej zachowana od białej, jednakże jądro czerwone, istota *Saemmeringa* i jądro siateczkowate ulegają procesowi. W obrębie opon sprawa jest słabo wyrażona, gdzieś widać nacieczenie limfo- i plazmacytowe wokół żył. Naogół przeważa bujanie gleju nad bujaniem elementów krwiopochodnych. Rdzeń, korzonki i węzły nerwowe obwodowe są rzadziej ogarnięte przez proces chorobowy, jednakże wszystkie części układu nerwowego są dostępne dla sprawy poszczepiennej. Co się tyczy etiologii cierpienia, to autor broni tezy holenderskiej, według której czynnik chorobotwórczy tkwi w ustroju i staje się złośliwy pod wpływem szczepienia ospy. Tylko taka hipoteza tłumaczy ma fakt wzmoczenia się zachorowań w pewnym okresie czasu oraz to, iż ta sama szczepionka nie u wszystkich osobników wywołuje powikłanie mózgowe. W Holandji dzieci poniżej 2 lat rzadziej zapadają, niż dzieci starsze.

N. Z. Z.

A. WIMMER. **Ostre stany zapalne nieropne w obrębie układu nerwowego.** (Rev. Neur. 1932 T. I. Nr. 2).

Autor stara się wprowadzić ład w dziedzinę trudną do rozwikłania, a mianowicie rozgraniczyć klinicznie i anatomicznie rozmaite sprawy zapalne układu nerwowego. Dzieli on je na 3 wielkie grupy: A. Zaburzenia ostre, neuropowowe, autonomiczne układu nerwowego. B. Postacie pośrednie i C. Zapalenia mózgu przypadkowe, w przebiegu ogólnych zakażeń ustroju. Najważniejsza jest grupa pierwsza A. *Wimmer* zalicza do niej śpiączkę nagminną, chorobę *Sicarda*, płasawicę, cierpienie opryszczkowe i półpasiec, cierpienie *Heine-Medina*, wściekliznę, stwardnienie rozsiane i cierpienie *Heubnera-Schildera*. Grupa druga ma znaczenie aktualne, obejmuje bowiem zapalenie rozsiane mózgu i rdzenia, panujące nagminnie ostatnimi czasy, zapalenie poszczepienne mózgu, odrowe i ospowe. Trzecia grupa rozpatruje cierpienia, powstałe w związku z rozmaitymi cierpieniami ogólnymi jak grypa, zapalenie płuc i t. d. Omawiając stronę kliniczną każdej grupy, autor podkreśla fakt, iż 1/4 wszystkich przypadków śpiączki może przebiegać bez objawów w stadium początkowym choroby. Dalej *W.* wskazuje na liczne postacie nietypowe cierpienia, jak postać zapalenia wielonerwowego, zapalenia nerwów czaszkowych, padaczki, a nawet zapalenia opon surowiczego. Cierpienie *Sicarda* obejmuje czkawkę nagminną, wiele przypadków *torticollis* *Brissona* i *auda* oraz płasawicę *Sydenhama*. Mimo cytowania nomenklatury *Sicarda*, a mianowicie nazwy wprowadzonej przez niego jako „*para-encephalitis*“, *Wimmer* w końcu neguje istnienie takiej postaci i zalicza ją do *encephalitis*. W sprawie płasawicy autor skłania się do opinii *Lhermitte'a* i *Paguiet'a*, którzy odróżniają postać zapalną oraz zwyrodnieniową. Pierwsza wiąże się całkowicie z zapaleniem mózgu nagminnym, druga — jest właściwym cierpieniem *Sydenhama*. Przypuszczenie *Lewyego*, iż powstaje ona na podłożu konstytucjonalnym, zasilanem przez jakiśkolwiek czynnik zakaźny przypadkowy, najczęściej paciorkowiec, znajduje uznanie autora. Co się tyczy opryszczki, to przyłączanie jej do *encephalitis epidemica* sprzeciwia się spostrzeżeniom klinicznym. *Wimmer* podkreśla właściwość półpasca obejmowania całego segmentu rdzenia oraz nieprzenoszenia się na rozmaite pętra układu nerwowego. Co się tyczy zapalenia rogów przednich rdzenia, to nowsze badania wykazują, że wiele przypadków cierpienia *Landraego* należy do wyżej

wspomnianej kategorii. O stwardnieniu rozsianem autor pisze niewiele, nie mając nic nowego do dodania. Natomiast obszerniej zatrzymuje się nad zapaleniem mózgu i rdzenia rozsianem i przeprowadza analogję pomiędzy tem cierpieniem, a stwardnieniem rozsianem. Nie wypowiadając ostatecznej decyzji co do identyczności obu cierpień, skłania się do podobnej koncepcji. Zapalenie mózgu poszczepienne i podobne oraz poospowe zyskało obszernie omówienie. Autor uznaje słusność zdania tych badaczy (P e t t e, R e d l i c h i in.), którzy zajęcie układu nerwowego przypisują nie zarazkom wymienionych chorób, lecz obojętnym zazwyczaj saprofitom, które naskutek zakażenia ospowego lub odrowego, zdobywają złośliwość chorobotwórczą. N. Z. Z.

RADEMAKER i GARCIN. Spostrzeżenia dotyczące pewnych odczynów błędnikowych u zwierząt i ludzi. (Rev. Neur. 1932 Nr. 4).

Zwierzę, pozbawione błędnika i przemieszczane szybko w przestrzeni, nie wykonywa kończynami żadnych ruchów, które miałyby na celu powrót do równowagi. Przy przemieszczaniu powolnym ruchy takie u niego zjawiają się jak u zwierzęcia normalnego. Stąd wniosek, iż błędnik jest narządem przeznaczonym do zachowywania równowagi przy ruchach szybkich. Kontrola przypadków klinicznych z upośledzeniem błędnika dowiodła, że i u ludzi, tak samo, jak u zwierząt, brak lub uszkodzenie błędnika niweczy pewne odruchy, mające na celu zachowanie równowagi przy nagłej zmianie ułożenia. Uszkodzenie błędnika, datujące oddawna i dobrze przez ustrój skompensowane, nie wpływa na odruchy wyżej wymienione. N. Z. Z.

DEREUX. Zespół ogona końskiego jednostronny i blokada worka oponowego. (Rev. Neur. 1932. T. I. Nr. 4).

28-letni mężczyzna zaczął odczuwać w czerwcu 1930 r. ból wzdłuż nerwu kulszowego lewego. Leczenie nie dało żadnej poprawy, powoli wystąpiły: niedowład lewej nogi oraz pewien zanik mięśnia czwórgłowego. Odruch ze ścięgna A c h i l l e s a znikł po stronie lewej, odruch kolanowy—osłabł. Czucie wykazywało upośledzenie po stronie zewnętrznej stopy. Nakłucie łądźwiowe dało płyn ksantochromiczny, bogaty w białko, bez pleocytozy. Ucisk na żyły szyjne nie wpływał na ciśnienie płynu. Całość symulowała obraz sprawy uciskowej, atakującej stronę lewą ogona końskiego. Przed przystąpieniem do zabiegu chirurgicznego autor poddał chorego leczeniu przeciwlłowemu, nie podejrzewając zresztą zupełnie sprawy swoistej (odczyn W. B. ujemny zarówno we krwi, jak i w płynie mózgrdz.). Poprawa wystąpiła szybko i była całkowita wraz z powrotem odruchu kolanowego do normy. Jedynie odruch A c h i l l e s a znikł bezpowrotnie. Omawiając etiologję cierpienia, autor odrzuca możliwość kłły i zatrzymuje się na przypuszczeniu, że istniał tu zespół korzonkowo - nerwowy ostry zakaźny, opisany przez G u i l l a i n a i B a r r e. N. Z. Z.

F HERZOG. Znaczenie rozpoznawcze hippus żrenicy w stwardnieniu wieloogniskowym. (Medizinische Klinik 1932. 1705—1706).

W 3 przypadkach stwardnienia wieloogniskowego notował H e r z o g ciągłą zmienność szerokości żrenicy i uważa ten taniec żrenic jako wartościowy, diagnostycznie ważny wczesny objaw *sclerosis disseminatae*. Jego podłoże anatomiczne stanowią prawdopodobnie rozsiane ogniska sklerotyczne w obrębie ośrodków żrenicznych zwieracza i rozszerzacza. H. H i g i e r.

Medycyna sądowa.

HABERDA. Orzecznictwo lekarskie. (D. Z. Gericht Med. Bd. 21).

Znakomity medyk sądowy zaznacza, że w Austrii w przypadkach, gdy orzeczenie wydawał lekarz lub chemik, a sę-

dzia z tych lub innych powodów nie był z niego zadowolony, kierowano zwykle sprawę do jednego z wydziałów lekarskich celem ponownego zbadania; to samo ma miejsce, gdy sprawa jest bardzo doniosła lub skomplikowana. W Wiedniu dość często są przesyłane na wydział sprawy sądowe, być może, również i dlatego, że nie pobiera się za to żadnego wynagrodzenia. Wydział jako rzeczoznawca również bywa powoływany, jeżeli toczy się sprawa przeciwko lekarzowi o błąd w sztuce, zaniedbanie i t. p. Autor podnosi, że, według ustawy karnej, każdy lekarz może być powołany do czynności sądowo-lekarskich; nieraz tak bywa, że nie decydują o tem tylko fachowe walory lekarza, lecz rozmaite okoliczności uboczne (znajomości i t. p.), co powoduje, że orzeczenie lekarskie niezawsze jest na wysokości zadania. Słusznie zatem domaga się H a b e r d a, aby od lekarzy-biegłych wymagano fachowego przygotowania (co najmniej kilkumiesięcznego pobytu w Zakładzie medycyny sądowej i t. p.); okoliczność, że ktoś od szeregu lat jest biegłym sądowym, wcale nie świadczy o tem, że potrafi on sobie dać radę jako biegły w przypadku skomplikowanym. W. G r z y w o - D a b r o w s k i.

K. GROSS. Sądowo-lekarskie znaczenie zaburzeń psychicznych po zapaleniach mózgu. (Wien. kl. Woch. Nr. 50/1932).

Młodociani pacjenci po przebytem zapaleniu mózgu przedstawiają, z powodu przeważnie nagle rozwijających się zmian osobowości na gorsze i swych skłonności do przestępstw natury płciowej, podobnie do moralnie niedorozwiniętych, duże niebezpieczeństwo społeczne, jeżeli nie udaje się pomyślnie wpłynąć zapomocą metod leczniczo-pedagogicznych na zdolnych do poprawy, zaś niepoprawnych trzymać zdala od społeczeństwa w odpowiednich zakładach.

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

WIGAND. Istota pasma Meescha w obrębie paznokci w zapaleniu nerwów po zatruciu arsenikiem. (D. Z. Gericht Med. Bd. 20).

W przypadkach ciężkiego zatrucia arsenikiem zjawiają się czasami w obrębie paznokci matowo-szarawe pasma, przebiegające w kierunku poprzecznym, a w miarę wzrostu paznokcia przesuwające się ku obwodowi; zwykle ta zmiana występuje w dwa miesiące po otruciu. Przy badaniu chemicznem okazało się, że wspomniane pasma zawierają arsenik w ilości 10-krotnie większej, niż paznokcie, nie wykazujące tej zmiany; nie jest to zmiana troficzna, lecz bywa ona uzależniona od odkładania się arseniku w paznokciach, dlatego ma znaczenie z punktu widzenia medycyny sądowej.

W. G r z y w o - D a b r o w s k i.

VOELLER. Przyczynek do t. zw. autoseksualizmu. (D. Z. Gericht. Med. Bd. 21).

Znaleziono w lesie całkiem obnażone ciało 44-letniego mężczyzny, przykryte, z luźno leżącą pętlą na szyi; na ciele denata stwierdzono kilkadziesiąt ran ciętych, ułożonych przeważnie równolegle do siebie; podobne rany znajdowały się na członku i udach, w prawem zaś zgięciu łokciowym stwierdzono głęboką ranę ciętą — w tem miejscu uległy przecięciu większe naczynia krwionośne, i kwotok z nich spowodował zejście śmiertelne. Na skórze zmarłego znajdowały się liczne blizny po wygojonych ranach, podobnych do opisanych. Dochodzenie wykazało, że denat zdradzał skłonności sadystyczne, że wszystkie opisane uszkodzenia sam sobie zadał żyłką, którą znalazł przy trupie. Pętla na szyję była nałożona najprawdopodobniej z pobudek seksualnych.

W. G r z y w o - D a b r o w s k i.

Streszczenia pojedyncze.

Fizjologia normalna i patologiczna.

E. LAUDA. **Zmiany w poglądach na czynnościowe znaczenie śledziony.** (Wien. kl. Woch. Nr. 16 1933).

Ze starych poglądów na fizjologię śledziony, na jej czynności krwiotwórcze, hemolityczne, pobudzające przemianę żelazową i jej wpływ na żołądek i jelita, pozostało obecnie niewiele. Z nowszych odkryć wymienić należy jako najważniejszą czynność śledziony, odkrytą przez B a r c r o f t a, jej zdolność magazynowania czerwonych ciałek krwi, a mianowicie czynność tę stwierdzono nie tylko u zwierząt, lecz również u człowieka. W razie potrzeby nagromadzona w śledzionie krew zostaje wyrzucona do krwiobiegu. Lecz śledziona nie jest jedynym, a nawet najważniejszym magazynem krwi. Związek pomiędzy śledzioną a zakażeniem ujawnia się już w występowaniu powiększenia śledziony. Ma to jednakże miejsce tylko w takich zakażeniach, w których zarazek krąży we krwi (posocznice paciorkowcowe i gronkowcowe, dur brzuszny, dury wrzekome, dżuma, dur powrotny, choroba W e i l a, zimnica i t. d.). Brak jednak powiększenia śledziony tam, gdzie ma się do czynienia z miejscowym usadawianiem się drobnoustrojów (blonica czerwotka bakteryjna, tężec i t. d.). Śledziona bierze dalej niewątpliwie znaczny udział w wytwarzaniu ciał odpornościowych; jednak z pewnością została stwierdzona czynność obronna śledziony tylko w stosunku do takich zarazków, jak: krętki, *pyroplasmae*, *plasmidia*, *bartonellae* i t. p.; niezupełnie pewny jest wpływ śledziony na zakażenia zarazkami bakteryjnymi. Własności obronne śledziony polegają na wyrzucaniu przez nią wewnątrzwydzielniczych i, jak się zdaje, organoswoistych ciał, co wynika z doświadczeń nad zakażeniem bartonellą pary szczurów, utrzymywanych w parabiozie, z których jednemu wycięto śledzionę, lecz był on broniony przez śledzionę drugiego szczura. Niezawsze są związki między śledzioną z jednej a gruczołem tarczycowym, grasicą i gruczołami płciowymi (A s h e r) z drugiej strony. Stwierdzona została natomiast z zupełną pewnością zależność pomiędzy śledzioną a szpikiem kostnym, co wypływa z występowania ciałek J o l l y e g o u ludzi i zwierząt (H i r s c h f e l d i W e r n e r), którym wycięto śledzionę. Również ta czynność śledziony polega na działaniu ciał wewnątrzwydzielniczych, co wykazali L a u d a i F l a m m. A. N e u m a n n (Baden-Wien).

J. MATHIS. **Nadajnik—narząd wewnątrzwydzielniczy.** (Wien. kl. Woch. Nr. 42 1932).

Stwierdzono, że nabłonek nadajnika (*epoophoron*) jest nabłonkiem gruczołowym. Wydzielina zostaje wydzielona do wewnątrz kanalików. Układu przewodów wyprowadzających w nadajniku niema, jest to zatem gruczoł zamknięty. Czy wydzielina wywiera w ustroju jakieś działanie (o charakterze hormonalnym), nie jest rzeczą pewną, lecz możliwą. Przemawiają za tem badania B u c u r y, A s c h n e r a i M a y e r a. A. N e u m a n n (Baden-Wien).

BACHRACH E. et MORIN G. **Nowy odruch nabyty, warunkowy w dziedzinie życia wegetatywnego.** (Comptes rendus d'Académie des Sciences. Zeszyt 194, str. 746. 1932).

Młode kociaki przyzwyczajono do wypróżniających ławaty przy jednoczesnym stosowaniu pewnych stałych dźwięków. Po 30-tu takich seansach koty laboratoryjne wypróżniały się pod wyłącznym wpływem towarzyszących dźwięków bez jednoczesnego stosowania ławaty. (Referent przed laty 30-tu odwiedzał w towarzystwie głośnego w Niemczech neuropatologa, autora wielkiego podręcznika, trzeciorzędny nocny tingl-tangl, knajpę marynarską na peryferjach niezupełnie bezpiecznych, z mętów społecznych słynącego Hamburga, gdzie obfity program z pod ciemnej gwiazdy dwa dla mnie, jako le-

karza, ciekawe numery zawierał: rachmistrza - kalkulatora i psa-prestidigitatora. W tym ostatnim numerze odpowiednio wytresowany piękny rasowy dog - gimnastyk zakończył swój pokaz dość oryginalnym widowiskiem. Przy pierwszych taktach popularnego i klasycznego Hochzeitsmarschu M e n d e l s o h n a, dog zbliżył się do odświętnie i ślubnie ubranej primadonny, obejmował ją, całował, uniósł suknię i koszulę koronkową siedzącej śpiewaczki i dokonał *coitus lege artis*, przy oklaskach podnieconej i pijanej tłuszczy majtków. — Polegał ów numer atrakcyjny, jakem już wtedy przypuszczał, znając pierwociny ówczesnych prac B e c h t e r e w a i P a w ł o w a nad odruchem warunkowym („usłownije refleksy”), na wytresowaniu inteligentnego psa. Początkowo drażniono prawdopodobnie mechanicznie co wieczór o tejże godzinie *genitalia usque ad erectionem*, wprowadzano żołądek do pochwy prymadonny przy towarzyszeniu muzyki M e n d e l s o h n a, a następnie po całej serji seansów opuszczono bodziec mechaniczny i stosowano wyłącznie podniecie dźwiękowe, która sama doprowadzała do erekcji i ejakulacji, do *immissio penis*. Eksperyment ten z psem z przed 30-tu lat przypomina w grubych zarysach doświadczenia powyższe z kotami, tam odbywał się odruch warunkowy w obrębie masy mięśniowej krocza, tu w obrębie mięśni odbytnicy]. H. H i g i e r.

Lecznictwo.

UNVERRICHT. **Djeta bezsolna, jej wpływ na wydzielanie żołądka i jej znaczenie kliniczne.** (D. m. W. N. 31/33).

Djeta bezsolna ma zastosowanie nie tylko w gruźlicy i chorobach nerek, ale także w cierpieniach serca, przebiegających z objawami niewydolności m. sercowego i z zastojem, w pewnych przypadkach otyłości, marskości wątroby, nadciśnienia samoistnego, duszniczy bolesnej, w padaczce, w rozstrzeniach oskrzeli, skłonności do nieżytych oskrzeli i zaziębień. Działanie to opiera się na jej odwadniającym wpływie, na zmniejszeniu się pewnych składników mineralnych, a powiększeniu się innych. W badaniach swoich autor zastosował dietę składającą się z jarzyn, owoców z ewentualnym dodatkiem 1 — 2 jajek, oliwy, masła niesolonego, rozcieńczonej śmietany, w sumie 0,5 — 1,5 gr. soli kuchennej. Pod wpływem diety owocowej zauważono, zgodnie z E i m e r e m, wzrost kwasoty ogólnej i wolnego kwasu solnego. Wydzielanie treści żołądkowej nie zależy od sztucznie wprowadzonej soli kuchennej, a nawet długotrwałe stosowanie diety bezsolnej nie ogranicza wydzielania żołądkowego. Należy przyjąć przede wszystkim, że również i inne ciała posiadają wpływ pobudzający; są to jarzyny, przyprawy korzenne. Dla celów klinicznych dieta bezsolna może wynosić 2 — 3 gr., i może się składać także z mleka i mięsa. O ileby była źle znoszona przez dłuższy czas można dodać 1 gr. soli ekstra, ewentualnie czasem prowadzić przez 1 — 2 dni w tygodniu dietę normalną. Dieta bezsolna daje znakomite wyniki w zastojach na tle niedomogi serca, czasem działa jeszcze lepiej odwadniająco niż salyrgan, przy marskości wątroby, gdzie czasem salyrgan może mieć wpływ ujemny na bądź co bądź uszkodzoną komórkę wątrobową. W nadciśnieniu dieta bezsolna odciąża i zmniejsza pracę serca. W postaciach przewlekłych zapalenia nerek z hipostenurią schematyczne stosowanie diety bezsolnej może się okazać szkodliwym z powodu hipochloremji. W pewnych postaciach otluszczenia endogenne widzimy dobry wpływ tej diety. W duszniczy bolesnej autor naogół nie widział pomyślnych skutków. Wysuszający wpływ diety bezsolnej jest uzasadniony w cierpieniach skóry: *pruritus*, *eczema*, *psoriasis*, *lupus*, dalej w zapaleniach oskrzeli i ich rozszerzeniach. St. L u x e n b u r g.

H. ELIAS. W sprawie współczesnej dietyetyki sercwo i nerkowo chorych. (Wien. kl. Woch. Nr. 13 1933).

W ciężkich zaburzeniach krążenia z męczącą dusznością, silną sinicą, ogólnymi obrzękami stosuje się 2 — 3 dniową kurację głodową, która prowadzi do zwiększenia się diurezy. Chory musi przytem pozostawać bezwzględnie w łóżku. Dozwolone jest podawanie kilku filiżanek mokki, czarnej kawy lub nieco koniaku. Potem następują 2 — 3 dni papkowate (purée z kartofli, rozrarte kompoty w ilości około 600 cm.³ dziennie) małosolne. Dalej idą dni małosolne, roślinne (dni owocowo-jarzynowo-saładowe). W końcu następuje dieta G e r s o n a, względnie H e r m a n n s d o r f e r a. Celem poprawienia smaku można dodawać kopru, octu, cytryny, chrzanu, szczypiorku i t. d. Stopniowo przechodzi się do diety mieszanej, która jednak powinna zawierać niedużo mięsa, płynów i soli. Od czasu do czasu wtrąca się 1—2 dni owocowo-jarzynowo-saładowe. Również w nadciśnieniu zaleca się ograniczenie ilości mięsa, soli, płynów, a także tłuszczów, co może spowodować spadek ciśnienia o 30 — 50 mm. Hg. Spadek wagi ciała działa również pomyślnie. W ostrem zapaleniu nerek zaleca autor podobne postępowanie, jak w ciężkiej niedomodze serca. Wpływa to pomyślnie zarówno na rzucawkową, jak i na azotemiczną mocznicę. W przewlekłym okresie zapalenia nerek odpadają surowe ograniczenia. Konieczne jest tutaj umiarkowane tylko ograniczenie chloru przy wystarczającej djeie mięsnej. Dopiero w okresie końcowym przewlekłego zapalenia nerek zmniejsza się znowu ilość mięsa i podaje się średnią ilość płynów.

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

O. HOCHÉ. Wyniki i zawody przetaczania krwi w posocznicy. (Wien. kl. Woch. Nr. 52-53 1932).

Aczkolwiek odsetek wyleczeń posocznicy nie podniósł się wyraźnie pod wpływem stosowania przetaczania krwi, to jednak często niepodobna niedostrzec przy dokładnej obserwacji klinicznej pomyślnego wpływu na przebieg chorobowy. Wystąpienie jego zależy od tego, czy ustrój jest zdolny do zareagowania wzmożeniem wytwarzaniem przeciwciał na bodziec, dany mu przez przetaczanie krwi. Autor nie podziela poglądu tych klinicystów, którzy odrzucają stosowanie przetaczania krwi w przypadkach posocznicy.

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

H. KUNZ i M. K. ZACHERL. Zawartość żelaza w śleonie po przetaczaniu krwi. (Wien. kl. Woch. Nr. 46 1932).

Jak wynikałoby z doświadczeń na zwierzętach, czas trwania życia przetoczonych białych ciałek krwi jest tylko ograniczony, zaś w kilka godzin po przetaczaniu rozpoczyna się rozpad przetoczonych ciałek krwi, przyczem uwalnia się żelazo, co prowadzi do stwierdzonego zwiększenia zawartości żelaza w śledzionie: w 77% przypadków zwiększona jest bezwzględnie, w 66% również odsetkowo zawartość żelaza.

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

E. REICHL. Doświadczenia kliniczne z „Peritonitis-serum”. (Wien. kl. Woch. Nr. 42 1932).

Autor leczył przypadki rozlanego włóknikowo-ropnego zapalenia otrzewny, dla których punktem wyjścia był przewód pokarmowy surowicą okrężniczo-obrzękowo-gazową (Coli-Gas-oedemserum, Bayer - Meister Lucius - Behringwerke), wprowadzoną do leczenia zapalenia otrzewny przez K u n z a. Trzymając się metody K u n z a, podawał autor w rozpoczynających się przypadkach o stosunkowo dobrym stanie ogólnym bezpośrednio po operacji 40 cm.³ surowicy drogą wśródmięśniową, w dalej posuniętym zapaleniu otrzewny 60—80 cm.³ surowicy wśródmięśniowo bezpośrednio po operacji, prócz tego zaś po kilku godzinach 20 — 40 cm.³ wśródmięśniowo i w razie potrzeby w ciągu następnych dni po 20 cm.³. Wyniki były zachęcające. Stan ogólny, zachowanie się tętna, napięcia powłok brzusznych i uczucia bólu pozwalają wnio-

sować o skuteczności surowicy, ruchy robaczkowe występują nawet w ciężkich przypadkach po upływie 20 — 24 godzin. Śmiertelność w okresie przed wprowadzeniem tej metody leczniczej, wynosiła 36,4%, po wprowadzeniu stosowania surowicy — 14,8%.

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

A. KREMA. Doświadczenia z insuliną „G. Richter”. (Wien. kl. Woch. Nr. 49 1932).

Doświadczenia z insuliną „G. Richter” dały jak najlepsze wyniki, stosowaniu jej nie towarzyszyły żadne nieprzyjemne objawy uboczne, nie wywoływała ona nacieków, zastrzykiwania były najzupełniej niebolesne. Oddaje ona cenne usługi w moczówce cukrowej, przy przeprowadzaniu kuracji tuczających i w schorzeniach wątrobowych.

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

Gruźlica.

I. G. POPKOW. W sprawie przetok opłucnowo-płucnych. (Wap. Tuberk. Nr. 10-11 1931).

Odma samoistna rzadko się kończy przetoką opłucnowo-płucną (pominąwszy przypadki wyjątkowo ciężkie, które szybko prowadzą do śmierci). Istnienie odmy i ropniaka opłucny, pociągające za sobą określone wkroczenie, warunkuje często powtórne przebicie, nabierające stałego charakteru. Pamiętając o tem, należy bardzo ostrożnie wkraczać w leczeniu podobnych przypadków i nie wywoływać znacznych wahań w ciśnieniu wewnątrz - opłucnowem. Przyłączanie się odmy samoistnej do sztucznej kończy się zwykłe zarośnięciem przebicia; tylko istnienie znacznych zrostów może doprowadzić do utworzenia się stałej przetoki. Istnienie wysięków opłucnowych, zwłaszcza ropnych, często przyłączających się do wtórnej odmy samoistnej, nosi w sobie zarodek nowego przebicia, tym razem bardziej stałego. Najczęściej bywa to w wyniku wkroczenia leczniczego. Wczesne rozpoznawanie przetok opłucnowo-płucnych jest bardzo ważne: nie wolno opuścić momentu odpowiedniego do wkroczenia, które w początkach powikłania może być bardziej lekkie (oleotoraks). Zgrubienie brzegów przebicia w przyszłości przeszkadza otrzymaniu wyników bardziej zachowawczych metod leczenia. Konieczne jest po stwierdzeniu początkowego okresu przetoki opłucnowo-płucnej wypróbowanie oleotoraksu, lecz, jeżeli się nie otrzyma w krótkim czasie dostatecznego wyniku, należy wykonać torakoplastykę, czasami znacznie rozszerzoną (dodatkowa przednia torakoplastyka), łącząc ją w razie potrzeby z oleotoraksem. U ciężkich wyniszczonych chorych, gdzie torakoplastyka jest przeciwwskazana, należy próbować wycięcia żebra, jako sposobu zapewniającego długotrwały szeroki odpływ ropy, z perspektywą zastosowania torakoplastyki w przyszłości. Henryk J. L a n d a u.

Y. TROISIER i T. de SANCTIS MONALDI. Bacillemia gruźlicza w przebiegu ostrych zakażeń niegruźliczych. (Ann. Inst. Pasteur, t. XLIX, listopad 1933, i P.esse Médicale, 30.XI.32 r.)

Autorzy wyhodowali prątki K o c h a metodą L o e w e n s t e i n a, posiewając krew żylną w przypadkach posocznicy paciorkowcowej, nawarstwionej na przewlekłe gościcowe zapalenie wsierdzia, w przypadku zapalenia płuc oraz w śmiertelnym przypadku zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych. We wszystkich powyższych przypadkach klinicznych objawów gruźlicy nie było. Prątki wyhodowane były zjadliwe i należały do typu ludzkiego. 73 inne badania (z tych 4 ostrego gościa stawowego) dały hemokulturę ujemną. Zaznaczyć należy, iż we wspomnianym przypadku zapalenia płuc z dodatnim wynikiem posiewu chory wyzdrowiał, i ani badanie kliniczne, ani R o e n t g e n nie wykazały u niego ogniska gruźliczego. Autorzy sądzą, iż prątek K o c h a odegrał tu rolę dodatkowego czynnika chorobotwórczego - zaktywowany

przez ostrą infekcję w jakimś ukrytem, niedającym się stwierdzić klinicznie ognisku. S. Z.

O. TADDEI. *Sympathicosis abdominalis*. (La Pr. Méd. Nr. 7—1932).

Autor omawia zespół kliniczny często źle rozpoznawany. Sprawa dotyczy przeważnie młodych kobiet, które skarżą się na bóle brzucha, niezależnie od spożywania pokarmów; główny obiektywny objaw, zdaniem autora, polega na bolesności przy ucisku aorty brzusznej i tętnic biodrowych. Zespół ten przebiega przewlekłe, bóle niekiedy przybierają charakter napadowy. Treść żołądkowa, obraz rentgenowski zwykle nie wykazują zmian. Chęć takie są zwykle blade, o budowie astenicznej; przeważnie wykazują stany podgorączkowe, zajęcie gruczołów wnekowych i zmiany szczytowe natury gruźliczej. Z powodu długotrwałych bólów dochodzi do zabiegu operacyjnego, pomimo braku zmian żołądkowych w obrazie rentgenowskim. Po operacji, która okazuje się niepotrzebną, stan chorych zwykle się pogarsza. Autor sądzi, że opisany zespół objawów zależy od dysfunkcji układu sympatycznego, powstałej na tle toksemii natury gruźliczej.

Jakób P e n s o n.

A. BRÜGGEMANN i C. AROLD. *Znaczenie badania krwi w gruźlicy płuc i krtani*. (Zeit. f. Hals, Nas, u. Ohr. t. 30, z. 4).

Autorzy badali systematycznie krew u 124 chorych, dotkniętych różnymi postaciami gruźlicy płuc i krtani. Okazało się, że szybkość opadania czerwonych ciałek krwi w 86,3% jest wskaźnikiem zmian zachodzących w płucach. Natomiast odczyn sedymentacji niezawsze jest miarodajny w gruźlicy krtani. W 28,2% zmiany gruźlicze w krtani cofały się, pomimo znacznej szybkości opadania krwinek, przyczem poprawa stanu krtani nie wpływała na zmianę w odczynie sedymentacji. Inne dane uzyskali autorzy, badając morfologię krwi. Obraz krwi w gruźlicy płuc niezawsze odzwierciedla rozwój cierpienia, w gruźlicy krtani zaś ta metoda badania oddaje znacznie większe usługi. Zarówno obraz hematologiczny, jak też poszczególne jego części składowe, a zwłaszcza liczba neutrofilów pałeczkowatych, limfocytów, monocytów i eozynofiliów raczej odpowiadają zmianom gruźliczym w krtani, niż w płucach. J. T e n c e r.

Choroby narządów trawienia.

BRULÉ. *Żółtaczka w kamicy przewodu głównego*. (Nutrition 6—1932).

Retencję żółci uzyskuje się u psa łatwo i szybko przez aseptyczne zamknięcie przewodu wspólnego. Natężenie żółtaczki jest jednak nieznaczne, gdyż próg nerkowy u psa jest dla bilirubiny niski. Infekcja (*hepatitis*) przyspiesza zjawienie się żółtaczki. Być może infekcja wywołując hemolizę dostarcza większej ilości bilirubiny. Niskie przewiązanie przewodu wspólnego u ludzi wywołuje retencję żółci i żółtaczkę ze zmianami podobnymi do spotykanych przy żółtaczce mechanicznej bez zmian toksycznych i zapalnych w wątrobie. Żółtaczka od wtórnej infekcji komórek wątroby jest nieznaczna i ustępuje prędko po przywróceniu drożności przewodu. Kamica przewodu wspólnego niezawsze daje żółtaczkę, zjawia się ona gdy obrzęk zapalny przewodu dokoła kamyka uszczelnia zamknięcie. B. uważa, że stany podżółtaczkowe nie dowodzą zmian w wątrobie. Urobilinuria jest tylko dowodem nieznacznej retencji żółci. Żółtaczka może nie wystąpić w kamicy przewodu wspólnego, która daje napady bólu i podwyższonej ciepłoty z bilirubiną w moczu. Urobilinuria jest różnorodna, a charakter żółtaczki niewiele pomaga do jej zróżnicowania; jest bardzo podobna do żółtaczek miąższowych. Ważną cechą tych żółtaczek jest szybkość z jaką ustępują, drugą cechą jest, że retencja żółci nigdy nie jest przy kamicy tak zupełna

jak przy ucisku od raka trzustki, powiększonego gruczołu, a sondowanie sondą 12-czą i przepłukiwanie $MgSO_4$ wykaże zawsze nieco żółci. Zabieg M e l t z e r a wpływa na szybkie ustępowanie żółtaczki na tle kamicy. Nie podziela poglądów niemieckich jakoby przy żółtaczce mechanicznej istniała bilirubinuria bez urobilinurji, znaczniejsza cholesterynemja, normalna ilość kwasów aminowych we krwi, norma po obciążeniu galaktozą i adrenaliną. Napady bólowe mogą brakować przy kamicy i towarzyszyć *hepatitis*; odwrotnie może być ze splenomegalją. Duży pęcherzyk przemawia raczej za rakiem dróg żółciowych. Zasadniczą cechą kamicy przewodu wspólnego jest hepatomegalja. Przypomina ona wątrobę zastoinową. Przy żółtaczce mechanicznej wątroba powiększa się równoległe do nasilenia żółtaczki. T u r y n.

HARVIER i CAROLI. *Zmiany wątroby w przebiegu żółtaczek na tle kamicy*. (Nutrition 6—1932).

Każdemu stanowi zapalnemu pęcherzyka żółciowego towarzyszy *hepatitis*. W wielu przypadkach żółtaczka wikła kamice pęcherzyka, a jej przyczyną jest zmiana miąższu. Stan zapalny pęcherzyka jest etapem pozawątrobowym infekcji, która zajęła cały aparat żółciowy. Większość tych zmian jest nieznaczna i żółtaczki nie daje, ale przy *cholecystitis* zawsze jest hiperbilirubinemia. Wobec drożności przewodu wątrobowego i wspólnego należy uznać, że powodem bilirubinemji są zmiany miąższowe. U osób z objawami dyspepsji, które przechodziły kiedyś napady kolki z gorączką i żółtaczką wątroba wykazuje zmiany bliznowate, marskie, przeważające na powierzchni wątroby pod torebką — *hepatite corticale*. Częściej jednak zmiany sięgają głębiej, tkanka łączna rozwija się dokoła rozgałęzień żyły wrotnej i przewodów żółciowych. W przypadkach ciężkich z zejściem śmiertelnym podstawą anatomiczną żółtaczki jest podostry zanik wątroby. Zmiany zajmują rozgałęzienia żyły wątrobowej. Rozgałęzienia żyły wrotnej są prawie niezmienione, przewody żółciowe — normalne. Są to więc zmiany środkowo zrazikowe, jak to jest we wszystkich żółtaczkach miąższowych. Klinicznie żółtaczki te przypominają żółtaczki od kamienia przewodu wspólnego, są bardziej intensywne, trwają dłużej, dają również remisje. Podobieństwo w przebiegu klinicznym naraża chorych na interwencje chirurgiczne, naogół bardzo źle przez nich znoszone. Na szczęście powikłania te są rzadkie. Lżejsze uszkodzenia miąższu, towarzyszące kamicy lub zapaleniu pęcherzyka przypominają niecałkowite zamknięcie przewodu wspólnego. Zmiany histologiczne są jak przy *icterus catharralis*. Przy kamicy przewodu kamień siedzący w ujściu przewodu trzustkowego lub w *ampulla Vateri* wywołuje żółtaczkę z wątrobą powiększoną proporcjonalnie do jej nasilenia. Żółć zatrzymuje się wszędzie, w środku zrazika odkładają się złogi bilirubiny. W komórkach wątrobowych zmian nie ma lub są nieznaczne. W innych przypadkach występują zmiany miąższowe wyraźniejsze, a to z powodu nagłego zjawienia się przeszkody w odpływie żółci i wywołanych tem zmian histochemicznych w komórce wątrobowej. Towarzyszące kamicy przewodu zapalenie jego ścian zwęża ujście d. *cysticus*, co odgradza pęcherzyk od dróg odprowadzających. Ujemnie oddziałują na miąższ wątroby infekcje dróg żółciowych. Zmiany histologiczne są takie same, jak przy żółtaczce nieżytowej, może też dojść do zaniku ostrego. Powiększenie wątroby nie jest równoległe do nasilenia żółtaczki, wątroba nie jest zciolona, tylko żółtobrunatna i czerwona. T u r y n.

LEPEHNE. *Rozpoznanie różniczkowe kamicy żółciowej i nowotworu*. (D.m. W. Nr. 24—1933).

Oprócz objawów ogólnych, jak wyniszczenie, wiek chorych, opadanie krwinek i dodatni wynik prób serologicznych, za nowotworem przemawiają jeszcze dane miejscowe. Żaden jednak z objawów ogólnych nie jest absolutnie pewny, zwłaszcza

cza zaś opadanie krwinek, które bywa b. przyspieszone także w kamicy żółciowej, w zapaleniu pęcherzyka żółciowego, a nawet w żółtaczce t. zw. kataralnej. Z objawów miejscowych przemawia za rakiem: twór macalny pęcherzyka, obecność powiększonej, twardej, nierównej wątroby (wskutek przerzutów), oraz obecność wysięku zapalnego. Należy podkreślić, że te objawy same przez się nie są rozstrzygające a nierówna twarda wątroba może być objawem przewlekłe przebiegającego zaniku wątroby. W obrazie klinicznym tego cierpienia żółtaczka może nie wystąpić, przesiek w jamie brzusznej ma więcej cech przesieku zastoinowego, wreszcie obecność powiększonej śledziony, brak wyniszczenia przemawia za zanikiem wątroby, a przeciw nowotworowi. Niezmiernie ważnym momentem, przemawiającym za nowotworem pęcherzyka, jest obecność macalnego guza samego pęcherzyka. Guz ten jest twardy, gładki lub twardy i nierówny. W przypadkach wątpliwych, należy czasem, po energicznie przeprowadzonym leczeniu wewnętrznym, dokonać próbnej laparotomii. Długotrwała żółtaczka i stolce acholiczne mówią o trwałej niedrożności przewodu żółciowego wspólnego, zatkanego często przez kamień, czy też nowotwór złośliwy, a także obraz taki może wystąpić w t. zw. żółtaczce kataralnej. Napad kolki żółciowej z żółtątką może być też początkiem rozwoju raka, a zatkanie przewodu przez kamień może się dokonać bez żadnych gwałtownych objawów bólowych. Zaburzenia żołądkowo-jelitowe mogą wystąpić na początku kamicy żółciowej, jak i żółtaczki kataralnej. Badanie miejscowe w przypadkach cierpień dróg żółciowych z żółtątką ma dość duże znaczenie. Macalny pęcherzyk żółciowy przemawia za guzem, a przeciw zatkaniu przez kamienie, gdyż przy kamicy zmieniony pęcherzyk wskutek procesu chorobowego, trudno daje się wyczuć, podczas gdy przy sprawie nowotworowej ściany jego są nie zmienione. Żółtaczka przepuszczająca, zmienna co do nasilenia zabarwienia soku dwunastniczego i stolców, obecność względnie brak urobilinogenu w moczu — zespół ten przemawia raczej za zatkaniem przez kamień, co tłumaczy się nierównością jego powierzchni i niecałkowitem zajęciem światła przewodu. Jedynie w rzadkich przypadkach powodem tego obrazu klinicznego jest nowotwór. O ile w przypadkach żółtaczki występują dreszcze, podniesiona temperatura ciała i zakażenie należy wcześniej operować. W przeciwnym razie nie należy się spieszyć z zabiegiem, gdyż czasem, po b. długim okresie, objawy te mogą się cofnąć.

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

Choroby przemiany materji i gruczołów wewnątrzwydzielniczych.

L. M. HARXTHAL. Cholesterynemja w schorzeniach tarczycy. (Archives of Int. Méd. 951, Nr. 1 1933).

Autor stwierdził obniżenie cholesterynemji w przebiegu t. zw. „exophthalmic goiter”. Materiał obejmuje 283 przypadki; średni poziom cholesteryny we krwi wynosił 130 mg.%. Obniżenie cholesteryny nie było proporcjonalne do wysokości metabolizmu. Druga grupa chorych w liczbie 24 dotyczy przypadków z dużą nadczynnością tarczycy, z migotaniem przedsionków i niedomogą mięśnia sercowego. Okazało się, że w tych przypadkach poziom cholesteryny we krwi jest b. niski. Podobne wyniki autor otrzymał w przypadkach nadczynności tarczycy ze skłonnością do remisji. W 146 przypadkach wola tarczycowego bez objawów toksycznych, bez wzmoczenia metabolizmu, cholesterynemja średnio wynosiła około 178 mg.%. W 15 przypadkach chronicznego zapalenia gruczołu tarczycowego cholesteryna w surowicy średnio — 216 mg.%. Na zasadzie swych badań autor wyciąga następujące wnioski: najniższe

wartości cholesterynemji wykazują chorzy, cierpiący na B a s e d o w a z e znaczną nadczynnością tarczycy, przyczem migotanie przedsionków łączy się z najniższą cyfrą cholesteryny w surowicy.

Jakób P e n s o n.

BACHRACH H. Ergocholina, nowa terapia choroby B-sedowa. (Medizinische Welt 1140-1141, 1932).

3 tabletki ergocholiny dziennie przez 3 tygodnie dają znaczną poprawę w chorobie B a s e d o w a. Ergocholina działa na układ wegetatywny, stanowiąc kombinację pacylu (esteru cholinowego), posiadającego działanie wago tropowe, i alkaloidów ze sporyszowej *Claviceps purpurea*, posiadających komponent, zbliżony do ergotaminy, hamującej czynność układu współczulnego.

H. H i g i e r.

M. LABBÉ, F. NEPVEUX, J. D. GRIGOIRE. Leczenie cukrzycy witaminą B. (Bull. de l'Académie de Méd. T. 109. Nr. 20, 1933).

Doświadczenia na zwierzętach wykazały, że witamina B odgrywa ważną rolę w przemianie materji węglowodanów; zwierzęta, pozbawione przez czas dłuższy witaminy B, wykazują obniżenie metabolizmu, spadek współczynnika oddechowego, zwiększenie stosunku C : N w moczu, utratę substancji azotowych, hiperlipemję, hipercholesterynemję, spadek rezerwy alkalicznej, acetonurję i hiperglikemję; przyczem objawy te tem szybciej występują im dłużej jest obfitsza kalorycznie i zawiera więcej węglowodanów. Różni autorzy próbowali leczyć cukrzycę witaminą B. Najbardziej zachęcające wyniki otrzymał M e l c e r; autor ten leczył 7 przypadków cukrzycy drożdżami, bogatymi w witaminę B, i otrzymał b. dobre wyniki. Autorzy sądzą, że wyniki, uzyskane przez M e l c e r a, należy przyjąć z pewną rezerwą; w opisanych bowiem przez tego autora przypadkach djeta nie była ważona; poatem, omawiając spadek glikemji, nie podaje cyfr, kieruje się jedynie poprawą objawów subiektywnych i wreszcie nie podaje cukromoczu dobowego, lecz w odsetkach. Autorzy stosowali witaminę B w 12 przypadkach cukrzycy o ciężkim przebiegu; podawali dziennie 15 gr. proszku, otrzymanego z roślin, bogatych w witaminę B. W 8 przypadkach uzyskano spadek cukromoczu i poprawę tolerancji węglowodanów; w 2 przypadkach nie uzyskano żadnej poprawy; w 3 przypadkach stwierdzono spadek glikemji. Poprawa występowała mniej więcej po 40 dniach stosowania leczenia.

Jakób P e n s o n.

RIMBAUD. Zespół addisonowski o szybkim przebiegu. Nabłoniak kory nadnerczy. (Bulet. et Mém. Soc. Méd. Hôpit. Paris Nr. 11, 3/IV 1933).

Przeciwność objawów klinicznych raka i gruźlicy nadnerczy jest jednym z najbardziej uderzających faktów z fizjopatologii tych gruczołów. Zdawałoby się, że rozwój guza nadnerczy, niszcząc normalną wydzielinę, winien być najczęstszą przyczyną niedomogi nadnerczy. Tak, jednakże, nie jest. Dotychczas ogłoszono tylko 3 przypadki gruźlaka kory, który był przyczyną zespołu niedomogi nadnerczy. Autor podaje opis typowego przypadku choroby A d d i s o n a, w którym przyczyną niedomogi gruczołowej okazał się nabłoniak. Działał on, wywołując martwicę *zonae medullaris* oraz liczne ogniska krwotoczne. Przypadek ciekawy z tego względu, że prawdziwy obraz choroby A d d i s o n a występuje zazwyczaj w związku z gruźlicą nadnerczy, rzadziej wywołują go inne sprawy (atrofja, kiła, wylew krwawy), nigdy zaś nie udało się dowieść związku patogenetycznego zespołu A d d i s o n a z guzami kory nadnerczy.

H. S z p i d b a u m.

Streszczenia pojedyncze.

Patologia kliniczna i doświadczalna.

E. NARDELLI, E. MAURIZIO. **Badania nad doświadczalną hipercholesterynemją hormonalną.** (A. di Soc. Med. e Chirur. di Padova Nr. 3 1933 r.).

Masciotta i Martinez de Hoz stwierdzili, że wstrzyknięcie podskórne wyciągu przedniego płatu przysadki wywołuje hipercholesterynemję. Jak wiadomo, mocz kobiet ciężarnych zawiera wyciąg przedniego płatu przysadki. Podając więc podskórnie mocz ciężarnych zwierzętom doświadczalnym, wywołuje się u nich hipercholesterynemję hormonalną. O ile po 24 godzinach zawartość cholesterolu we krwi zwiększy się o 25%, świadczy to o pochodzeniu moczu od kobiety ciężarnej. Autorzy podjęli badania kontrolne i w zupełności potwierdzili wyniki Masciotta i Martinetza. Przy tej metodzie płęć, rodzaj oraz dojrzałość zwierząt doświadczalnych nie ma znaczenia

H. Zeldowicz.

FRUGONI P. **Gruczoły przytarczyczne a przemiana mineralna w ustroju.** (Policlinico Sez. Med. Nr. 3 1933 r.).

W myśl dawnych poglądów gruczoły przytarczyczne wpływają na zatrzymywanie soli Ca. przez tkanki ustroju. Twierdzenie to opiera się na doświadczeniu, że u zwierząt, pozbawionych gruczołów przytarczycznych, występują objawy odwapnienia przy obniżonej kalcemji. Badacze współcześni stwierdzili, że stany nadczynności gruczołów przytarczycznych wywołują wzmożoną kalcemję i fosfatemję przy zmniejszonym wydzielaniu w moczu soli wapnia i fosforu. Jednocześnie zaś następuje znaczne odwapnienie kości. W patologii ludzkiej *osteitis fibrocystica* Recklinghause na stanowi przykład nadczynności gruczołów przytarczycznych, w których stwierdza się zazwyczaj gruczolak. Usunięcie gruczolaka (*adenoma*) powoduje wyleczenie. Autor usiłując pogodzić dawne zapatrywania na czynność gruczołów przytarczycznych ze współczesnymi, wysuwa hipotezę, że czynność fizjologiczna gruczołów ułatwia zatrzymanie soli Ca. w ustroju, niedomoga zaś ich względnie nadczynność powodują stany odwapnienia. Autor postawił sobie za zadanie odtworzyć obraz cierpienia Recklinghause na u świń morskich, podając im wyciągi przytarczyczne w dużych dawkach. Uzyskał przytem wyniki ujemne z punktu widzenia klinicznego i histologicznego. Badanie zaś chemiczne kości, wykazało, że ilość substancji suchej kości zmniejsza się, zawartość wody zwiększa się, a ilość soli Ca. ulega znacznemu zmniejszeniu. Skład chemiczny kości był ściśle zależny od ilości podawanego wyciągu.

H. Zeldowicz.

E. FRELA. **Poziom lipidów we krwi (naczczu) w dużej brzusznej oraz zachowanie się krzywej lipidów po podaniu cholesterolu.** (Policlinico Sez. Med. Nr. 6 1933 r.).

Posługiwał się metodą Banga - Candereffa i określał cholesterol wolny, eter cholesterolowy, cholesterol ogólny, tłuszcze obojętne, mydła i fosfatydy. Obciążenie przeprowadzał, podając naczczu 4 gr. cholesterolu, rozpuszczonego w 200 gr. mleka. W okresie narastania objawów stwierdza się naczczu zmniejszenie cholesterolu wolnego (0.60 — 0.73 gr.‰), eterów cholesterolowych oraz fosfatydów. Po obciążeniu cholesterolą, krzywe cholesterolu wolnego oraz eterów cholesterolowych wznoszą się i utrzymują się na wysokim poziomie w ciągu 4-ch godzin, ilość fosfatydów zaś ulega zmniejszeniu. W okresie ozdrowieńczym stwierdza się naczczu nieznaczny hipercholesterynemję, oraz zwiększenie eterów cholesterolowych; fosfatydy zaś osiągają walory normalne. Po obciążeniu cholesterolą zarówno krzywa cholesterolu wolnego, jak i eterów cholesterolowych i fosfatydów nie odbiega od normy. Zachowanie się lipidów we krwi w okresie

ostrej choroby autor interpretuje jako wyraz niedomogi wątroby, hipercholesterynemję zaś okresu ozdrowieńczego, jako powrót jej do normalnej czynności.

H. Zeldowicz.

L. BRAUN. **Badania doświadczalne nad ciśnieniem krwi i nerkami.** (Wien. kl. Woch. Nr. 8 1933).

Dixonowi i Hellerowi udało się zapomocą zastrzyknięcia zawiesiny kaolinowej do zbiornika mózżkowo-rdzeniowego, wywołać w doświadczeniu na zwierzętach podniesienie ciśnienia krwi aż do 300 mm. Hg. Autor wykonał to samo doświadczenie potem, jak kilka dni przedtem pozbawiono nerki ich nerwów i znalazł, że w tych warunkach nie występuje podniesienie ciśnienia krwi. Regulacja ciśnienia krwi przez nerki odbywa się zatem na drodze układu nerwowego.

A. Neumann (Baden-Wien).

Choroby alergiczne.

E. URBACH. **Patogeneza i leczenie alergicznych schorzeń skóry i błon śluzowych.** (Wien. kl. Woch. Nr. 5. 1933)

Trudności w ustalaniu alergenów polegają na następującym: pewien alergen może np. wymagać pewnej ilości, ażeby działać. Albo też dla wywołania objawów musi współdziałać kilka alergenów albo też alergen działa tylko w surowym lub gotowanym stanie, albo działa on dopiero po kilku godzinach, a nawet dniach, albo przy zewnętrznym zadziaływaniu zagrożone są czasami jedynie pewne odcinki skóry (np. miejsca silniej pokrywające się potem). Nadwrażliwość może również z czasem ulegać pobudzeniu przez rozmaite alergeny. Zależnie od miejsca uchwytu odróżnia się także alergeny, które oddziałują na skórę, na błony śluzowe, na naczynia skórne i pierwotnie na jelita. Jest przytem możliwe, że ostateczny powód stanowi miejscowy stan zapalny, jak np. zakażenie zębowe. Jako ostatnie przyczyny alergji wchodzi w rachubę zakażenia, zatrucia, podrażnienia żołądkowo - jelitowe, niewystarczająca czynność odtruwająca wątroby, wpływy wewnątrzwydzielnicze, konstytucyjne czynniki, momenty okolicznościowe, psychika i ekspozycja. Najczęstszymi zakażeniami, które prowadzą do uczulenia są: influenza, odra, błonica, róża oraz przewlekłe ogniska zakaźne w zębach, jamach dodatkowych nosa, wyrostku robaczkowym, pęcherzyku żółciowym i t. d.; czasami są niemi saprofity. Wśród zatruc wymienia autor szczepienia, zastrzykiwania surowicy, ukąszenia pszczoł, oparzenia, silne opalenia na słońcu, salwarsan, rtęć, bizmut, dalej produkty przemiany materji rozmaitych czerw. Wśród przyczyn żołądkowo - jelitowych znajdują się niedostatecznie przetrawione produkty przemiany materji przy przekarmianiu, niedostateczne wydzielanie kwasu solnego przez żołądek, nieżyty jelit cienkich i kiszek grubych, przewlekłe zaparcie stolca i niedostateczna czynność odtruwająca wątroby. Stany alergiczne potęgują nadczynność gruczołu tarczowego, dysfunkcję jajników, narządu wysepkowego trzustki (insulina) i grasicy, zmniejsza je obrzęk śluzakowaty, adrenalina, tylny płąt przysadki mózgowej i gruczoły przytarczyczne. Środki farmakologiczne, pobudzające nerw błędny, potęgują i przedłużają stany uczulenia. W sprawach tych biorą również udział momenty konstytucyjne; że tak jest, dowodzi fakt iż *status seborrhoicus*, *ichthyoticus*, *lymphaticus* pogarszają warunki gojenia się wyprysków. Wpływy okolicznościowe ujawniają się w wiosennym szczycie krzywej wyprysków, tęcza, rzucawki. Czynniki okolicznościowe, mające wpływ na przebieg schorzeń alergicznych, są: pożywienie (djeta zimowa działa zakwaszająco, letnia — alkalizująco), dalej klimat, wpływy meteorologiczne i atmosferyczne. Autor omawia wreszcie jeszcze wpływ psychiki na objawy alergiczne.

A. Neumann (Baden-Wien).

Gruźlica.

ILKOFF. Doświadczenia kliniczne z preparatem Solganal w gruźlicy płuc i krtani. (D. m. W. 8, 1933).

Preparat Solganal, zastosowany w odpowiednich przypadkach, okazał się łagodnym i dobrze znoszonym środkiem, który wywołuje istotną poprawę stanu ogólnego chorych. Objawy ogniskowe w płucach, po stosowaniu solganalu, nie występowały nigdy, w gruźlicy krtani — rzadko. Należy podkreślić z jednej strony — poprawę w szybkości opadania ciałek czerwonych, a z drugiej — słaby wpływ na zniszczenie bakterij. Solganal nadaje się specjalnie do podawania w lek- kich i średnio ciężkich przypadkach, lepiej w postaciach wy- twórczych, niż wysiękowych. Wyniki osiągnięte w gruźlicy krtani były zadawalniające, ale nie nadzwyczajne, jak niektó- rzy podnoszą. Ujemnych wpływów na organizm, poza bóla- mi głowy i klatki piersiowej, nigdy nie widziano.

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

Paul LAFOSSE. Paratuberkulino-terapia w gruźlicy płuc. Rev. Tuberc. t. XIII lipiec 1932 r.).

Paratuberkulinę otrzymuje się przez macerację na zim- no w wodzie destylowanej prątków J o h n e a (czynnik wywołujący *enteritis hypertrophica* u rogacizny). V a l l é e i R i n j a r d stosują paratuberkulinę dla rozpoznania spra- wy chorobowej. Bydło rogate paratuberkuliczne reaguje na wstrzyknięcie podskórne paratuberkuliny odczynem specyficz- nym, podczas gdy u bydła, zakażonego gruźlicą, odczyn ten wypada ujemnie. Autor próbował leczyć paratuberkuliną cho- rych na gruźlicę płuc. Stosował ją głęboko podskórnie w daw- kach 1/3, 1/2, 2/3 i 1 cm. Żadnych wpływów szkodliwych autor nie obserwował, natomiast u wielu chorych stwierdził dodat- nie działanie paratuberkuliny, jako korzystnego czynnika lecz- niczego. Paratuberkulino-terapia stanowi kurację długotrwałą (z zachowaniem przerw niezbędnych) — prowadzić ją należy pod ścisłą kontrolą odczynów ogólnych, bakteriologicznych, klinicznych i radiologicznych.

S. Z.

Choroby serca i naczyń.

H. PAILLARD. Rozpoznanie miażdżycy tętnic. (Le Journ. Med. Fr. Nr. 2, 1933).

Przed 30 laty mówiono, że osobnik cierpi na miażdżycę, gdy stwierdzono przy palpacji stwardnienie tętnic promienio- wych; podejrzewano miażdżycę, gdy ktoś skarżył się na bóle głowy, zawroty, duszność wysiłkową, pollakiurię; opierano się głównie na wrażeniu. Obecnie rozpoznanie miażdżycy winno być oparte na zespole ściśle określonych objawów. O b j a w y c z y n n o ś c i o w e. Chromanie przestankowe jest objawem zwężenia tętnic — wykazało to systematyczne badanie oscy- lometryczne, które pozwala stwierdzić zmniejszenie przepuszc- zalności tętnicy. Ból anginoidalny wywołany wysiłkiem jest, zdaniem autora, wyrazem istnienia zwężenia tętnicy wieńco- wej (H u c h a r d); „ból anginoidalny wywołany wysiłkiem jest chromaniem przestankowym serca“. Bóle głowy, długo- trwała niezdolność do pracy występuje często w miażdżycy; jedynymi objawami miażdżycy mózgu są małe objawy ubytko- we natury ruchowej, odruchowej lub psychicznej. O b j a w y p r z e d m i o t o w e. Stwierdzenie stwardnienia tętnic nie tylko promieniowej, lecz ramieniowej i udowej. Badanie oscylometryczne pozwala stwierdzić zwężenie tętnic, które najczęściej jest pochodzenia miażdżycowego. Bardzo charak- terystyczną jest również krzywa oscylometryczna „en pla- teau“, w której amplituda wahań nie zmienia się zupełnie przy dekompresji o 5,6 — 8 cm. Hg. Wreszcie ważnym środkiem rozpoznawczym jest radiografia tętnic. Objawów humoralnych miażdżycy, zdaniem autora, nie można stwierdzić. W okresie, gdy miażdżycy już jest rozwinięta, gdy w tętnicach znajdują się złogi cholesterynowo - wapniowe (*lithopexia* cholesteryno-

wa i wapniowa), we krwi poziom cholesteryny nie przekracza zazwyczaj normy. Występuje hipercholesterynemia wcześniej u osobników pletorycznych. Co się tyczy poziomu wapnia, brak pewnych danych.

H. S z p i d b a u m.

W. LAAB. Mechanizm ośrodkowy nadciśnienia samo- istnego i miażdżycowego. (Wien. kl. Woch. Nr. 38 1933).

W przeciwieństwie do V o l h a r d a autor stoi na tem stanowisku, że nadciśnienie tętnicze jest wywołane przez stan pobudzenia i większą pobudliwość mózgowo - opuszkowo - rdzeniowych ośrodków naczynioruchowych. To zwiększenie się pobudliwości powstaje wskutek zakwaszenia ośrodków przez kwas mleczny. Zakwaszenie to jest skutkiem gorszego zaopatrzenia w krew, któremu ulega rdzeń z powodu zmniej- szenia się sprężystości, względnie miażdżycy, a, być może, rów- nież kurczów podstawowych doprowadzających naczyń i ich gałęzi.

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

BLUMGART i ERNSTENE. Dwa mechanizmy powstania objawu Duroziez. (The Journ. of the Americ. med. Assoc. 21.1 1933).

Autorzy są zdania, że objaw D u r o z i e z (podwójny szmer nad tętnicą udową) może występować przy niezmiennie- nych zastawkach tętnicy głównej. Spostrzega się ten objaw w istocie w najróżniejszych okolicznościach. U chorych, u któ- rych istnieje wazodilatacja obwodowa (*thyreotoxicosis*, nie- dokrwistość, gorączka, zanurzenie kończyn do gorącej wody), rozkurczowy szmer tętnicy zależy od dopływu krwi do obwo- du w czasie diastole. Przy niedomykalności zastawek aorty, odwrotnie, szmer rozkurczowy zjawiający się przy ucisku tętnicy słuchawką ma te same cechy, lecz zależy od dopływu krwi w kierunku do serca. U chorych z niedomykalnością zasta- wek tętnicy głównej szmer rozkurczowy może być wyraźnie wzmocniony, gdy uciśnie się brzeg dolny czyli obwodowy slu- chawki, gdy zanurzy się ramię w zimnej wodzie lub przy za- stosowaniu na kończynie powyżej osłuchiwanego miejsca man- kietu nadętego do ciśnienia poniżej rozkurczowego. U chorych z obwodową wazodilatacją szmer rozkurczowy zostaje wzmoc- niony przy ucisku górnego brzegu stetoskopu, a zniesiony przy zastosowaniu mankietu lub przy zanurzeniu do zimnej wody. Objaw D u r o z i e z oznacza więc zwyczajnie zwiększenie przepływu krwi w tętnicy osłuchiwanej stetoskopem, nie mówi jednak o kierunku dopływu krwi, który można określić przy zastosowaniu wyżej wymienionych sposobów.

H. S z p i d b a u m.

E. WITKOWER i B. RAREY. Przyczynę do nauki o chorobie Oslera. (Zeitschrift für klin. Medizin. T. 124, 41-46 1933 r.).

Opis 3-ech typowych przypadków choroby O s l e r a czyli *teleangiectasia hereditaria haemorrhagica*. W jednej ro- dzinie przeszedł się dała choroba w 3-ech pokoleniach. Roz- szerzenie naczyń stwierdzić się daje przy ucisku skóry szpatlem szklanym, lampą szparową (Spaltlampe), kapillaromikrosko- powo i na drodze badania drobnowidzowego wyciętej skóry i błony śluzowej. W jednym przypadku są widoczne obok te- leangiektazji i drobnych angiomatów ograniczone wenektazje i kawernomaki. Wybitna anemja i krwawienia żołądkowe u matki i syna. Według autorów jest prawdopodobne, że choroba O s l e r a ma za podstawę nie tylko rozszerzenie na- czyń obwodowych, ale proces angioblastyczny, nowotworowy, anomalję konstytucjonalną w pojęciu anatomopatologicznych hamartomatów. Bliskie zdaje się być pokrewieństwo choroby O s l e r a z *epistaxis*, *haemoptysis*, *haematuria familiaris*, rodzinną chorobą H i p p e l - L a n d a u a (*angioblasto- matosis retinae et cerebri*). Typ dziedziczenia jest dominujący (d o m i n a n t), tu i owdzie z wypuszczeniem jednej lub drugiej generacji.

H. H i g i e r.

Choroby krwi i narządów krwiotwórczych.

E. FILO. **Anemja hipochromowa u chłopca z niedomogą gruczołów płciowych.** (Folia Haematologica T. 50, Nr. 1 1933).

Klasycznym przykładem wtórnej anemji, ściśle łączącej się z zaburzeniami gruczołów płciowych, jest blednica u dziewcząt. Niektórzy autorzy sądzą, że tego samego rodzaju niedokrewność może wystąpić u chłopców. Autor obserwował przypadek ciężkiej anemji hipochromowej u chłopca; schorzenie powstało w wieku dojrzewania i dawało zwolnienia i nawroty. Sprawa rozpoczęła się w 16 roku życia chorego. W ciągu 4 lat czterokrotnie występowały nawroty bez żadnych wpływów zewnętrznych. U chorego stwierdzono zupełny brak pociągu płciowego, niepełne zejście jąder do moszny, nietypowe uwłosienie na *mons Veneris*. Anemję skutecznie leczono żelazem. Mimo dokładnych badań nie stwierdzono żadnych zmian w narządach wewnętrznych ani nie wykryto zespołu hemolitycznego, na którego karb możnaby kłaść rozwój niedokrewności. Autor sądzi, że jest to przypadek niedomogi erytropoezy, spowodowanej brakiem równowagi gruczołów dokrewnych, regulujących, jak wiadomo, czynność szpiku kostnego. Jakób P e n s o n.

F. L. FORAN, H. M. SHEAFF, R. W. TRIMMER. **Leczenie agranulocytozy wątroby.** (The Journ. of the Am. Med. Assoc. T. 100, Nr. 24 1933).

Zespół objawów, opisany przez S c h u l t z e g o jako *angina agranulocytica* stanowi ciężkie schorzenie o dużej śmiertelności; nieleczone przypadki dają 90% śmiertelności, leczone transfuzją—64%, a naświetlanie R o e n t g e n e m—53%. Autorzy podają wyniki leczenia 5 przypadków agranulocytozy wątroby i preparatami wątroby. Autorzy stosowali wstrzykiwania wyciągu wątroby (równoważnik 100 gr. świeżej wątroby) co 8 — 12 godzin dożylnie lub domięśniowo. W ciężkich przypadkach wstrzykiwali zwykle dożylnie, przy czym wyciąg wątroby uprzednio rozcieńczyli w 20 cm.³ wody destylowanej. Po powrocie do zdrowia nadal podawali wątrobę doustnie. We wszystkich 5 przypadkach wystąpiła poprawa i wzrost granulocytów. Jeden z chorych po pewnym czasie ponownie zapadł na agranulocytozę i zmarł z powodu zapalenia płuc. Pozostali czterej są klinicznie zdrowi, i krew ich nie przedstawia odchyłań od normy.

Jakób P e n s o n.

L. MERKIN. **Zagadnienie blednicy w naszych czasach.** (iWen. med. Wschr. Nr. 36 1933).

Blednica jest schorzeniem konstytucyjnym, polegającym na niedostatecznym wytwarzaniu hemoglobiny. Częste w blednicy zaburzenia czynności jajnikowych stanowią następstwo choroby. Oba zaburzenia, blednica i dysfunkcja jajnikowa, zależą od nieprawidłowości w czynnościach rozmaitych gruczołów wewnątrzwydzielniczych. Blednica nie zginęła, ostatnio znowu występuje częściej; wykazuje ona jednak odmienną postać, a mianowicie na pierwszym planie stoją obecnie zaburzenia jajnikowe w połączeniu ze zmniejszeniem się zawartości hemoglobiny. Leczenie wysokimi dawkami żelaza powoduje wyleczenie wielu przypadków braku miesiączki.

Henryk J. L a n d a u.

K. HATZKY. **O przypadkach splenomegalij, przebiegających z zahamowaniem czynności szpiku.** (Folia Haematologica T. 49, Nr. 3-4 1933).

Wiadomo, że czynność szpiku jest normowana przez hormony, a między innymi, przez śledzionę (N a e g e l l i, H i r s c h f e l d, R o s e n o w). Istnieje cała grupa schorzeń z powiększeniem śledziony i zahamowaniem czynności szpiku; należą tu niektóre choroby tropikalne, zespół B a n t i, choroba G a u c h e r, N i e m a n n - P i c k oraz splenomegalje spowodowane zakrzepami żyły śledzionowej. Autor

specjalnie zajmuje się w swej pracy sprawą *splenomegalja thrombophlebitica* i sądzi, że schorzenie to często bywa błędnie rozpoznane jako *anaemia splenica*, B a n t i lub marskość wątroby. Autor opisuje 10 przypadków splenomegalji; analiza objawów, które są prawie identyczne we wszystkich przypadkach, wykazuje, że przerost śledziony powoduje jej nadczynność, co wyraża się w zahamowaniu czynności szpiku kostnego. Główne objawy schorzenia polegają na przewlekłym przeroście śledziony, zahamowaniu hemopoezy, głównie trombo- i leukopoezy, skłonności do krwawień żołądkowo-jelitowych, wzmózonej hemolizie, rozwoju skazy krwotocznej i wreszcie na długotrwałym przebiegu schorzenia. Etiologia przerostu śledziony jest różna, niekiedy trudna do rozpoznania; czasem w anamnezie stwierdza się infekcję żyły pępkowej u noworodka, co może dawać chroniczne zapalenie układu żyły wrotnej z wytworzeniem zakrzepu w żyłę śledzionowej. Prócz infekcji pępkowej w grę wchodzi inne schorzenia żyły wrotnej, niekiedy przechodzące niepostrzeżenie, a dające w rezultacie zakrzep żyły śledzionowej z następową splenomegalją i należą tu ostre zapalenia jelit u dzieci, zapalenie wyrostka robaczkowego, zimnica, zakażenie pępowiny, ucisk guzów lub zmienionych gruczołów na żyły. Przerost śledziony z czasem daje objawy jej nadczynności w postaci nabytej żółtaczki hemolitycznej lub t. zw. *splenomegalia thrombopenica*. Dla porównania autorzy opisują 2 przypadki choroby G a u c h e r, która przebiega podobnie do zespołu objawów, towarzyszących zakrzepowi żyły śledzionowej; różnica polega na tem, że w chorobie G a u c h e r nigdy nie występują zastoje żylne, ani krążenia oboczne, co za tem idzie, niema krwotoków żołądkowo-jelitowych. Autorzy podają szczegółowe historie chorób wszystkich przypadków zakrzepu żyły śledzionowej. Jako moment etiologiczny w 1 przypadku stwierdzono infekcję pępkową w dzieciństwie, w 1 — zimnicę, w innych poronienie z zapaleniem otrzewny i wreszcie w jednym zakażenie pępowiny. Na uwagę zasługuje fakt, że pomimo trombopenji, leukopenji, które są objawem stałym, liczby erytrocytów i hemoglobiny były dość wysokie; anemję stwierdzono tylko w 3 przypadkach po świeżych krwotokach żołądkowych. Małopłytkowość i skazę krwotoczną stwierdzono we wszystkich przypadkach. krwotoki żołądkowe w 6 przypadkach. W 5 przypadkach dokonano wycięcia śledziony; otrzymano b. dobre wyniki i autor bezwzględnie radzi ten zabieg stosować nawet w cięższych wykrwawionych przypadkach. W jednym przypadku nie można było wykonać operacji z powodu zbyt rozwiniętego krążenia oboczego. Na uwagę zasługuje jeden przypadek, gdzie po usunięciu śledziony wystąpiła poprawa, po której nastąpiło ponowne pogorszenie w postaci silnej skazy krwotocznej, połączonej z trombopenją; wobec ciężkiego stanu zdecydowano się na laparatomię i stwierdzono przerośniętą dodatkową śledzionę wielkości dwóch pięści; usunięcie tego tworu dało powrót do zdrowia. Naogół między trombopenją i natężeniem skazy krwotocznej istnieje pewna równowaga, skaza krwotoczna nie zjawia się jednak przy krytycznej liczbie trombocytów (30000), lecz dopiero przy znacznie niższych liczbach. Wreszcie badanie anatomo-patologiczne śledziony we wszystkich przypadkach nie wykazuje nic typowego, a jedynie obraz śledziony zastoinowej z przewlekłymi zmianami zapalnymi.

Jakób P e n s o n.

K. SINGER. **Czerwienica a zaburzenia krążenia w naczyniach śledzionowych.** (Dtsch. Arch. klin. Med. t. 175, z. 3).

Autor podaje opis przypadku regionalnej czerwienicy (*polyglobulia*) z wynikami badania anatomo-patologicznego, które wykazało odosobnioną miażdżycę tętnicy śledzionowej bardzo silnego stopnia. Tylko w ciemno-czerwono-fioletowo zabarwionych odcinkach skóry twarzy i kończyn istniały wybitnie zwiększone wartości hemoglobiny i liczby czerwonych

ciałek krwi. W obszarze naczyń włosowatych białych odcinków skóry znajdowano normalne lub też tylko nieznacznie zwiększone liczby. Autor omawia szczegółowo policytemiczne obrazy w zaburzeniach krążenia w zakresie naczyń śledzionowych. W zastoju śledziony najsilniejszego stopnia, który występuje w zakrzepie żyły śledzionowej, naogół nie powstaje wtórna poliglobulia. Zakrzep żyły śledzionowej powstaje raczej sam jako choroba następowa w pierwotnej czerwienicy. Natomiast uszkodzenia (tkanki śledzionowej, spowodowane przez tętnicze zaburzenia krążenia bardzo silnego stopnia, mogą wywoływać obrazy policytemiczne. Autor proponuje, ażeby poznane zmiany anatomo-patologiczne śledziony, które mogą prowadzić do poliglobulii, a zatem gruźlicę śledziony, marskości wątroby z powiększeniem śledziony i zaburzenia krążenia w układzie tętniczym śledziony, ująć w jedną grupę wspólnie z czerwienicą (*polycythemia vera*) pod nazwą śledzionowopochodnych poliglobulii (*polyglobulia splenogenes*) i przeciwstawić je erytrocytozom o innym, jak się zdaje, mechanizmie powstawania. Autor zwraca uwagę na fakt i patogenezę regionalnych jednoczesnych różnic w wykazywanych w rozmaitych odcinkach skóry liczbach czerwonych ciałek krwi oraz występujących po sobie wahań liczby czerwonych krążków w tym samym zakresie naczyń włosowatych, podkreśla wreszcie ważność tych zjawisk dla oceny leczenia śledzionowego poliglobulii. Omówiona zostaje przez autora zależność między patologicznym zabarwieniem skóry a nieprawidłową ilością krążącego karwnika krwi w poliglobuljach, przy czym autor zwraca uwagę na nieznaczny prawdopodobnie udział tych ostatnich zjawisk w powstawaniu chorobliwego zabarwienia skóry. Henryk J. L a n d a u.

Choroby kobiet i położnictwo.

L. ELEK. **Choroba Basedowa a ciąża.** (Wien. kl. Woch. Nr. 13 1933).

Widoki ciąży w chorobie B a s e d o w a są rozmaicie oceniane w piśmiennictwie. W opisywanym przypadku pierwsza ciąża przeszła bez zarzutu. Podczas drugiej ciąży, która nie została donoszona do końca, powstał w czasie drugiego porodu obraz nieomogi serca, która była uwarunkowana przez toksyczne uszkodzenie mięśnia sercowego.

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

J. NOWAK. **Kiedy i jak należy wykonywać nacięcie krocza?** (Wien. kl. Woch. Nr. 15 1933).

Autor omawia sprawę nacięcia krocza (*episiotomia*) ze względu na jego znaczenie dla wypadnięcia pochwy. Ważnym dla utrzymania położenia pochwy jest nie nienaruszalność krocza, lecz raczej przegrody pochwowo-pęcherzowe i pochwo-wo-odbytnicze. Zapomocą ochrony krocza, przeprowadzonej według zasad sztuki, opóźnia się zbyt szybkie wyjście główki płodu; główkę przyciska się do przedniej ściany pochwy, lecz to zwiększa znacznie niebezpieczeństwo pęknięcia przegrody pęcherzowo - pochwowej i zwieracza pęcherza moczowego. Również dla dziecka ochrona krocza jest niebezpieczna (krwawienia wewnątrzczaszkowe, *kephalhaematoma*, złamania obojczyka). Nad ochronę krocza przekładać należy wykonane

w porę i nie nazbyt bojaźliwie wymierzone nacięcie krocza. Przy wysokim kroczu, niezbyt dużej główce i szerokim łuku łonowych nacięcie krocza robi się w linii środkowej; przy niskim kroczu, dużej główce i wąskim ostrokatnym łuku łonowym przekładać należy boczne nacięcie krocza. Szwy nakłada się dopiero po odejściu i skontrolowaniu łóżyska.

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

S. PLASCHKES. **Hormonalne spotęgowanie perystaltyki jelit w czasie miesiączki i ciąży.** (Wien. kl. Woch. Nr. 10 1933).

Autor wskazuje na związek pomiędzy czynnością jajników a ruchami robaczkowymi, nie wierzy jednak, ażeby hormon jajnikowy wywierał bezpośrednio działanie na jelita. Z faktu, że już na kilka dni przed miesiączką i podczas ciąży można spostrzegać w wielu przypadkach spotęgowanie się ruchów robaczkowych wyciąga on wniosek, że chodzi tutaj o działanie hormonalne przedniego płata przysadki mózgowej i wywołane przez to uczulenie pituitryny.

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

M. SERDUKOFF. **Przeszczenie błony śluzowej macicy przy braku miesiączki, bezpłodności, przedwczesnym starzeniu się.** (Gynecol. et Obstetrique Nr. 1 1933 r.).

Rola błony śluzowej macicy, jako gruczołu o wydzielaniu wewnętrznym nie jest jeszcze ściśle określona, jednak duża liczba autorów przypisuje jej czynność wewnątrzwydzielniczą na podstawie następujących danych: 1) Błona śluzowa macicy jest miejscem tworzenia się wszystkich faz menstruacji, 2) jest to najbardziej czynna część macicy, dzięki której organizm kobiecy łączy się z całym łańcuchem gruczołów dokrewnych, 3) brak błony śluzowej macicy, lub jej zanik powoduje brak cyklu miesiączkowego, 4) w błonie śluzowej macicy tworzą się substancje lipojdowe i fermenty (trombokinaza, ferment przygotowujący i tworzący zluszczającą fazę menstruacji). S e r d u k o f f stosował u 4-ch chorych z brakiem miesiączki, wskutek zaniku błony śluzowej macicy przeszczenie jej operacyjne z wynikiem pomyślnym; u 3-ch chorych miesiączki zjawiały się i trwały po kilka lat. u jednej chorej znikły przykre objawy klimakteryczne pomimo niezjawienia się miesiączki. Przeszczone *endometrium* zachowuje swoją żywotność tylko w obecności jajników, przy braku ich, lub zaniku ginie również. Technika operacji jest następująca: nacięcie przedniej ściany macicy w linii środkowej, wycięcie tkanki zbliźnowacialej, sprawdzenie drożności kanału szyi, wszczepienie kilku płatków błony śluzowej macicy, przygotowanych poprzednio od innej kobiety o tej samej grupie krwi i ujemnej reakcji W a s s e r m a n n a. Płatki *endometrium* mogą być przymocowane szwami katgutowymi do mięśnia, lub włożone tylko w jego zagłębienie; następnie zeszyte ściany macicy. Wskazania do operacji: *amenorrhoe* długotrwała i bezpłodność, spowodowana brakiem, lub zanikiem błony śluzowej macicy. Wtórny zanik tej błony u kobiet kastrovanych, lub w okresie *climacterium*. (W ostatnim przypadku należy jednocześnie przeszczenie i jajniki.) Przeciwwskazania: stany zapalne macicy, lub przydatków.

Jadwiga M e s z ó w n a.

Streszczenia pojedyncze.

Choroby zakaźne.

CARROLL. **Krew w przebiegu różyczki.** (The Lancet, Nr. 4, 1934 r.).

Zarówno w lekkich, jak i w cięższych przypadkach znajdował autor bez wyjątku komórki plazmatyczne we krwi w ilości około 2%. Zjawiają się we krwi równocześnie z powiększeniem gruczołów, kilka dni przed wysypką, co ma szczególne znaczenie dla medycyny zapobiegawczej. Jako objaw mniej stały znajdował autor komórki Tü r c k a. Również w przebiegu odry znajdował autor we krwi komórki plazmatyczne i Tü r c k a, lecz nie tak często, jak w różyczce.

Jerzy Fajwlewicz (Łódź).

MANSON i BAHR. **Atebryna i plasmochina w leczeniu zimnicy.** (The Lancet, Nr. 1, 1934 r.).

K i k u t h w 1932 r. stwierdził specyficzne działanie atebryny na bezpłciową postać *plasmodium*. Tem różni się atebryna od plasmochiny, która znów działa jako specyfik przeciw gametocytom. Opis przypadku *subtertiana* u marynarza z ciężkimi objawami zimnicy, przyczem krew zawierała liczne postacie pierścieniowate (schizonty) i gametocyty (postacie rozwojowe). Pierwsza postać znikła ze krwi po 0.9 atebryny; druga — po 0.04 plasmochiny.

Jerzy Fajwlewicz (Łódź).

Lecznictwo.

B. CHOMEL. **Bonoprotin, nowy preparat białkowy.** (Wien. kl. Woch. Nr. 48, 1932).

Bonoprotin, białko mleka, które, jeżeli wywołuje jakiś odczyn, to tylko w postaci nieznacznych podniesień ciepłoty, jest pomimo to bardzo skuteczne. Autor stosował je szczególnie w zapaleniach gruczołu piersiowego, zapaleniach gruczołu przyusznego, zapaleniach okostny i w bubonach. Sprowadza ono w krótkim czasie poprawę stanu zapalnego. Zastrzykuje się zazwyczaj do mięśni pośladków po 10 cm.³ w odstępach dwudniowych. Prowadzenie przez dłuższy czas leczenia nie przynosi większych korzyści.

A. Neumann (Baden-Wien).

H. KUNZ. **Seroterapia w chirurgii.** (Wien. kl. Woch. Nr. 16, 1933).

Niekwestjonowaną domenę seroprofilaktyki stanowi tężec. Jeżeli seroterapia nie daje dotychczas zadawalających wyników, to łączenie jej z podawaniem ciał purynowych, opartem na doświadczeniach F r o e h l i c h a i Z a c k a, a stosowaniem z powodzeniem u zwierząt przez H o f f a i S i l b e r s t e i n a, pozwala żywić nadzieję pomyślnych wyników również u człowieka. Poza wszelką wątpliwością jest działanie surowicy przeciw prątkowi gazowemu. Niewątpliwe jest również działanie surowicy przeciwko prątkowi okrężnicy i beztlenowcom (H o e c h s t) w zapaleniu otrzewny na tle zapalenia wyrostka robaczkowego. W pneumokokowym zapaleniu otrzewny skuteczna jest surowica przeciwpneumokokowa. Próbowano również surowicy przeciwko węglikowi i przeciwko ukąszeniu żmij. Niebezpieczeństwa choroby posurowicznej i wstrząsu anafilaktycznego unika się w ten sposób, że godzinę do dwóch przed głównym zastrzyknięciem wstrzykuje się niewielką ilość surowicy, albo też robi się wśródżylny zastrzyknięcie surowicy uśpionemu jeszcze pacjentowi. Zmniejsza się niebezpieczeństwo przez rozcieńczenie surowicy np. przez dodanie jej do wlewań wśródżylnych albo przez zastosowanie wśródmięśniowe.

A. Neumann (Baden-Wien).

M. LÉVAI i E. SIMIUSZKY. **Elektroforeza w leczeniu bólów mięśniowych.** (Wien. kl. Woch. Nr. 50, 1932).

Obaj autorzy zamiast histaminy używali do jontoforezy dioniny i w ten sposób osiągnęli równie dobre wyniki w leczeniu bólów mięśniowych. Wyciągają oni z tego wnioszek, że ma się tutaj do czynienia nie ze swoistym działaniem histaminy, lecz z działaniem przekrwienia tętniczego w głębiej leżących tkankach.

A. Neumann (Baden-Wien).

PANKRATIEW i POLITOW. **Próba leczenia ropnych ran hipertonicznymi rozcżynami siarczanu magnezu i siarczanu sodu.** (Wien. kl. Woch. Nr. 52-53, 1932).

Autorzy zastosowali użyty po raz pierwszy przez M e l t z e r a 25% rozcżyn siarczanu magnezowego do okładów w ropniach, ropowicach, zapaleniach gruczołu piersiowego i dużych karbunkulach, przyczem konieczne jest szerokie otwarcie ognisk zapomocą cięcia, ewentualnie z zastosowaniem tamponady. Również w odmrożeniach i oparzeniach drugiego i trzeciego stopnia otrzymywali oni dobre wyniki. Zalety tej metody leczenia stanowi szybkie ustępowanie bólów, gorączki, skrócenie czasu leczenia, tanie jego koszty.

A. Neumann (Baden-Wien).

Choroby jamy ustnej, gardła, nosa i uszu.

W. KUWICZYŃSKI. **Z praktyki zachowawczego leczenia nieżytu zanikowego nosa.** (Żurn. Uszn., Nos. i Gorł. Bol. Nr. 5-8 1932).

Autor omawia rozmaite metody zachowawczego leczenia zanikowego nieżytu błony śluzowej nosa (*ozaena*) i proponuje ze swej strony wdmuchiwanie do nosa proszku bornego z 5% nalewki jodowej (5 kropel nalewki jodowej na 5 gr. kwasu bornego), co zwiększa wydzielanie i zmniejsza wytwarzanie strupów.

A. J. KUTURSKI. **O torbielach śluzówkowych jamy szczękowej.** (Żurn. Uszn., Nos. i Gorł. Bol. t. 9, Nr. 3-4, 1932).

Autor podaje opis 8 przypadków torbieli śluzówkowych (*mucocoele*) z kliniki prof. W o j a c z k a w Leningradzie. Na podstawie dostępnego mu piśmiennictwa i własnych spostrzeżeń dochodzi autor do poniższych wniosków: 1) wśród procesów chorobowych, które mogą prowadzić do rozszerzenia kości twarzy, należy przyjąć również rozszerzenia torbielowe jamy szczękowej, 2) torbiele śluzówkowe jamy szczękowej trudno jest w rozpoznawaniu różniczkować z torbielami zębowymi; za torbielą śluzówkową przemawia brak związku z korzeniami zębów oraz brak drugiej jamy komunikującej się z nosem; 3) operację C a l d w e l l - L u c a należy przekładać nad wszystkie inne.

F. KRAWCZENKO. **Leczenie gruźlicy pierścienia Waldeyera 33% perhidrolem i jodkiem potasu.** (Żurn. Uszn., Nos. i Gorł. Bol. Nr. 5-8, 1932).

Autor podaje opis trzech przypadków gruźlicy pierścienia W a l d e y e r a, w których przeprowadzono leczenie metodą P f a n n e n s t i e l a z pewnymi modyfikacjami. Jeden raz dziennie wcierano w dotknięte gruźlicą miejsca 33% perhydrol, płukanie gardła 3% wodą utlenioną (1 łyżka na szklankę wody), odbywało się do 10 razy dziennie. Do ustnie podawano *sol. kal. jodati 10,0/200,0* 3 razy dziennie po łyżce stołowej; pozatem stosowano ogólne leczenie wzmacniające. Po tygodniu we wszystkich 3 przypadkach owrzodzenia się oczyściły, migdałki i łuki zmniejszyły się, bóle polykowe ustąpiły. Po 2 tygodniach owrzodzenia zaczęły wyraźnie bliznować. Po 4 tygodniach 2 przypadki z częściami zmianami pierścienia W a l d e y e r a powróciły do normy. W trze-

cim przypadku była stopniowa poprawa, po sześciu tygodniach nastąpiło całkowite wyleczenie. H. L.

STRANDBERG i GRAVESEN. Fototerapia gruźlicy krtani. (he Lancet, Nr. 3, 1934 r.)

Praca wykonana w instytucie F i n s e n a w Kopenhadze. Heljoterapię stosować należy we wszystkich przypadkach gruźlicy krtani. Podwyższona ciepłota nie stanowi przeciwwskazania do naświetlań. Naświetlano 3 łukowemi lampami o mocy 25 amperów każda. Naświetlania powinny się odbywać w dobrze przewietrzanej sali. Pierwsze naświetlanie trwa 5 — 10 min., potem stopniowo przedłuża się czas naświetlania o 5—10 minut aż do pełnej dawki, którą stanowią seanse 1½-godzinne 4 razy tygodniowo lub 2-godzinne 3 razy tygodniowo. Po 35 — 50 seansach przerwa 1 — 2 miesięczna, potem w razie potrzeby powtórzenie. Tylko wyjątkowo zachodziła potrzeba dodatkowych endolaryngealnych zabiegów. Leczenie to przeprowadzano bez względu na rodzaj i rozległość zmian gruźliczych w płucach i na podstawie dużego materiału (251 przypadków) autorzy twierdzą, że naświetlania nie wpływają ujemnie na proces płucny. Podwyższenie ciepłoty występowało po pierwszych naświetlaniach i trwało krótko; potem częściej stwierdzano tendencję do niższego toru gorączkowego, niż przed fototerapią. Konieczne dobre opanowanie techniki naświetlań. Autorzy podkreślają duże znaczenie objawu B i e r n a c k i e g o dla oceny wyniku naświetlań. Odsetek wyleczonych, mimo że na 251 przypadków było 215 *tbc ulcerosa laryngis*, wynosi u autorów 59.4%. Czas obserwacji 3 — 4 lata. Wnioski: rokowanie gruźliczego schorzenia krtani, wikłającego gruźlicę płuc, nie jest tak złe, jak sądzono dawniej. Jerzy F a j w l e w i c z (Łódź).

M. ROSENBLATT. Przypadek całkowitego porażenia ocznego drugostronnego pochodzenia usznego. (Żurn. Uszn., Nos. i Gorł. Bol. Nr. 5-8, 1932).

Autor podaje opis przypadku, w którym u 16-letniej dziewczyny po lewostronnym przewlekłym zapaleniu ucha środkowego, które poddano radykalnej operacji, rozwinęło się powikłanie w postaci całkowitego porażenia ocznego prawostronnego (*ophtalmoplegia totalis contralateralis*). Autor sądzi, że w przypadku tym miało się do czynienia z krwiopochodnym przeniesieniem zakażenia ze strony lewej w okolice szczytu prawej piramidy kości skalistej. H. L.

Choroby narządów trawienia.

WALDEYER. Przyczynek do chirurgii dróg żółciowych na zasadzie spostrzeżeń klinicznych w 571 operowanych przypadkach. (D. m. W. Nr. 21, 19.3).

Od dość dawna zostało już ustalone, że wszelkie przypadki cierpień dróg żółciowych, które uległy komplikacjom (zatkanie przewodu żółciowego wspólnego, ropnie pęcherzyka żółciowego i t. d.) winny być poddane zabiegowi operacyjnemu. Na specjalną uwagę winno przeto zasługiwać stanowisko nasze w przypadkach prostej kamicy żółciowej bez żadnych powikłań zapalnych. Zgóry należy tu założyć, że żadne leczenie wewnętrzne nie będzie w stanie usunąć kamienia, tkwiącego w przewodzie żółciowym. Należy sobie także uświadomić, że nikt nie będzie radził dokonania operacji, po pierwszym napadzie kamicy. Z chwilą jednak gdy ataki się powtarzają, powodując niezdolność do pracy, — czynnik obecnie b. ważny — dołączają się powikłania: gorączka, żółtaczka, wówczas należy zastanowić się nad leczeniem operacyjnym. W ostatnich latach coraz częściej, zwłaszcza autorzy angielscy i amerykańscy, a ostatnio i niemieccy, radzą dokonać wczesnej operacji. Autor zebrał 571 operacji, dokonanych na drogach żółciowych w latach od 1922 r. do 1932 r. i statystyka ta wykazuje, że procent śmiertelności w przypadkach z ciężkimi powikłaniami jest znacznie wyższy — 57,5%, co zgadza się

ze spostrzeżeniami innych autorów (50%), zaś przypadki niepowikłane: zapalenie przewlekłe pęcherzyka żółciowego, kamica pęcherzyka, nie powikłana daje znacznie mniejszy procent śmiertelności, bo od 1,8% — 2,4%. Statystyka ta, wykazuje również znacznie lepsze wyniki operacyjne młodych pacjentów, do 40 roku życia. W 62,5% przypadków osiągnięto zupełne wyleczenie, chorzy nie mieli żadnych dolegliwości. W 34,3% przypadków pacjenci odczuwali różnego rodzaju przejściowe dolegliwości po błędach dietetycznych. Jedynie w 8 przypadkach t. j. 3,2% nie osiągnięto wyleczenia ani poprawy. W odpowiednim momencie dokonana operacja wczesna u młodych ludzi daje najlepsze widoki poprawy. Dołączające się zakażenie oraz przeciągające się cierpienie w wybitny sposób podnoszą śmiertelność po zabiegu.

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

IZANCK i DREYFUSS. Powikłania wskutek leczenia przeciwkiłowego a stan wątroby. (Nutrition 2, 1933).

Powikłania te to najczęściej żółtaczki wczesne, zaraz po rozpoczęciu leczenia, późniejsze, po akumulacji środka przeciwkiłowego i późne — długi czas po ukończeniu leczenia. Jakie czynniki sprzyjają ukazaniu się tych żółtaczek? 1) Żółtaczkę przez zatrucie daje As w dużych dawkach. Żółtaczka taka zjawia się bezpośrednio po przyjęciu As, towarzyszą jej objawy typowe dla tego zatrucia. Przy zatruciu Hg oprócz żółtaczki są zmiany w nerkach, dziąsłach. Benzol wywołuje aleukję. 2) Biotropizm polegający nażywieniu bakterij pod wpływem leczenia. W takim przypadku żółtaczce powinny towarzyszyć objawy infekcji, a dalsze leczenie swoiste powinno tę infekcję usunąć. Biotropizm obejmuje odczyn H e r x h e i m e r a i nawroty schorzeń wątroby. Nie wszystkie omawiane żółtaczki objaśniają się w ten sposób, są one rzadkie, jeżeli wogóle istnieją. 3) Większość tych żółtaczek wynika z nietolerancji. Żółtaczkę dają już najmniejsze dawki preparatu, zjawia się ona po pewnym okresie inkubacji, idzie często w parze z napadami azotynowemi, erytrodermją; występuje u osób, mających już poprzednio objawy nietolerancji (pokrzywka), którą można stwierdzić biologicznie, brak objawów zatrucia lub infekcji; nietolerancję można usunąć przez odczulenie. W powstawaniu żółtaczek paraterapeutycznych biorą udział wszystkie wymienione mechanizmy, w mniejszej mierze zatrucie, bardziej biotropizm; wszystkie czynniki prowadzą do zmian zależnie od terenu, którym jest nietolerancja. Teren ten stwarzać ma wątroba, jej osłabienie prowadzi do powikłań leczniczych. Objawy nietolerancji uważane są za wątrobowe. Autorzy sądzą, że udział wątroby jest tu wyolbrzymiony. Niektóre objawy, np., *purpura*, są niezależne od stanu wątroby. Przyjmują raczej stan *maioris reactionis* poszczególnych układów czy tkanek. Wobec wieloczynności komórki wątrobowej jej nadmierny odczyn zdarza się stosunkowo częściej. Najczęstszym zaś i najtypowszym odczynem komórki wątrobowej jest żółtaczka. Wątroba, w dodatku, odtruwa jady podane dożylnie czy doustnie. Wreszcie niemniejsze znaczenie posiada wątroba jako narząd, utrzymujący równowagę w płynach ustrojowych i dominujący w powstawaniu t. zw. *colloidoclasie*. F. T u r y n.

J. LENORMAND. Leczenie bólów żołądkowych i dwunastniczych kwasami aminowymi. (Paris Médical Nr. 23, 1933).

Opierając się na badaniach doświadczalnych W e i s s a i A r o n a, autor stosował w leczeniu owrzodzeń żołądka i dwunastnicy kwasy aminowe. Po wielu próbach ustalił, iż najdogodniejszą formą wstrzykiwań są wstrzykiwania do-skórne, raz dziennie 0,2 cm³ 2% roztworu tryptofanu i 4% histydy. Bóle i objawy kurczu ustępują prawie natychmiast. Ścisła obserwacja nie wykazała jednakże wpływu na wielkość owrzodzenia. Działanie kwasów aminowych nie polega

zdaniem autora, na zmniejszaniu wydzielania kwasu solnego, lecz na pobudzeniu wydzielania śluzu.

H. S z p i d b a u m.

WILLIAMS i BOGGON. O mechanizmie zapalenia wyrostka robaczkowego. (The Lancet Nr. 1. R. 1934).

W 97.2% przypadków *appendicitis acuta* jest spowodowana zamknięciem światła wyrostka. Zamknięcie to ułatwia istniejąca już przedtem zwężająca włóknista fałda podśluzówkowa pochodzenia również zapalnego. W operowanych 340 przypadkach *appendicitis chronica* znajdowali autorzy we wszystkich bez wyjątku przypadkach, w których były jakiekolwiek zmiany zapalne, tę zgrubiałą fałdę podśluzówkową. Przy braku tej fałdy nie znajdowali zmian zapalnych nawet przy badaniu histologicznym.

Jerzy F a j w l e w i c z (Łódź).

Choroby dzieci.

C. A. ALDRICH, H. H. BOYLE. Leczenie przewlekłych spraw nerkowych u dzieci za pomocą pełnej diety. (The Journ. of the Am. Med. Assoc. T. 100 — Nr. 25 — 1933).

Materiał obejmuje 40 dzieci z przewlekłymi sprawami nerkowymi, które znajdowały się pod obserwacją autorów w ciągu 12 lat. Prawie we wszystkich przypadkach choroba zaczęła się podstępnie, nie łączyła się bezpośrednio z przebiegiem chorobami infekcyjnymi, a w 28 przypadkach nie stwierdzono w przeszłości żadnej choroby zakaźnej. Przebieg choroby był u wszystkich chorych podobny; stwierdzono wzmożenie o znacznym natężeniu z dążnością do całkowitego ustąpienia na pewien czas; zwraca uwagę fakt, że obrzęki należały do rzadkości; najstarszy objaw — to białkomocz. Stan ogólny chorych stale się pogarszał; dzieci przez cały czas otrzymywały dietę b. ubogą w białko i małosolną. W ciągu 10 lat zmarło 27 dzieci; dokonano 12 autopsyj, które wykazały rozsiane obustronne procesy degeneracji i marskości nerek. Wobec tego, że stan dzieci pozostałych przy życiu stale się pogarszał, autorzy przed 2 laty wprowadzili do leczenia radykalną zmianę. Chorym zaczęto dawać dużo mięsa i jaj; dzieciom, które nie wykazywały obrzęków, dodawano sól; pozatem stosowano obficie pokarmy, zawierające witaminy, jak owoce, jarzyny i wątrobę, starano się o polepszenie warunków higienicznych i stosowano słoneczne kąpiele oraz łagodne gry na świeżym powietrzu. Zmianę w leczeniu autorzy wprowadzili z powodu zupełnej bezskuteczności poprzedniej diety oraz w celu wypróbowania, czy dieta pełna, do której dzieci b. chętnie stosowały się, wywoła znaczne pogorszenie. Okazało się, że ta nowa metoda dała wybitną poprawę; po paru miesiącach stwierdzono lepszy wygląd chorych; 2 chorych straciło białkomocz, czego dotąd nie notowano ani razu. Dietę pełną autorzy stosują przez 2 lata i nie stwierdzili wzrostu ciśnienia krwi ani azotemii; z 14 pozostałych przy życiu dzieci — w 11 przypadkach stwierdzono zupełny brak krwimoczu. Wszystkie dzieci zaczęły chodzić do szkoły; tylko jeden chory, który jeszcze przed zastosowaniem nowego leczenia był w ciężkim stanie, wykazuje postępujący zanik sprawności nerek. Autorzy sądzą, że należy odróżniać przewlekłe zapalenie nerek, podstępnie rozwijające się, od ostrych spraw nerkowych poinfekcyjnych, które z czasem zamieniają się na przewlekłe. Autorzy sądzą, że, być może, przewlekła sprawa nerkowa, podstępnie i bardzo wolno rozwijająca się, stanowi samodzielną jednostkę chorobową, zależną nie od spraw infekcyjnych, lecz od złych warunków higienicznych, od niedoboru w odżywianiu lub od niewłaściwego odżywiania się; za tem przemawiałoby spostrzeżenie, że wszystkie przypadki autorów dotyczą dzieci biednych, źle odżywionych. Wreszcie na zakończenie autorzy zastrzegają się,

że wskazania dietetyczne, które dały tak dobre wyniki, dotyczą zapaleń przewlekłych nerek wieku dziecięcego i nie rozciągają swych wniosków na wiek starszy.

Jakób P e n s o n.

E. MAYERHOFER. Wymioty acetonemiczne w wieku dziecięcym i ich leczenie acetonem-chloroformem. (Wien. kl. Woch. Nr. 39-40 1932).

W etiologii materiału autora można było wykazać wpływy nerwowe, neuropatyczne, pokarmowe i zakaźne, te ostatnie w charakterze czynnika wywołującego przy istniejącej gotowości chorobowej. Pod względem objawowym obok lżejszych przypadków znajdował autor również bardzo ciężkie, które nawet pozwalały myśleć o guzie mózgu, zapaleniu opon mózgowych i innych schorzeniach mózgu. Autor również otrzymywał dobre wyniki zapomocą papaweryny, której działanie za radą J a n u s c h k e wzmocnił przez łączenie z pyramidonem i atropiną. Obok tego podawał roztwory cukru i alkalja oraz kwasy roślinne w postaci lemoniad i oranżad. Z powodu podobieństwa do choroby morskiej, które przedstawiają niektóre przypadki, podawał on i to z dobrymi wynikami czopki Nautisanowe (Chemosan — Werke, Wien; połączenie chloreteru z kofeiną), niemowlętom i małym dzieciom Baby-nautisan. Dzięki wybiórczemu działaniu Nautisanu na śródmózgowie można go również stosować w zapaleniach śródmózgowia (narkolepsja pogrypowa i t. d.), również jako środek zapobiegawczy i leczniczy w nakłuciach lędźwiowych i encefalografii przeciwko wymiotom napadowym, bólom głowy i innym dolegliwościom mózgowym.

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

L. MOLL. Dalsze wskazania do diety ubogiej w mleko, względnie bezmlecznej w wieku niemowlęcym. (Wien. kl. Woch. Nr. 39-40 1932).

Djeta ta polega na podawaniu mieszanki z mleka migdałowego i serwatki, wprowadzonej przez autora, którą się stosuje samą tylko lub u młodych osesków, zmieszaną z mlekiem kobiecym u starszych osesków, począwszy od trzeciego miesiąca, zaprawioną budyniem, którym można również części ją zastępować. Zasadowe do tego czasu stolce przybierają charakter kwaśnych, zwiększa się flora gram-dodatnia („Zur Ernährungstherapie des dyspeptischen Sauglings“, M. P e r t e s, Wien. 1928). Ta bezmleczna dieta okazuje się leczniczą przede wszystkim w zaburzeniach biegunkowych osesków, dalej jest wskazana w ropomoczu, ropnych schorzeniach skóry, w wyprysku, w szkodach spowodowanych przez żywienie mlekiem, w idjosynkrazji do mleka krowiego, w tężyczce i chorobie H e r t e r - H e u b n e r a. Jest ona bogata kalorycznie, zawiera dosyć węglowodanów, tłuszczu, białka i soli tak, że dziecko jest żywione wystarczająco. Dietę tę należy jednak ujmować jako dietę przejściową, a nie jako dietę stałą.

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

F. MUENCHBERG i I. WARKANY. O wynikach żywienia mlekiem z piersi i mlekiem kobiecym. (Wien. kl. Woch. Nr. 39-40 1932).

Pod „mlekiem z piersi“ rozumieją autorzy ludzkie mleko matki, które dziecko wysysa bezpośrednio z piersi, pod „mlekiem kobiecym“ zaś zestrzyknięte mleko matki, które po opróżnieniu z gruczołu piersiowego stoi przez pewien czas w zapasowej butelce. Na przykładach historii chorób wykazują autorzy różnice w wynikach żywienia. Różnice zależą od tego, że w rozmaitych porach ta sama pierś daje rozmaite pod względem jakościowym mleko. Przy karmieniu mieszanym mlekiem zestrzykiwanym odpadają te różnice. Przedewszystkiem jednak wykazują autorzy, jak trudno jest przechowywać zestrzyknięte mleko kobiece tak, żeby się ono nie zepsuło. Nawet w chłodnym miejscu i w jałowych naczyniach występuje wzrost bakterij. Zawartość azotu reszkowego przy stanie

zwiększa się (rozkład białka). Wartości cytrynowe mleka kobiecego spadają już w 12 godzin po opróżnieniu z piersi. Ph mleka kobiecego przy staniu zmniejsza się, nawet w lodowni. Jeżeli nawet uniemożliwić wzrost bakteryjny, można zawsze jednak wykazać rozkładowe procesy fermentacyjne. Tem niemniej jednak mleko kobiece nawet zestrzykiwane należy zawsze przekładać nad mleko krowie, pamiętać trzeba jednak, że raz zestrzyknięte mleko musi być w możliwie świeżym stanie użytkowane.

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

E. URBACH. **W sprawie klasyfikacji i patogenetyzmu wyprysku niemowląt i małych dzieci.** (Wien. kl. Woch. Nr. 39-40 1932).

Triada (dodatni odczyn skórny, wywołany przez środki spożywcze, dodatni odczyn P a u s s n i t z - K u e s t n e r a, dodatni odczyn M o r o - G y o e r g y - W i t e h s k y), przemawiają wprawdzie w silnym stopniu za charakterem alergicznym pewnych grup klinicznych wyprysku dziecięcego, lecz trofoalergię możnaby było przyjąć jako bezpośredni czynnik przyczynowy tylko wtedy, gdyby się udało znacznie poprawić cierpienie skórne przez usunięcie obwinianych środków spożywczych, względnie nanowo je wywołać przez ponowne podawanie. Natomiast zasługuje, być może, na przyjęcie pogląd, że dodatnie próby ze środkami spożywczymi wykazują nabytą w pierwszych tygodniach życia, względnie w życiu płodowym nadwrażliwość na białko, która dopiero stwarza możliwość dla dalszego uczulenia jelitowego, a prawdopodobnie również pozajelitowego niemowląt. Dlatego też wyprysk u dzieci należy określać w większości przypadków jako nieswoisty odczyn skóry, uczulonej uprzednio (być może, przez produkty spożywcze) na rozmaitego rodzaju nieswoiste zewnętrzne, czasem również wewnętrzne bodźce.

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

Choroby skóry, weneryczne i płciowe.

A. MATRAS. **Przyczynek do kliniki i leczenia czerniaków skóry.** (Wien. kl. Woch. Nr. 34/1932).

Wśród 20 spostrzeganych w ciągu ostatnich 5 lat na klinice A r z t a przypadków czerniaków (*melanoma*) 7 było umiejscowionych na stopie. Nawroty są możliwe po długim czasie, w jednym przypadku nawrót nastąpił po 17 latach. Leczenie w klinice A r z t a polegało na kombinacji radykalnego operacyjnego usunięcia z intensywnym kontaktem naświetlaniem radem oraz z naświetlaniem promieniami R o e n t g e n a lub radem okolicy gruczołów.

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

R. O. STEIN. **Leczenie szczepionkowe brodawek i łepięży ostrych.** (Wien. kl. Woch. Nr. 35 1932).

Według B i b e r s t e i n a, przygotowuje się szczepionki w ten sposób, że usumięte *lege artis* brodawki rozdrabnia się w moździerz na jak najmniejsze cząsteczki, następnie miesza się z roztworem fizjologicznym soli kuchennej (z dodatkiem karbolu), aż się wytworzy zawiesina. Zawiesinę tę zastrzykuje się wśródskórnio do skóry przedramienia dwa razy tygodniowo w ilości 0,2 cm³. Koniecznych jest 15 — 20 zastrzyknięć. Własne doświadczenia autora w brodawkach i łepiężach ostrych dały pomyślne wyniki. Uważa on tę metodę leczniczą za wskazaną: 1) w tych przypadkach, w których chirurgiczne usunięcie nastęrcza trudności (np. duże brodawki około paznogcia), 2) w tych przypadkach, które się okazały opornymi na naświetlanie i wreszcie 3) w przypadkach, które wprawdzie odpowiadają na inne metody, lecz mają skłonność do nawrotów.

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

O. BUNNEMANN. **Wyprysk na tle psychicznym.** („Die med. Welt” Nr. 3/1934 r.).

Autor obserwował powstanie wyprysku na wewnętrznej

powierzchni przedramion i ud u chorej, dotkniętej napadami nerwicy lękowej i trapionej myślami samobójczymi. Wyprysk ustąpił pod wpływem psychoterapii (hipnozy), każdy jednak ponowny wstrząs nerwowy powodował pewne obostrzenie sprawy. B. ciekawy jest związek umiejscowienia zmian skórnych z faktem, że kiedyś na pacjentkę napadła pewna psychicznie chora kobieta, która miała mocno skrwawione przedramiona.

E. E p s z t e j n (Wilno).

A. FESSLER. **W sprawie rozpoznawania i leczenia rzeżączkowego zapalenia sromu i pochwy u dzieci.** (Wien. kl. Woch. Nr. 35 1932).

Odczyn M u e l l e r - O p p e n h e i m a stanowi dobry środek pomocniczy w rozpoznawaniu różniczkowym rzeżączkowego zapalenia sromu i pochwy (*vulvovaginitis gonorrhoeica*). W prostym zapaleniu sromu i pochwy odczyn wypadła prawie bez wyjątku ujemnie, w rzeżączkowym — w 60% dodatnio. Dodatni odczyn nie posiada żadnego znaczenia dla rokowania. Leczenie szczepionkowe kupnami szczepionkami zupełnie nie działa. Ten brak działania w rzeżączce dziecięcej należałoby ewentualnie wiązać z niedostatecznym wytwarzaniem przeciwciał, które ujawnia się w zachowaniu się odczynu M u e l l e r - O p p e n h e i m a.

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

Choroby kości i stawów.

A. SAXL. **Stłyczne bóle krzyża (lumbago statica).** (Wien. kl. Woch. Nr. 49 1932).

5 krąg lędźwiowy wraz ze swymi połączeniami stawowymi znosi w najsilniejszym stopniu ciśnienie kręgosłupa i cierpi wskutek tego ciśnienia i szlifowania podczas ruchów najwięcej, zwłaszcza z powodu swego skośnie ku dołowi pochylonego położenia. Wobec niestosunku pomiędzy wymaganiami stawianymi mu a jego wydolnością czynnościową może przyjść do jego uszkodzeń, czego wyrazem będzie łatwe męczenie się i bóle krzyża w postawie stojącej. Te ostatnie powstają wskutek nadmiernego rozciągania, rozluźnienia i ubijania w połączeniach piątego kręgu lędźwiowego z kością krzyżową. Przy dłuższym trwaniu sprawy przyjść może do zmian zapalnych. Zwykła *lumbago statica* cechuje się bólami krzyża, promieniami czasami ku bokom, bolesnością przy nadmiernym wyprostowywaniu się w stawie lędźwiowokrzyżowym, w ciężkich zaś przypadkach bólami przy zginaniu się, podczas gdy zginanie na bok nie powoduje bólów; niema tutaj przykurczu, ani bolesności uciskowej w zakresie prostowników grzbietu. W ciężkich przypadkach na pograniczu zapalenia stawu lędźwiowo - krzyżowego lub przylegających stawów znajdowano zarówno współśrodkowe ograniczenia ruchów, jak i bolesność uciskową okolicy stawów i kurczowy stan wyprostowników grzbietu. Leczenie polega na poprawianiu czynnej wydolności zapomocą metod mechano-terapeutycznych, wzmocnienie słabego stawu zapomocą odpowiednich przyrządów. Rzadko bywają wskazane zabiegi operacyjne. W razie obostrzenia statycznych bólów krzyża zaleca się fizykalne metody lecznicze.

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

R. NEURATH. **O dziedzicznym „kciuku kolbowatym”.** (Wien. kl. Woch. Nr. 39-40 1932).

Autor widział w ciągu kilku miesięcy 4 rodziny, w których cierpienie występowało dziedzicznie. Chodzi tutaj o skrócenie i rozszerzenie końcowego paliczka kciuka obu dłoni, często również stóp. Różniczkować należy tę sprawę z palcami w kształcie paleczek od bębna i akromegalią.

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

Streszczenia pojedyncze.

Fizjologia normalna i patologiczna.

A. JORES. **O nykturji.** (Dtsch. Arch. klin. Med. t. 175, z. 4).

Na podstawie swych spostrzeżeń dochodzi autor do następującego ujęcia nykturji. W normalnych warunkach istnieje bardzo silnie rozwinięty w ustroju mechanizm, który dzięki zahamowaniu hormonalno-nerwowemu daje w nocy mniejszą ilość moczu, aniżeli w dzień. U osób z nykturją to zahamowanie odpada, tak że może się uzewnętrznić działający pobudzająco czynnik położenia poziomego i spokoju. Przyczyny tego przestawienia mogą być rozmaite. Widzimy ją zatem u osób o chwicznym układzie roślinnym i w zahamowaniach układu przysadkowo - międzymózgowego, najczęściej zaś w obrzękach i innych zaburzeniach gospodarki wodnej. W tych ostatnich przypadkach można ujmować nykturję jako urządzenie wyrównawcze. Wszystkie hamujące wpływy ośrodkowo-nerwowe odpadają, ażeby pozwolić na usunięcie gromadzącej się wody. Mechanizm ten działa tak długo, dopóki woda nie zostanie całkowicie usunięta z właściwej „gospodarki wodnej”. Autor podkreśla znaczenie wniosków rozpoznawczych i prognostycznych, jakie można wyciągnąć z występowania, względnie ustępowania nykturji. Można powiedzieć, że u osób z nykturją otwarte są wszystkie szluzы, nerka pracuje, będąc zupełnie wolna od wpływów hamujących. Powstanie takiego stanu musimy sobie zapewne wyobrazić w podobny sposób, jak wystąpienie diurezy w uderzeniu wodnym. Nawet bez dowodu większej ilości wody istnieje, jak tego dowodzą zwłaszcza doświadczenia M a r x a na psach, zahamowanie diurezy, które można usunąć zapomocą podania większych ilości wody. Nocne zahamowanie diurezy, jak autor wykazał to w poprzednich swych pracach, można, jeżeli nawet niezawsze, to jednak przeważnie usunąć zapomocą podania większych ilości wody. U osób z n y k t u r j ą przerywa zahamowanie diurezy zmagazynowana w tkankach woda. Pomiedzy tym rodzajem diurezy a diurezą po podaniu wody nie powinny jednak istnieć żadne zasadnicze różnice. U pacjentów z nykturją pochodzenia ośrodkowego istnieje, jak się zdaje, odwrócenie zwykłego rytmu, co wykazuje diureza dobową.

Henryk J. L a n d a u.

R. EUGER i P. PREUSCHOFF. **Wydalenie barwników moczu a czynność nerek.** (Dtsch. Arch. klin. Med. t. 175, z. 4).

Ażeby na podstawie badań nad barwnikami moczu móc wyciągnąć patofizjologicznie pewnie ugruntowane wnioski, należy wyodrębnić genetycznie rozmaite barwniki moczu. To wyosobnienie jest możliwe z wystarczającą dokładnością nawet przy dużej zawartości białka w moczu po strąceniu białka alkoholem i odparowaniu alkoholu w próżni w niskiej cieplocie w prądzie kwasu węglowego zapomocą strącania siarczanem amonowym. Spostrzeganie wydalenia urochromu u zdrowego pozwala na wyciągnięcie ważnych wniosków co do normalnej czynności nerek. Doświadczenia na zwierzętach wykazują, iż przy uszkodzeniu aparatu kanalikowego (naświetlania promieniami R o e n t g e n a i zatrucie uranem) występuje wcześniej i w silnym stopniu zmniejszenie wydalenia urochromu; dlatego też wiąże autor wydalenie urochromu z czynnością kanalików. Na dużym materiale klinicznym stwierdził autor, że zarówno w ostrej, jak i w przewlekłej postaci rozlanego kłębuszkowego zapalenia nerek i to tak w nadciśnieniowej odmianie przebiegu, jak i w rzekomo-nerczycowej, przy jednoczesnym zatrzymaniu wydalanego z moczem substancjy we krwi i zaburzeniami próby wodnej i koncentracyjnej oraz często także bez nich, we wrodzonych nieprawidłowościach i schorzeniach skrobiawiczych z zaburzeniami czynnościowymi nerek wydalenie urochromu jest z reguły znacznie zmniejszone, podczas gdy ogniskowe ostre i prze-

wlekłe schorzenia nerek wykazują normalne lub leżące na dolnej granicy normy wartości urochromu. Takie same liczby spostrzega się w nadciśnieniu sanoistnem, podczas gdy złośliwa marskość nerek wykazuje przeważnie wydalenie urochromu, leżące daleko poniżej połowy normalnych wartości. A mianowicie można to spostrzegać w wielu przypadkach nawet wtedy, gdy inne próby czynnościowego badania nerek zawiodą, zaś upewniamy w rozpoznaniu jedynie trwale nadciśnienie i typowe zmiany dna ocznego. Obarczenie tryptofanem pozwala na wejście w rozmaite uszkodzenia aparatu kanalikowego w nadciśnieniowych i nerczycowych postaciach przebiegu przewlekłego rozsianego kłębuszkowego zapalenia nerek. Zagadnienie, czy w zmniejszaniu się wydalenia urochromu ma się do czynienia z zaburzeniami wytwarzania, czy też wydalenia, jest trudne do rozstrzygnięcia, gdyż te czynności należy uważać za umiejscowione w nerkach. W każdym razie rozmaite spostrzeżenia przemawiają raczej za pierwszą koncepcją. Oznaczanie wydalenia urochromu w opisywanej przez autora postaci stanowi zatem w ramach całego obrazu klinicznego cenną metodę pomocniczą we wczesnem rozpoznawaniu zaburzeń czynnościowych nerek oraz w różniczkowo-rozpoznawczej i prognostycznej ocenie schorzeń nerkowych i pozwala na wyciąganie ważnych wniosków co do normalnej i patologicznej fizjologii nerek.

Henryk J. L a n d a u.

Radjologia.

M. BOTTALIGA. **Wartość kliniczna szybkiej cholecystografji.** (Policlinico. Sez. Prat. Nr. 5. 1933 r.).

Autor w 60 przypadkach zastosował szybką cholecystografię. Technika postępowania jest następująca: podaje się douzylnie 2 gr. tetra - jodfenoltaleiny, rozpuszczonej w 125 cm³. 40% glukozy w ciągu 10 — 20 minut. W ciągu 2 dni, poprzedzających cholecystografię, stosuje się dietę skąpą w węglowodany (jaja, jarzyny, mięso), wlewania zaś dokonywa się naczczo. Zdjęcia rentgenowskie wykonywa się w godzinę, w 2 godziny i 3 godziny po podaniu tetrajodfenoltaleiny. U osobników zdrowych (19 przypadków) w godzinę po wlewaniu zaczyna zarysowywać się pęcherzyk żółciowy, najintensywniej cień występuje po 2 — 3 godzinach. W przypadkach schorzenia woreczka żółciowego, dróg żółciowych i uszkodzenia miąższu wątroby woreczek żółciowy albo się wcale nie zarysowuje, albo się zarysowuje z opóźnieniem. W przypadku cukrzycy o wysokim poziomie cukru we krwi, po podaniu 2 gr. tetrajodfenoltaleiny pęcherzyk zarysował się bardzo wyraźnie po 2 godzinach. Autor wnioskuje, że, o ile nie występuje cień pęcherzyka w przeciągu 3-ch godzin, świadczy to o zmianach patologicznych w pęcherzyku lub w miąższu wątroby.

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

G. AUDAIN. **Czy należy stosować zapobiegawczą radjoterapię pooperacyjną w rakach piersi?** (Monde Méd. Nr. 837/1933).

Od 12 lat zaleca autor operowanym z powodu raka piersi stosowanie naświetlań pooperacyjnych w celach zapobiegawczych. Po tych 12 latach doświadczenia, porównyując przypadki naświetlane z nienaświetlanymi, dochodzi autor do wniosku, że chorzy nie nie zyskują na naświetlaniach pooperacyjnych. W chwili obecnej 3/5 chirurgów francuskich nie stosuje, a nawet obawia się stosowania naświetlań po operacjach raka piersi. Większość rentgenologów francuskich zgadza się, jak się zdaje, obecnie co do stosowania w celach zapobiegawczych po operacji radjoterapię w słabych dawkach skórnych przenikających lub nawpół przenikających, przyczem dawki należy powtarzać, zaś serie radjoterapeutyczne w więk-

szych lub mniejszych odstępach czasu prowadzić dość długo; tymczasem w leczeniu innych raków stosują ci sami rentgenolodzy masywne dawki, promienie głęboko przenikające w możliwie jak najkrótszym czasie. Krótko mówiąc, stosując naświetlania pooperacyjne w rakach piersi, używamy przeciwko wrogowi, którego nie znamy, oręża którego również zupełnie nie znamy. Jak widać zagadnienie nie jest bynajmniej rozstrzygnięte; znajduje się ono obecnie w okresie czysto doświadczalnym; nie znaczy to jednak, że należy zarzucać tę metodę leczniczą. Zdaniem autora, należałoby wypróbować masowych dawek leczniczych, zmieniając w razie potrzeby stosowaną technikę. Tę drogę, jak się zdaje, wskazują zdrowy sens i logika.

Henryk J. L a n d a u.

Choroby krwi i narządów krwiotwórczych.

H. LICHTENSTEIN i K. PLENGE. **W sprawie patologii i kliniki t. zw. zakrzepów żyły śledzionowej.** (Dtsch. Arch. klin. Med. t. 175, z. 5).

Autorzy omawiają rozpoznawanie różniczkowe przewlekłych powiększeń śledziony w schorzeniach: układu krwiotwórczego i wątrobowo - śledzionowego, niejasną nomenklaturę niewyjaśnionych co do swego pochodzenia powiększeń śledziony (*anaemia splenica, morbus B a n t i, pseudomorbis B a n t i*). W podłożu jednego własnego dokładnie opisanego przypadku znajdował się klinicznie zespół objawowy zakrzepów żyły śledzionowej (*thrombosis venae lienalis*), anatomicznie zaś wybitne zwiększenie tkanki łącznej miazgi i siateczki, przyczem naczynia śledziony były wolne od zmian. Opierając się na 32 przytoczonych w piśmiennictwie opisach, kreślą autorzy mały zespół objawowy zakrzepów żyły śledzionowej (powtarzające się krwotoki żołądkowe, przewlekłe powiększenie śledziony, ciężka niedokrewność, leukopenia z eozynofilią, często małopłytkowość, gorączka), przyczem podkreślają, że w pewnej grupie przypadków pomimo takich samych objawów klinicznych brak było schorzenia ściany żyły śledziony o charakterze zakrzepowym. Kliniczny obraz chorobowy zakrzepów żyły śledzionowej obejmuje zatem procesy chorobowe rozmaite pod względem swego pochodzenia. Klinika może więc mówić jedynie o istnieniu zespołu objawowego zakrzepów żyły śledzionowej lub t. zw. rzekomych zakrzepów żyły śledzionowej (*thrombosis, resp. pseudothrombosis venarum lienalium*). Autorzy próbują ująć znane w piśmiennictwie przypadki t. zw. zakrzepów żyły śledzionowej nieznanego pochodzenia z punktu widzenia ich podłoża anatomicznego w grupy prawdziwego zakrzepu żyły śledzionowej, prawdziwego zakrzepu żyły śledzionowej i wrotnej, przewlekłego zapalnego (?) powiększenia śledziony bez schorzenia naczyń śledzionowych i usprawiedliwić zaszeregowanie każdego poszczególnego przypadku.

Henryk J. L a n d a u.

E. NOBEL i R. WAGNER. **Przyczynę do rozpoznawania i leczenia zwężenia żyły śledzionowej.** (Wien. kl. Woch. Nr. 39-40/1932).

Krwawe wymioty, niedokrewność wtórna, powiększenie śledziony ze zmieniającą się wielkością organu zależnie od krwawień stanowią charakterystyczne objawy. Krwawienia bywają często poprzedzone przez nieokreślone bóle brzucha, które, być może, należy położyć na karb obrzmiałej przeważnie przed krwawieniem śledziony. Po silniejszym krwawieniu śledziona bywa często mała. Odpowiednio do tego zdarzają się wtedy również smoliste stolce. Różnicować należy z krwaweniami wymiotami pochodzenia urazowego lub na tle wrzodu żołądka, krwiotłuciem, przymiotem, krzywicą, chorobą B a n t i e g o, chorobę P i c k H u t i n e l a, gruźliczem zapaleniem otrzewny. Pod względem leczniczym jako leczenie przyczynowe wchodzi w rachubę tylko wycięcie śledziony, poza-

tem przetaczania krwi, a mianowicie częste nieduże przetaczania, gdyż po dużym przetaczaniu znowu wystąpić mogą wymioty krwawe; celem oszczędzania żył stosuje się metodę cytrynianową.

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

F. MICHAELIDES. **O przypadku czerwienicy i bezsoku żołądkowego.** (Wien. kl. Woch. Nr. 41/1932).

Autor przeprowadzał w swym przypadku badania nad zależnością pomiędzy wytwarzaniem czerwonych ciałek krwi a sokiem żołądkowym i przyznaje, że wprawdzie istnieją zaburzenia wytwarzania czerwonych ciałek krwi żołądkowo - pochodne (choroba B i e r m e r a, objawowa erytrocytoza), lecz choroby V a q u e z a nie można ujmować jako schorzenia objawowego, lecz jako chorobę *sui generis*.

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

K. SINGER. **O próbie galaktozowej w ciężkich niedokrewnościach.** (Wien. kl. Woch. Nr. 41 1932).

D o n a t h i E r l s b a c h e r stwierdzili, że w niedokrewności złośliwej cukier mleczny zupełnie nie wydala się z moczem, jeżeli według przepisu B a u e r a podać 40 gr. galaktozy. Ta galaktozuria znika dopiero w okresie poprawy. Autor znalazł, że objaw ten nie jest charakterystyczny dla niedokrewności B i e r m e r a, lecz występuje również w innych niezłośliwych niedokrewnościach z bezsokiem żołądkowym, opornych na histaminę.

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

H. SCHICHTLING. **Z terapii anemii złośliwej.** (Medizinische Klinik. 42. 1401-1402. 1933).

Z kliniki kilońskiej S c h i t t e n h e l m a podano wnioski z systematycznego leczenia 45 pacjentów z 22 nawrotami anemii złośliwej, powiklanej chorobą rdzenia, a leczonej wątrobą. Co do stanu krwi, to pogorszenie w jej składzie notowano 3, brak poprawy 5, poprawę 59 razy. Co do stanu medullozy, to na 67 chorych (łącznie z nawrotami) notowano pogorszenie 6, bez poprawy 16, poprawę 23 razy, 20 bez *status praesens* przy opuszczeniu kliniki. Poprawę widuje się tylko w lżejszych przypadkach, przy dłuższym leczeniu, wysokim dawkowaniu, u szpitalnych, a nie ambulatoryjnych pacjentów.

H. H i g i e r.

Choroby przemiany materii i gruczołów wewnątrzwydzielniczych.

S. HIRSCH i H. L. POPPER. **O wpływie zastrzykiwań przykręgosłupowych na procesy regulacyjne przemiany materii.** (Wien. kl. Woch. Nr. 12/1933).

W poprzednich doświadczeniach wykazali autorzy, że zapomocą przykręgosłupowego wyłączenia współczulnego unerwienia wątroby, t. j. według danych P o p p e r a od D₈ do D₁₀ po stronie prawej, w dużej części przypadków wydalanie galaktozy dość znacznie się zmniejsza. W nowych swych doświadczeniach badali autorzy w ten sam sposób regulację zawartości cukru we krwi i znaleźli: 1) Obniżające poziom cukru we krwi działanie insuliny ulega spotęgowaniu, ponowne podniesienie się poziomu cukru we krwi ulega opóźnieniu; 2) pokarmowa hiperglikemia po doustnym obciążeniu cukrem gronowym (lecz nie po wśródzylnym podaniu cukru gronowego) przebiega po przykręgosłupowym wyłączeniu znacznie bardziej płasko i trwa krócej, zachowuje się zatem tak samo, jak po wyłączeniu nerwów roślinnych zapomocą ergotaminy i atropiny; 3) ten sam wpływ wywiera również przykręgosłupowe wyłączenie na krzywą galaktozową krwi po obciążeniu galaktozą; 4) podniesienie się poziomu cukru we krwi po zastrzyknięciu adrenalinu ulega zahamowaniu; 5) poziom cukru we krwi naczno u ludzi z prawidłową przemianą materii nie ulega zmianie albo tylko w stopniu bardzo nieznacznym, natomiast w pojedynczych przypadkach moczołki cukrowej ulega obniżeniu. Pierwsze trzy spostrzeżenia zatem po-

zwalają przyjąć, że zapomocą znieczulenia przykręgosłupowego od D₈ do D₁₀ po stronie prawej wyłącza się owe roślinne szlaki nerwowe, prowadzące z ośrodkowego układu nerwowego do wątroby, które normalnie wpływają z jednej strony pobudzająco na wyrzucanie cukru z wątroby, z drugiej zaś hamująco na zatrzymywanie i przyswajanie cukru przez wątrobę.

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

Z. RUTISHAUSER. **Adipositas osteoporotica.** (Dtsch. Arch. klin. Med. t. 175, z. 6).

Autor podaje opis trzech przypadków *adipositas osteoporotica* A s k a n a z y (Pituitary Basophilism). Ten obraz chorobowy należy odróżniać od *dystrophia adiposo-genitalis*. Pod względem różniczkowo-rozpoznawczym należy kłaść największy nacisk na osteoporoz bardzo silnego stopnia w otyłości osteoporotycznej. Dalej zawsze stwierdza się podniesienie ciśnienia krwi, która często może osiągać bardzo znaczny stopień. W osteoporotycznej otyłości nie przychodzi do powstania dodatkowych objawów *dystrophia adiposa genitalis* (zaburzenia wzrokowe aż do ślepoty i podniesienie ciśnienia wewnątrzczaszkowego). Zmiany przysadki mózgowej, spotykane w każdym przypadku, bywają następujące: 1) mały gruczołek zasadokomórkowy przedniego płata (przypadek pierwszy); 2) liczne guzkowe zasadokomórkowe przerosty (przypadek drugi z ciężkimi nieprawidłowościami w tylnym płacie przysadki mózgowej, które autor ujmuje jako jego niedorozwój — *agenesia*); 3) rozlane zwiększenie się liczby komórek zasadochłonnych w całym płacie przednim (przypadek trzeci w alkoholowej marskości wątroby). Te zmiany pokrywają się zasadniczo ze zmianami, znalezionymi przez C u s h i n g a. We wszystkich przypadkach stwierdza się zwiększenie liczby komórek zasadochłonnych. Wyniki badania uległy jednak dalszemu uogólnieniu w tem znaczeniu, że zwiększenie liczby komórek zasadochłonnych niezawsze przebiega pod obrazem gruczolaka. W obu przypadkach, w których nie było zasadokomórkowego gruczolaka przysadki mózgowej, zwiększenie się liczby komórek zasadochłonnych w przysadce mózgowej kładzie autor na karb cierpienia podstawowego (alkoholowej marskości wątroby w przypadku trzecim i niedorozwoju tylnego płata przysadki mózgowej w przypadku drugim). Stan innych gruczołów dokrewnych był następujący: a) nadnercza są dobrze rozwinięte (przypadek trzeci) lub silnie przerośnięte (przypadek pierwszy — 20 gr., przypadek drugi — 20,15 gr.). W tem powiększeniu udział bierze istota rdzeniowa i korowa. b) Jajniki wykazują zanik bardzo silnego stopnia. W przypadku drugim nie przyszło do rozwoju pęcherzyków G r a f a. c) Gruczoł tarczowy był raczej w stanie zaniku, niedorozwinięty, zwyrodniały koloidalowo lub w postaci wola. d) Istniało znaczne stłuszczenie gruczołów przytarczycznych. Stłuszczenie ciałek nabłonkowych niezawsze było jednakowo silnie wyrażone we wszystkich czterech gruczołach. Zmiany szkieletowe ujmuje autor jako osteoporoz bardzo silnego stopnia; doprowadziła ona w dwóch przypadkach (pierwszym i trzecim) do samoistnych złamań żeber.

Henryk J. L a n d a u.

V. GORLITZER. **Przyczynę do powstawania myositis ossificans multiplex progressiva.** (Wien. med. Wschr. Nr 18/1933).

Rzadkość tego strasznego cierpienia tłumaczyć należy zbiegiem się wielu czynników, zatem powstawanie choroby jest uwarunkowane przez współdziałanie wielu szkodliwych czynników. Na podstawie piśmiennictwa i uwzględniając swe własne spostrzeżenia dochodzi autor do wniosku, że w tkance naczyniowej i okołonaczyniowej, szczególnie zaś w tej ostatniej młode jeszcze zupełnie nierozwinięte komórki łącznotkankowe dają pierwotnie bodziec do procesu patologicznego.

Te komórki, które się jeszcze nie zużyły, które nie związały się jeszcze wytwarzaniem żadnych włókien stają się podczas określonego stanu skurczowego przy określonym pociąganiu napinającym w mięśniu lub dokoła niego albo przy ucisku nosicielami wapnia, względnie komórkami kostnotwórczymi. Po drugie przyjąć należy zaburzenia hormonalne (dysharmonję), szczególnie w postaci niedomogi płciowej oraz prawdopodobnie również niedostatecznej czynności gruczołów przytarczycznych. Po trzecie jako moment, potęgujący zatrzymywanie wapnia i następne wytwarzanie kości i sprzyjający powstaniu choroby, uważać należy nadmierną zawartość wapnia przy istniejących określonych zaburzeniach hormonalnych (dysharmonji). Ponieważ wszelkie metody leczenia okazywały się dotychczas daremnymi w tej chorobie, być może możliwym okaże się przez uwzględnienie tych poszczególnych czynników, przez zwalczanie niedorozwoju płciowego zapomocą organopreparatów, przez usunięcie ewentualnego podawania nadmiernych ilości wapnia przynajmniej powstrzymanie postępowania cierpienia.

Henryk J. L a n d a u.

K. GLÄSSNER. **Śpiączka cukrzycowa.** (Wien. kl. Woch. Nr. 48 1932).

W śpiączce cukrzycowej podaje się pod kontrolą zawartości cukru we krwi 100 — 200 — 300 jednostek insuliny dziennie w kilku dawkach najlepiej za każdym razem w 50 cm.³ 40 — 50% roztworu cukru gronowego. Po ustaniu śpiączki stosuje się dietę ubogą w węglowodany. Serce należy podtrzymywać zapomocą zastrzykiwań 1 — 2 cm.³ oleju kamforowego z 0,1 gr. kofeiny, robionych co 2 godziny. Dalej podaje się duże ilości wody przekroplonej lub soli kuchennej albo innych roztworów izotonicznych z krwią, zastrzykiwanych podskórnie lub w ławatywie kroplowej. Po ustąpieniu śpiączki stosuje się mniejsze dawki insuliny, obok tego niezbyt surową dietę, która jednak z drugiej strony nie powinna dopuszczać do zbyt szybkiego podnoszenia się poziomu cukru we krwi.

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

I. B. SCHULUTKO. **Wpływ obarczenia cukrem na pewne biochemiczne wskaźniki moczu.** (Wien. kl. Woch. Nr. 45 1933).

Autor stwierdził, że obarczenie cukrem prowadzi do zwiększenia się równoważników kwasowych w moczu i przesuwania jego odczynu ku stronie kwaśnej, a mianowicie w tem silniejszym stopniu, im szybciej następuje przyswajanie węglowodanów przez ustrój.

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

BUBANO M. **Przypadek krwiopochodnego charłactwa barwnikowego (diabete bronzé) z punktu widzenia klinicznego i anafomo-patologicznego.** (Policlinico sez. med. 1933 r. Nr. 5).

Autor opisuje jeden przypadek „diabete bronzé“, obserwowany klinicznie i potwierdzony badaniem anatomo-patologicznym. Podstawowym cierpieniem, podług autora, jest hemochromatza ogólna, która może przebiegać pod różnymi postaciami klinicznymi w zależności od narządu, względnie grupy narządów zaatakowanych. Wystąpić więc może moczówka cukrowa, marskość barwnikowa wątroby, objawy niedomogi nadnerczy, zabarwienie brązowe skóry i t. d. Cierpienie to występuje przeważnie u osobników płci męskiej, typu hipogonitalnego. Powstanie hemochromatozy ogólnej bez objawów nadmiernej hemolizy stoi w związku albo z utratą zdolności przez ustrój przetwarzania hemosyderyny, albo też tkanki ustroju nabywają powinowactwo dla hemosyderyny. Autor wysuwa przypuszczenie, że „diabete bronzé“ stoi może w związku z niedomogą gruczołów płciowych. Dla umożliwienia rozpoznania klinicznego wskazane jest badanie histologiczne skrawka skóry.

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

J. DECOURT i S. KAPŁAN. **Leczenie osteomalacji ergosterolem naświetlanym.** (Paris Médical 3.XII 1932).

Osteomalacja jest rzadkiem cierpieniem, cechującym się odwapnieniem kości, prowadzącym do ich zmiękczenia i łamliwości. Leczenie tej choroby tylko rzadko wpływa na zaburzenia humoralne, które się stale stwierdza. Dotychczas jedynie usunięcie jajników lub sterylizacja promieniami X dawała pewne wyniki lecznicze. Autorzy zastosowali ergosterol naświetlany. Przepisywali równocześnie fosforan wapnia i 0.01 ergosterolu dziennie, a następnie 0.04 przez 4 dni w tygodniu. Otrzymali w ten sposób świetny wynik: chora zaczęła chodzić, wykonywała wszelkie ruchy i rozpoczęła względnie czynne życie. Zniekształcenia kostne pozostały niezmiennione, ale radiografia wykazała rekalkyfikację kości. Aczkolwiek wynik powyższy jest bardzo ciekawy, nie pozwala on jednakże na twierdzenie, że awitaminoza D jest jedyną przyczyną osteomalacji — istnieją niewątpliwie i inne zaburzenia wewnątrzwydzielnicze i ogólne w tej chorobie.

H. Szpidbaum.

Choroby kobiet i położnictwo.

J. NOWAK. **O leczeniu zaburzeń miesiączkowania.** (Wien. kl. Woch. Nr. 49/1932).

Brak miesiączki (*amenorrhoe*) chętnie leczy się przekrwieniem, djatermją, gorącymi kąpielami nożnymi i gorącymi niasiódkami, okładami borowinowymi i mulowymi i t. d. Skuteczny bywa pobyt na wysokości 700 — 1000 metrów, ze zdrojowisk zaś — Franzensbad, Marienbad, Tazmannsdorf (Austria Dolna). Żelazo, arsen, mangan działają pobudzająco na miesiączkowanie, tak samo *Aloe, Ruta, Crocus, Sabina*, *Jo-himbina* i wreszcie wszystkie drastyczne środki przeczyszczające. Najlepszymi z preparatów hormonalnych są: Progynon, Menformon i Hogival. Stosowanie tego ostatniego najlepiej przeprowadzać w ten sposób, że dawkę jego stopniowo się zwiększa, zaś kilka dni przed terminem miesiączki przerywa się jego podawanie. Tę metodę leczenia można łączyć z podawaniem preparatów ciała żółtego. Preparaty przedniego płata przysadki mózgowej nie dały tych wyników, jakich się po nich spodziewano. Czasami otrzymuje się wyniki po słabych naświetlaniach przysadki mózgowej promieniami Roentgena. Naświetlanie jajników promieniami Roentgena powinno wyjść z użycia. W opóźnieniu miesiączki należy postępować tak samo, jak w braku jej. Należy stosować leczenie przyczynowe zaburzeń w odżywianiu i chorób przemiany materii, stanów niedokrewności i wyczerpania, czynnościowych i organicznych schorzeń ośrodkowego układu nerwowego, gruczołów wydzielania wewnętrznego. W nadmiarze obfitych i częstych krwawieniach miesiączkowych stosuje się preparaty z grupy gorzknika kanadyjskiego (*Hydrastis canadensis*), jak: *Hydrastis, Hydrastinum, Cotarninum, Stypticinum, Styptolum* oraz sporysze, jak: *Ergotinum, Secorinum, Ergo-stabil, Secacorninum, Gynergen*, dalej Graviton, jako miejscowe środki hamujące krwawienie Stryphnon, preparaty ciała żółtego i wreszcie pituitrynę w zastrzykiwaniach 2 — 3 razy dziennie. Zastrzykiwania własnej krwi dość często zawodzą, skuteczne są gorące przestrzykiwania pochwy. Rzadko konieczny bywa zabieg chirurgiczny: u starszych chorych pochwowo wycięcie macicy, u młodocianych — zmniejszenie ilości tkanki jajnikowej zapomocą klinowego wycięcia części jajników. Dobry wynik nie jest przytem zagwarantowany. Naświetlanie wątroby i śledziony promieniami Roentgena może spowodować ustanie krwawienia. Jeżeli w czasie krwawienia pragnie się naświetlać jajniki, należy zastosować uprzed-

nio naświetlanie śledziony i wątroby, gdyż inaczej krwawienie z początku się zwiększa. Bóle miesiączkowe są przeważnie (jeżeli nie wywołują ich skrzepy krwi) spowodowane psychicznie przez kurcze mięśnia macicznego, można je wyleczyć zapomocą leczenia psychicznego. Późatem stosuje się atropinę, Akineton, *Uzara*, antypyrinę, pyramidon lub morfinę, operacyjne rozszerzanie szyjki lub jej rozcięcie. Robi się wreszcie zastrzykiwania alkoholu do zwoju Frankenhauera lub też sympatektomję metodą Leriche'a i t. d.

A. Neumann (Baden-Wien).

L. KRAUL. **O znaczeniu schorzeń kataralnych dróg oddechowych w położnictwie.** (Wien. med. Woch. Nr. 21/1933).

Materiał I uniwersyteckiej Kliniki położniczej w Wiedniu, dotyczący ciężarnych, rodzących i położnic, chorych na grype, wykazuje, że schorzenie to można uważać za mniej niebezpieczne, aniżeli by to wynikało z danych zwłaszcza starszego piśmiennictwa. Fakt ten pozostaje w zgodzie z mniejszym wogóle niebezpieczeństwem grypy w ostatnich latach. Wytyczne postępowania położniczego pozostają oczywiście te same. Wskazany jak najdalej posunięty konserwatyzm i możliwe unikanie i odraczanie porodu i porodu przedwczesnego w czasie zakażenia.

Henryk J. Landau.

I. HOFBAUER. **Zagadnienie rzucałki.** (Wien. kl. Woch. Nr. 46 1932).

Rozwój zespołu objawowego rzucałki odbywa się w ten sposób, że rozpuszczalne cząsteczki białkowe łożyska i jego zaczyny uszkadzają wątrobę i śródbłonki naczyń włosowatych. Uszkodzenie nabłonkowego i siateczkowego - śródbłonkowego miąższu wątroby powoduje nadczynność tylnego płata przysadki mózgowej i nadnerczy, wskutek czego przychodzi do kurczu tętniczek w ważnych dla życia narządach. Zapobiegawczo wskazane jest oszczędzanie wątroby zapomocą ograniczenia podawania białka i tłuszczów w drugiej połowie ciąży, kiedy badania czynnościowe wyraźnie wykazują uszkodzenie wątroby. Zakończenie ciąży jest idealnym wymaganiem, lecz uraz podczas niego powinien być możliwie nieznaczny. Chloroform odpada, eter należy stosować bardzo ostrożnie. Pomysłnie działa luminal, oddychanie tlenem. Naświetlania lampą kwarcową stosować należy ostrożnie. Robi się wśródzylne zastrzykiwania roztworów cukru gronowego. Należy wzmacniać mięsień sercowy, pobudzać diurezę i zwalczać kwasicę. Oto najważniejsze zadania naszego postępowania leczniczego.

A. Neumann (Baden-Wien).

M. SCHARMANN. **Ostra pokrzywkowo - toksyczna osutka z powstaniem martwicy u ciężarnej z rzucałką.** (Wien. kl. Woch. Nr. 52 — 53 1932).

U ciężarnej z rzucałką porodową na 3 dni przed porodem wystąpiła ostra osutka, która uległa wyraźnemu obustronemu po pierwszym napadzie rzucałki, znikła zaś błyskawicznie po porodzie, pozostawiając blizny odpowiednio do wielkości krwotoków, które zjawyły się wcześniej.

A. Neumann (Baden-Wien).

O. P. MANSFELD. **O współczesnym stanie ginekologicznej hormonoterapii.** (Wien. kl. Woch. Nr. 45 1932).

Pomimo zbagacenia się naszych wiadomości i rozbudowie biologicznych metod oznaczania zawartości hormonów, wyniki, otrzymywane zapomocą tych środków, są nikłe. Leczenie miejscowe, gorące kąpiele, leczenie promieniste i chirurgiczne dają jeszcze obecnie większe widoki powodzenia, aniżeli organoterapia.

A. Neumann (Baden-Wien).

Streszczenia pojedyncze.

Patologia kliniczna i doświadczalna.

C. FRUGONI. **Zagadnienie nadwrażliwości w patologii ludzkiej.** (Policlinico Sez. Med. 1933 r. Nr. 1).

Autor omawia ogólne zagadnienia anafilaksji oraz nadwrażliwości. Obok nadwrażliwości ogólnej—humoralnej przypisuje duże znaczenie nadwrażliwości miejscowej - tkankowej. Poza białkami stany nadwrażliwości wywołują różne leki oraz lipoidy. Autor omawia pobieżnie różne cierpienia, których patogenesez stoi w związku z zagadnieniami anafilaksji. Zatrzymuje się bardziej szczegółowo przy powstawaniu dychawicy oskrzelowej oraz ostrego gośćca stawowego. W 1921 r. autor uzyskiwał nadwrażliwość osobników zdrowych, podając im dożylnie osocze osobników dychawicznych. Dychawica oskrzelowa może być wyrazem nie nadwrażliwości ogólnej ustroju, lecz miejscowej nadwrażliwości tkanek, ograniczonej do narządu oddechowego. Powstawanie nadwrażliwości miejscowej należy przypisać zdolności uczulania się tkanek pod wpływem bodźców mechanicznych i fizyko - chemicznych. Różne cierpienia narządu oddechowego (zapalenie oskrzeli, grypa, wdychanie gazów trujących) stwarzają warunki pomyślne dla powstawania nadwrażliwości jego tkanek. Rozproszone ciała białkowe, wdychane z powietrzem, uczulają tkanki narządu oddechowego i wywołują napady dychawicy oskrzelowej. Autor uważa, że ostry gościec stawowy stoi w związku ze stanem alergii ustroju. Z punktu widzenia anatomo - patologicznego ostry gościec stawowy jest cierpieniem całego układu mezenchymalnego i powoduje t. zw. *granulomatosis rheumatica* (Fah r). Chini i Magrassi odtworzyli obraz ostrego gośćca u królików, wywołując u nich ognisko zakażenia paciorkowcami, uczulające ustrój. Po 15 — 18 dniach wstrzykiwali dożylnie martwe hodowle paciorkowców, stanowiące moment wywołujący, poczem występował ostry gościec stawowy. Odczyny alergiczne w ustroju, spowodowane ciałami białkowymi, wywołują zmiany anatomo - patologiczne w układzie mezenchymalnym, przypominając zmiany właściwe ostremu gośćcowi stawowemu. Wysuwa więc autor tezę, że ostry gościec stawowy jest wyrazem odczynu nadwrażliwej mezenchymy wobec wywołывачы (białko, drobnoustroje). Na poparcie swych wywodów przytacza doświadczenie Klingea. Zwierzęciu doświadczalnemu podaje się podskórnie przez dłuższy czas surowicę końską, następnie zaś wstrzykuje surowicę do stawu. Występują przytem zmiany gośćcowe zarówno miejscowe, jak i ogólne.

H. Zeldowicz.

D. ADLERSBERG i A. PERUTZ. **Dalsze badania nad gospodarką wodną skóry zapomocą „prób trzech bąbli”.** (Wien. kl. Woch. Nr. 41 1932).

Autorzy stosowali w swych doświadczeniach zamiast zwykłego bąbla, wywołanego zapomocą doskór nego zastrzyknięcia roztworu fizjologicznego, soli kuchennej, za każdym razem 3 rodzaje bąbli: bąbel wywołany przez sól kuchenną, bąbel wywołany przez własną surowicę i bąbel wywołany przez aolan. Bąbel, wywołany przez sól kuchenną, ulega zarówno u zwierzęcia, jak i u chorego szybko wessaniu. Bąbel, wywołany przez surowicę, ulega również zrazu szybkiemu wysuszeniu (część, zawierająca sól kuchenną), natomiast część koloidalna wymaga dla wessania dłuższego czasu. Bąbel, wywołany przez aolan, najpierw znacznie się powiększa wskutek wchłaniania płynu z tkanek (bąbel sumujący się), następnie zaczyna się zmniejszać, począwszy od brzegów, tam, gdzie przedtem urósł, później się znowu przez dłuższy czas utrzymuje. A zatem bąble ulegają wessaniu w następującej kolejności: bąbel z soli kuchennej, z własnej surowicy, z aolanu.

Podawanie soli przyspiesza wchłanianie się bąbla z soli kuchennej oraz bąbla z surowicy. O ile chodzi o bąble aolanowe, wyniki nie są jednoznaczne. Wpływ zwiększonego podawania wody (uderzenie wodne), był ten, że wchłanianie się wszystkich trzech bąbli ulegało zwolnieniu; jeżeli jednak jednocześnie z próbą wodną podano pituitrynę, następowało przyspieszenie wchłaniania się. Wśródżylne zastrzykiwania hipertonicznych roztworów cukru gronowego i soli kuchennej, wśródmięśniowe podawanie teofiliny, podskórne stosowanie pituitryny, wśródżylne salyrganu wywierają na próbę trzech bąbli jednakowy wpływ, a mianowicie przyspieszenie wchłaniania się. Próba trzech bąbli nadaje się o wiele bardziej do uzyskania dokładnego pojęcia o gospodarce wodnej i soli kuchennej skóry, względnie sił i czynników, regulujących ją, aniżeli próba Mc. Clurea i Aldricha z solą kuchenną.

A. Neumann (Baden-Wien).

H. LUECKER. **Krytyka metod oznaczania jodu we krwi przy użyciu do spopielenia ługów i kwasów.** (Dtsch. Arch. klin. Med. t. 175, z. 6).

Autor przystosował podaną przez Pfeiffera mikrometodę oznaczania jodu do badania krwi na zawartość jodu i dokonał pewnych poprawek technicznych. Autor wykazuje, że napół zwęglona substancja krwi może w pewnych warunkach wyzwalać jod z jodku potasowego. Wskutek tego oznaczania jodu mogą być nieprawidłowe. Autor podaje uproszczoną metodę oznaczania jodu w roztworze tyroksyny. Porównawcze rozbiory metodami Fellenberga i Pfeiffera oznaczania jodu wykazały, że metoda Pfeiffera daje o wiele bardziej dokładne liczby. Autor potwierdza pogląd Moebiusa i Widmanna, że poziom jodu we krwi jest znacznie wyższy, niż dotychczas przyjmowano. Poziom jodu we krwi waha się w granicach 20 — 40 gamma %.

Henryk J. Landau.

Gruźlica.

P. PRUVOST. **Zbędne odmy.** (Monde méd. Nr. 827-1933).

Przy rozstrzyganiu zagadnienia nałożenia odmy sztucznej, należy postępować nader systematycznie zarówno w znaczeniu powstrzymania się od niej, jak i wkraczania. Nie należy się spieszyć, próbować trzeba ustalenia typu anatomo-radiologicznego, typu rozwojowego; pamiętać się musi, że nawet wśród jamistych postaci gruźlicy istnieją przypadki, mogące się cofnąć, aczkolwiek nie należą one do zbyt częstych. Przed nałożeniem odmy sztucznej, należy poddać chorego ścisłemu leczeniu próbnemu, jeżeli tylko warunki społeczne i materialne na to pozwalają, lecz niewolno prowadzić go zbyt długo, o ile powstają choćby najmniejsze wątpliwości.

Henryk J. Landau.

F. B. SZEBAŃOW. **Wskazania i technika opróżniania wysięków opłucnowych w odmie sztucznej.** (Wopr. Tuberk. Nr. 10-11 1932).

Wysięki opłucnowe są niepomyślnym czynnikiem w leczeniu uciskowym. Wysięki opłucnowe nawet znacznych rozmiarów w rzadkich tylko przypadkach mogą doprowadzić do uciśnięcia płuca i zupełnego zarośnięcia jamy opłucnowej. Wchłanianie się obfitych wysięków spostrzega się w pojedynczych przypadkach, po większej części uniemożliwiają uciśnięcie płuca. Zejście wysięków opłucnowych może być bardziej pomyślne przy opróżnianiu we właściwym czasie wysięku i zastąpieniu go gazem. Odma sztuczna utrzymuje się częściej w przypadkach usuwania wysięku, aniżeli przy zostawianiu go w spokoju. Odma sztuczna utrzymująca się pomimo zostawienia wysięku bez wkroczenia nie jest pełnowartościowa; prowadzi się ją małymi dawkami przy dużym ciśnieniu dodatnim,

a w przyszłości zostaje przedwczesnie zarzucona wskutek za-
rośnięcia jamy. Usuwanie wysięków może być wskazane jako
zabieg popierwsze natychmiastowy, powtórny—niezbędny, po-
trzecie — pożyteczny. Opróżnianie wysięku celem utrzymania
odmy sztucznej należy skutecznie w odpowiednim czasie,
t. j. przed utratą zdolności wchłaniania przez opłucną.

Henryk J. L a n d a u.

E. SERGENT, I. GASPAR i T.-FU TSUI. **Ropień płuc i przebudzenie się gruźlicy płucnej.** (Arch. Méd.-Chir. de l'App. Resp. t. VIII; Nr. 1 1933).

Autorzy podają opis przypadku, dotyczącego 53-letniego
mężczyzny, w którym brak prątków K o c h a w płwocinie
w ciągu pierwszych miesięcy rozwoju ropnia z jednej strony,
z drugiej zaś, i to przede wszystkim, badania kliniczne, anatomo-
patologiczne, makroskopowe, drobnowidowe i bakterjologiczne
wykazują niewątpliwie istnienie ropnia. Gruźlica płuc
powstała wyraźnie później, aniżeli ropień; świadczą o tem ko-
lejne zdjęcia rentgenowskie: pierwsze zdjęcie, wykazujące roz-
wój sprawy gruźliczej, otrzymano w 7 miesięcy po rozpoczę-
ciu się sprawy ropnej i w 2 miesiące po przybyciu chorego na
klinię. Ten wysiew rozwijał się postępująco i szybko, czego
dowodzą następne zdjęcia rentgenowskie; potwierdziło go po-
jawienie się prątków w płwocinie oraz objawów ze strony opon
mózgowych. Pozatem badanie histologiczne stwierdziło, że
gruźlicze zmiany płucne o charakterze prosówkowym są świe-
że, podczas gdy zmiany w otoczeniu ropnia były stare i już
stwardniałe. Wysiew uogólnionej gruźlicy prosówkowej płuc
z końcowym gruźliczym zapaleniem opon mózgowych tłuma-
czyć można przebudzeniem się utajonych ognisk gruźliczych
z powodu przypadkowej przyczyny, która złamała opór ustroju.

Henryk J. L a n d a u.

E. LOEWENSTEIN. **Alergja a bacilemja.** (Wien. kl. Woch. Nr. 39-40/1932).

Istnieją postaci gruźlicy bez budowy gruźliczej. W tych
postaciach gruźlicy bez gruzełków nad obrazem chorobowym
dominuje bacilemja gruźlicza, t. j. posocznica, wywołana przez
prątki gruźlicze. Ta posocznica może przebiegać bez gorączki
(zimna posocznica). Najbardziej rozpowszechnioną przyczyną
alergji jest zakażenie gruźlicze. Zakażenie gruźlicze wywołuje
uczulenie nie tylko na wywoływacze gruźlicze, lecz również
na inne wywoływacze, względnie też je potęguje. Istnieją ba-
cilemje gruźlicze z wysoką alergją na tuberkulinę. Należą tu-
taj znane postaci objawowe gruźlicy, jak również ostry go-
ściec stawowy dorosłych, dychawica oskrzelowa. Istnieją też
bacilemje gruźlicze bez alergji. Do tej grupy należy otępienie
wczesne, płasawica, ostry gościec stawowy wieku dziecięcego
oraz wszystkie owe schorzenia, w których we krwi krążą
prątki gruźlicze (gruźlica prosówkowa, posocznica gruźlicza).

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

RATHERY i DOUBROW. **Morbus coeruleus. Gruźlica płuc. Wynik leczniczy odmy sztucznej.** (Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôpit. Paris Nr. 15, 5-V 1933).

Poważne rokowanie w gruźlicy płuc u osób z wrodzone-
mi wadami serca jest dobrze znane. Autorzy demonstrować przy-
padek gruźliczego okołonękowego nacieczenia w lewej płu-
cu u 19-letniego chłopca z *morbus coeruleus*. Przypadek cieka-
wy z dwóch względów: 1° ze względu na pomyślny wpływ od-
my sztucznej na przebieg schorzenia gruźliczego płuca, gdy
zapowiadało się szczególnie poważnie oraz 2° na wpływ odmy
na schorzenie serca. Przy pierwszym badaniu autorzy stwier-
dzili nad koniuszkiem głośny szmer skurczowy o charakterze
chropowatym z promieniowaniem poprzecznym; szmer ten był
słabiej słyszalny w okolicy mezokardjalnej; u podstawy, szczeg.
w drugiej przestrzeni międzybrowowej lewej stwierdzano szmer
skurczowy mniej intensywny niż poprzedni, promieniujący je-
dynie do naczyń szyjnych. Po założeniu odmy ten szmer znikł

oraz stwierdzić można było polepszenie objawów czynności-
owych, które autorzy wiążą ze zniesieniem elastyczności płu-
cej po stronie lewej; elastyczne płuco odgrywało rolę hamulca
w stosunku do skurczu sercowego. Autorzy zadają sobie py-
tanie, czy nowoutworzone przez odmy warunki dynamiczne
nie przyczyniły się do ułatwienia pracy serca.

H. S z p i d b a u m.

Choroby serca i naczyń.

BAUER Julius und RECHT Georg. **Sprawy naczyniowe skurczowe i obliteracyjne z zaburzeniami odżywczymi naczyni ischemicznej lub bez nich.** (Wiener Archiv f innere Medizin XXIII. 11-36. 1933).

Z 8 dokładnie opisanych przypadków wyciągają autorzy
wnioski następujące: 1) *Endarteriitis et Endophlebitis obli-
terans* napastują głównie naczynia obwodowe kończyn dolnych,
w rzadkich przypadkach inne, zwłaszcza mózgowe. Cierpienie
to, przed wielu laty dokładnie opisane, niesłusznie zwie-
 się ostatnio nową chorobą B u e r g e r a (na co obszer-
 nie zwrócił pierwszy uwagę przed kilku laty na łamach
Warsz. Czasop. Lek. referent), 2) *Phlebitis migrans re-
 cidivans* może stanowić lata całe jedyny przejaw kliniczny tej
choroby, 3) Przy poprzedzających sprawach zapalnych i przy
pewnem usposobieniu naczyń sprawa ta stanowi może wy-
 nik odczynu hiperergicznego na krwiopochodne uszkodzenie
bakteryjne, 4) Obraz kliniczny wyjątkowo (? Ref.) daje moż-
 ność rozpoznania za życia tła anatomicznego (*endarteriitis
obliterans, arteriosclerosis vulgaris*), 5) Tu i ówdzie spotykane
współistnienie obu form (? Ref.) dowodzi predyspozycji cho-
 robowej naczyń, 6) Jako komponent funkcjonalny tej cho-
 by występuje często chromanie przestankowe, będące wynikiem
dyzergji naczynioruchowej (*reactio vasomotoria inversa*).
Przypisywanie tej hipotezy S c h l e s i n g e r o w i jest nie-
 słuszne, gdyż ją o wiele wcześniej od autora wypowiedział E r b
(Ref.). 7) Z interwencją chirurgiczną należy być powściągli-
wym, gdyż liczne inne metody dają nieraz znakomite wyniki.
8) Operacja D o p p l e r a na sznurku nasiennym bez jedno-
czesnej sympatektomji okołonaczyniowej H i g i e r - L é r i -
c h e a daje nieraz poprawę, co przemawia za wpływem hormo-
nalnym na stan skurczowy naczyń. 9) U 500 zwykłych pacjen-
tów, na nogi nie cierpiących, stwierdzili autorzy 83 razy (16,6%)
niewyczuwalność tętna. [(W swoim czasie E r b i G o l d f l a m
niezależnie od siebie znaleźli o wiele mniejszy odsetek. Ref.).
(W przyszłości należałoby stale badać tętno w niepewnych
przypadkach w letniej wodzie. Ref.)]. 10) U tych ostat-
nich, mimo iż nogi są zimne a parestezje i kurcze łydek częste,
nie należy rozpoznawać *endangiitis obliterans*, póki się nie
przyłączają inne objawy kliniczne. (Ref. podkreślił to przed
laty 30-tu). 11) Niewyczuwalność tętna, zależna od skurczów
naczynioruchowych, znika często w narkozie.

H. H i g i e r.

H. PAILLARD. **Nadciśnienie tętnicze u kobiet kastro-
wanych.** (Journ. Méd. Français, luty 1933).

Po kastracji dokonanej czy to na drodze chirurgicznej
czy to radjoterapeutycznie spostrzega się u kobiet bądź to
otłuszczenie, bądź też zespół nadciśnienia tętniczego. Oba te
zespoły nie występują zazwyczaj jednocześnie u tego samego
osobnika. Dla wyjaśnienia zagadnienia, dla czego jedne ko-
biety reagują na kastrację otłuszczeniem, a inne hipertensją,
autor zestawia cały szereg faktów zarówno doświadczalnych
jak i klinicznych, świadczących o istniejącym niewątpliwie an-
tagonizmie między jajnikami i nadnerczami. Z drugiej strony
autor zwraca uwagę na możliwość istnienia dodatkowych jaj-
ników ukrytych w więzadle szerokiem w tkance podotrzew-
nowej. — Fakt ten ma ogromne znaczenie, gdyż, jak dowiodły
badania C o r n i l a i T i o l l a, te nadliczbowe jajniki

ulegają po klasycznej kastracji rozrostowi i wykazują wzmoczoną czynność wewnątrzwydzielniczą, mogącą zastąpić pokastracyjną niedomogę wydzielniczą. Radjoterapia kompletniej usuwa wszelkie twory jajnikowe niż nóż chirurga; autor stwierdzał też częściej hipertensję po radjoterapii aniżeli po zabiegu chirurgicznym. W leczeniu nadciśnienia po za zwykle stosowanymi środkami (djeta, środki przeczyszczające, Royat, Vittel) K y l i n otrzymywał dobre wyniki przez wstrzykiwanie wyciągów follikulinowych (a nie jajników lub ciała żółtego).

H. S z p i d b a u m.

D. SCHERF. Hiperglikemja i cukromocz w zakrzepach tętnic wieńcowych. (Wien. kl. Woch. Nr. 3/1933).

Z pośród 8 przypadków kolejno spostrzeganych 6 wykazywało hiperglikemję i cukromocz albo przynajmniej jeden z tych objawów. Wstrząs lub ból mogą wywołać te objawy, lecz występują one również bez bólu. Należy myśleć także o działaniu adrenaliny wyrzucanej celem regulowania ciśnienia krwi. Przy ocenie występowania tych objawów nie należy zaraz myśleć o moczówce cukrowej, lecz odczekać, aż te wszystkie przemijające objawy ustąpią.

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

Choroby przemiany materji i gruczołów wewnątrzwydzielniczych.

O. ZIMMERMANN. W sprawie kliniki choroby Basedowa ze szczególnem uwzględnieniem obrazu krwi. (Wien. kl. Woch. Nr. 9/1933).

Często bywa neutropenia ze względną limfocytozą, bezwzględną limfocytozę (2500 limfocytów) znaleziono w 21%, względną (30% i większą) w 60%, również często wyraźne zwiększenie się liczby przyżyciowo-ziarnistych czerwonych ciałek krwi. Często bywa lekka monocytoza, brak komórek tucznych, przyspieszone opadanie czerwonych ciałek krwi, występowanie objawów śródbłonkowych, lekkie zmiany w elektrokardiogramie, przedewszystkiem wyższe wychylenie końcowe w odprowadzeniach I i II. Pod względem prognostycznym niepomysłną jest silna neutropenia, wyraźna bezwzględna limfocytoza i silnie dodatni objaw śródbłonkowy.

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

SILVERSTONE. Wyniki pooperacyjne w tyreotoksyzmie. (The Lancet. Nr. 4. Rok 1934).

Na 35 przypadków operowanych wynik dodatni w 30. Sam zabieg na większym materiale wykazuje 8% śmiertelności (częściej pooperacyjne powikłania ze strony płuc, znacznie rzadziej zapaść). Obrzęku śluzakowego po operacji nie spostrzegano. Najlepszym sprawdzianem wyniku zabiegu jest przemiana podstawowa, potem samopoczucie chorego. Przygotowanie do zabiegu: 1. rozczyń L u g o l a 10 dni do 2 — 3 tygodni w coraz wyższych, ale minimalnych dawkach; 2. pozostawianie przez ten czas w łóżku; 3. podawanie w tym okresie *chininum hydrobromatum*.

Jerzy F a j w l e w i c z (Łódź).

Mc. ALPINE. Leczenie myasthenia gravis efedryną. (The Lancet, Nr. 4. Rok 1934).

Schorzenie ma za podstawę zaburzenie metabolizmu w tkance mięśniowej. Za rolę czynnika endokrynnego przemawiają 2 fakty: stwierdzone w połowie obserwowanych przypadków powiększenie gruczy i poprawa, obserwowana w okresie ciąży. Stąd próby leczenia preparatami gruczy, jajnika i nadnercza, lecz bez większego efektu. W ostatnich 3 latach zastosowano 2 nowe leki: efedrynę i glicynę (pochodna kwasów aminowych). Autor otrzymał wyjątkowo dobry efekt leczniczy po efedrynie. Ocena wyniku bywa czasami trudna, ponieważ dla opisanego schorzenia typowe są remisje. W przypad-

kach trudnych do rozpoznania lub we wczesnych okresach efedryna *ex juvantibus* ma znaczenie pomocniczo-rozpoznawcze. Dawki ½ gr. 2 razy dziennie. Glicyna wzmacnia jeszcze działanie efedryny.

Jerzy F a j w l e w i c z (Łódź).

A. SEBASTIANI. Zachwianie się poziomu cukru we krwi w cukrzycy w czasie leczenia insuliną. (Policlinico. Sez. Prat. Nr. 16. 1933 r.).

Autor przytacza wyniki badań nad poziomem cukru we krwi w 20 przypadkach cukrzycy, leczonej insuliną. Przy tem postępowaniu dążył do całkowitego odcukrzenia moczu, co osiągnął w okresie kilku miesięcznej obserwacji, przy pomocy coraz mniejszych dawek insuliny. Zaobserwował, że brak cukru w moczu nie przebiega równoległe do obniżenia poziomu cukru we krwi. Pomimo stosunkowo wysokiego poziomu cukru we krwi stan ogólny chorych z aglikozurją ulegał znacznemu polepszeniu. Wynikałoby stąd, że istnieje pewne rozszczepienie pomiędzy przebiegiem klinicznym a poziomem cukru we krwi. Do obniżenia poziomu cukru we krwi są niezbędne znacznie wyższe dawki insuliny, niż te, które stosował autor. Powyższy sposób leczenia autor stosował również w przypadkach chirurgicznych.

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

Medycyna Sądowa.

W. PIETRUSKY. Uwagi co do zmiany przepisów w sprawie sądowo-lekarskich oględzin zwłok. (D. Z. Gericht. Med. Bd. 21).

Autor domaga się zmiany i uzupełnienia przepisów z r. 1922, gdyż w ostatnich 10 latach medycyna sądowa w wielu działach posunęła się naprzód, i istniejące przepisy są już przestarzałe. Wobec tego, że lekarze powiatowi, którzy z reguły są powoływani do badania sądowo-lekarskiego zwłok, nie posiadają dostatecznego doświadczenia, gdyż stosunkowo rzadko biorą udział w takich badaniach, należałoby zawsze jako drugiego obducenta powoływać asystenta zakładu medycyny sądowej lub kierownika tego zakładu. Autor podaje szereg uwag w zastosowaniu do poszczególnych przypadków oględzin zwłok, które tu streszczam: W niejasnych przypadkach nagłych zgonów kobiet w okresie płodzenia należy myśleć o śmierci w związku z poronieniem i ewent. zatorze powiernym, wobec tego trzeba rozpocząć sekcję zwłok od klatki piersiowej i brzucha, aby stwierdzić ewentualną obecność powietrza w prawej komorze serca. Wskazane jest pozostawianie krwi zabitego, aby móc w razie potrzeby ustalić rodzaj krwi, jeśli podejrzany będzie nią powalany. W niektórych przypadkach jest wskazane pozostawienie celem późniejszej identyfikacji włosów z głowy, brody i t. p. zabitego. Przy podejrzeniu, że śmierć nastąpiła wskutek poronienia, należy przy sekcji wyjmować narządy płciowe zewnętrzne wraz z wewnętrznymi. W przypadkach uszkodzeń kości czaszki — mace rować kości uszkodzone, gdyż, tylko w ten sposób badając, można dokładnie ustalić, jakie narządzie wchodziło w grę; gdy narzędzie tępe było użyte, należy badać na obecność zatorów tłuszczowych. W przypadkach śmierci wskutek przejechania należy badać, czy poszkodowany nie był głuchy, wzgl. czy nie był w stanie upojenia alkoholowego (zawartość alkoholu we krwi). Przy stwierdzeniu ran klutych kości nierzadko drobne cząstki metalu pozostają w brzegach rany, stąd za pomocą spektrografji można określić rodzaj metalu i ustalić, czy dane narzędzie było przyczyną zgonu. W przypadkach śmierci wskutek powieszenia i zadzierżgnięcia — zachować powróż wraz z węzłem w celu późniejszych dokładnych badań, dokonywać ścisłych oględzin miejsca znalezienia trupa, jego położenie i t. p. (czasami chodzi tu o odróżnienie samobójstwa przez powieszenie od inscenizacji powieszenia po zabójstwie). W przypadkach wątpliwego porażenia prądem elektrycznym należy wyciąć i zachować skórę ze znalezionymi na niej zmia-

nami celem późniejszego ustalenia, czy było to zgnięcie prądu, czy oparzenie. Celem stwierdzenia utonięcia — przeprowadzić badanie mikroskopowe płuc i treści dwunastnicy; w przypadkach gnicia badać mikroskopowo krew z prawej komory serca. W razie wątpliwości, czy ma się do czynienia z wlotem czy wylotem kuli, zachować ranę postrzałową do dalszych badań mikroskopowych lub chemicznych. W przypadkach przewlekłych zatruciu arsenikiem — badać chemicznie i kości. Przy sekcjach zwłok noworodków zawsze wykonywać próbę wodną żołądkowo-jelitową; główkę otwierać tak, aby można było zbadać sierć i namiot, przecinać bródkę, żeby można było zbadać gardziel i podniebienie. W odpowiednich przypadkach badać mikroskopowo płuca; w ten sposób można wykryć obecność składników wód płodowych, co wyjaśni przyczynę śmierci. Na zakończenie autor dodaje, że lekarz-biegły poza pytaniami, postawionymi przez sędziego śledczego, jest obowiązany sam zwrócić uwagę jego na wszelkie zmiany lub okoliczności, mające znaczenie dla danej sprawy.

W. G r z y w o - D ą b r o w s k i.

JACOBI. Śmiertelne zatrucie kwasem pruskim przez spożycie gorzkich migdałów. (D. Z. f. d. g. ger. med. 21 Bd. 1. Hft).

Przypadki tego rodzaju są rzadkie przedewszystkiem z powodu przykrego smaku gorzkich migdałów, który zraża nawet samobójców. Migdał gorzki zawiera 0,001 gr. kwasu pruskiego (HCN), a ponieważ dawka śmiertelna tej trucizny wynosi 0,01 — 0,06 gr., przeto 10 — 60 sztuk gorzkich migdałów wystarczy, by wystąpiło zatrucie śmiertelne. Doniesienie autora dotyczy 26-cioletniej mężatki, która, w pożyciu małżeńskim będąc szczęśliwa i zupełnie zadowolona, nie miała powodu do zamachu samobójczego. — Pewnego dnia wróciła ona z targu o g. 12 do mieszkania, a w pół godziny później sąsiedzi usłyszeli jęki, dochodzące z jej mieszkania. Zastano ją leżącą na podłodze, nieprzytomną, nie odpowiadającą na pytania. Wezwano lekarza, który leczył ją z powodu zaparcia i napadów kolki. Chora trzymała się za brzuch, stękała, na pytania nie odpowiadała, chociaż na wezwanie otwierała oczy. Tętno 100 na minutę, brzuch miękki, nieco wrażliwy na dotyk. Twarz zmieniona nie była. Lekarz, zaleciwszy gorące okłady i leżenie w łóżku, wyszedł, sądząc, że są to zwykłe dolegliwości, dobrze mu znane, tylko wzmożone prawdopodobnie przez miesiączkę, która dnia poprzedniego się zaczęła. Po upływie pół godziny od wyjścia lekarza mąż krzyczał, że chora źle oddycha, a przed trzecią nastąpiła śmierć z objawami porażenia oddechu. Wykonana na życzenie rodziny sekcja zwłok zapachu gorzkich migdałów nie wykazała. W żołądku była treść pokarmowa w ilości $\frac{3}{4}$ litra, tarczycza powiększona. Przy badaniu chemicznem narządów wykryto wolny kwas pruski, jednak ilościowego badania, niestety, nie wykonano. W treści pokarmowej żołądka rozpoznano kawałek jabłka, natomiast reszta przedstawiała się w postaci drobnych cząsteczek migdałów. W mieszkaniu zmarłej już po jej śmierci znaleziono torebkę na $\frac{1}{4}$ funta, a w niej jeszcze 28 gr. gorzkich migdałów. Ile z tego spożyła zmarła, napewno niewiadomo, jednak na podstawie wywiadu można było przyjąć, że zjadła 175 sztuk (cztery razy więcej, niż wynosi dawka śmiertelna). Motyw samobójczy nie wchodził w rachubę, spędzenie płodu, ani też upławy (na które cierpiała) nie mogły być również w świetle dochodzenia poczytane jako powód samobójstwa. Rodzina zmarłej oskarży-

ła lekarza o nieumyślne spowodowanie śmierci, twierdząc, że, gdyby w porę było dokonane płukanie żołądka, to zmarłą można było uratować. — Autor, powołany jako biegły w kwestji wyjaśnienia tej okoliczności, oświadczył, że lekarz żadnej winy w tym przypadku nie ponosi, gdyż zarówno z objawów, jak też i okoliczności wypadku nie mógł powziąć podejrzenia zatrucia gorzkimi migdałami (torebkę z niemi znaleziono dopiero po śmierci), nie miał zatem wskazania do opróżnienia żołądka, a znając pacjentkę, jako zapadającą na zaparcie i kolki, oraz wiedząc, że poprzedniego dnia zaczęła się miesiączka, mógł objawy te położyć na karb wymienionych czynników. — Sąd na mocy tego orzeczenia uwolnił lekarza od zarzutu nieumyślnego spowodowania śmierci.

Wł. F e l c.

MEZGER, JESSER, VOLKMANN. Dlaczego może zawieść próba precypitacyjna? (D. Z. f. d. g. ger. Med. 21 Bd. 1 Hft).

W przypadku zabójstwa żony przez męża, który do zarzucanego mu czynu się przyznał i podał, jakim narzędziem to zrobił, badali autorzy plamy krwi, znajdujące się na tych przedmiotach. Wykryli krew (kryształki T e i c h m a n n a), a po przygotowaniu wyciągu wykonali próbę precypitacyjną, która jednak dała wynik ujemny. — Wobec przyznania się męża do zabójstwa i wskazania przedmiotów, które były poplamione krwią zmarłej, wynik ten był zgoła nieoczekiwany i bardzo kłopotliwy. W przypuszczeniu, że była nieodpowiednia surowica precypitacyjna, użyto surowicy innego pochodzenia, ponadto zastosowano precypityny zwierzęce, lecz wyniki wszędzie były ujemne. Zastanawiano się nad przyczyną tego niepowodzenia i starano się ją wyświecić. Między innemi nasunęła się wątpliwość, czy domieszka płynu mózgowo-rdzeniowego nie przeszkadza reakcji (nie wytłumaczono dlaczego, bowiem płyn mózgowo-rdzeniowy zawiera również białko, strącalne przy pomocy precypityny—uw. ref.). Wykonana w tym celu próba zgodnie z oczekiwaniem, możliwości tej zaprzeczyła. Przerobiono z tej okazji szereg prób nad przydatnością skrzepów krwi i części (surowicy), która wsiąka w materiał, na który krew się wylała bądź była wylana, w odniesieniu do uzyskania wyciągu do próby precypitacyjnej. Z doświadczeń tych okazało się, że jeśli krew wsiąka w drzewo i na niem zasycha, to powierzchnie warstwy tego materiału mogą nie zawierać tego składnika, który daje strąć z surowicą precypitacyjną. Na podstawie doświadczeń, poczyniono następujące spostrzeżenia: Krew, wyschnięta na drzewie, nie daje reakcji precypitacyjnej prawidłowej. Składników chemicznych, któreby jej przeszkadzały, w danym razie nie wykryto. Płyn mózgowo-rdzeniowy z surowicą precypitacyjną daje wynik dodatni. Płyn mózgowo-rdzeniowy i krew, wysychające na powietrzu, tak twardnieją, że przy rozpuszczaniu w roztworze fizjologicznym białko do niego nie przechodzi. Wymyta roztworem fizjologicznym grudka krwi i pozbawiona w ten sposób surowicy, a zastrzyknięta następnie królikowi w celu uzyskania od niego surowicy precypitacyjnej — jej nie dawała, natomiast też same zwierzęta, po zastrzyknięciu im surowicy krwi ludzkiej, dostarczyły wysokowartościowej precypityny. — Przy badaniu piam krwi, znajdujących się na drzewie, należy wylugować nie tylko skrzepy z powierzchni, ale i z samego drzewa, gdzie wsiąkała surowica. — Czynniki strącające znajduje się nie w białku krwinek, lecz w białku surowicy.

Wł. F e l c.

Streszczenia pojedyncze.

Djagnostyka.

F. CORELLI. **Chromoskopia żółdkowa z czerwieni obojętną podaną dożylnie; jej wartość kliniczna i stosunek do próby histaminowej.** (Policlinico. Sez. Prat. Nr. 11. 1933 r.)

W 62 przypadkach różnych cierpień żółdkowych przeprowadzono próbę chromoskopji żółdkowej, podając dożylnie 40 mg. czerwieni obojętnej, rozpuszczonej w 5 cm.³ wody destylowanej. Przed podaniem czerwieni badano chemizm żółdka (kw. wolny, kw. ogólna), po wstrzyknięciu czerwieni co 20—30 sekund pobierano treść żółdkową i obserwowano czas wystąpienia lekkiego zabarwienia różowego. W przypadkach bezsoku żółdkowego łączono próbę powyższą z próbą histaminową. Opierając się na swych badaniach, autor wnioskuje, że próba z czerwinią obojętną, podaną dożylnie, jest łatwa i pozbawiona niebezpieczeństwa. Wydzielanie czerwieni obojętnej jest ściśle połączone z wydzielaniem kwasu solnego. Przy bezsoku żółdkowym czerwień obojętna nie wydziela się nawet po podaniu histaminy. Szybkość wydzielania się czerwieni obojętnej zależy od ilości wolnego kwasu solnego w chwili rozpoczęcia badania. W przypadkach nadkwaśności (*Ulcus duodeni*) czerwień obojętna zaczyna się wydzielać po 1 — 5 minut, w przypadkach niedokwaśności czas wydzielania wydłuża się do 5 — 7 minut. Autor uważa, że chromoskopia żółdkowa z czerwinią obojętną jest pożytecznym badaniem pomocniczym, które wespół z innymi próbami daje obraz stanu czynnościowego żółdka. H. Z e l d o w i c z.

VOLHARD. **O rozpoznawaniu metodą osłuchową jam patologicznych w wierzchołkach płuc.** (Münch. med. Wschr. 1932, Nr. 39).

Autor przypomina, że najwcześniejszym objawem osłuchowym, będącym wyrazem istnienia jamy patologicznej w wierzchołku płucnym, są średnio- i grubobańkowe rzęzenia. Wskutek szczególnych warunków anatomicznych w wierzchołkach szmery te nie mogą być spowodowane przez nieżyty oskrzeli, lecz jedynie przez rozpadającą się tkankę płucną. Objaw ten może wystąpić jeszcze, zanim jama stanie się uchwytana dla badania radiologicznego. H. S z p i d b a u m.

Choroby płuc.

E. HAINZ. **O nowotworach płuc.** (Klin. Wschr. Nr. 10, marzec 1934.)

Autor opracował materiał kliniczny i sekcyjny, dotyczący nowotworów płuc, spostrzeganych w I klinice uniwersyteckiej w Budapeszcie w ciągu ostatnich 10 lat. Fakt częstego występowania guzów płuc w ostatnich czasach został i na tym materiale potwierdzony. Nie stoi to w związku z udoskonaleniem metod rozpoznawczych, gdyż zjawisko to stwierdza się i na materiale sekcyjnym. Ogromną większość guzów stanowi rak płuca, tylko w 1 przypadku stwierdzono pierwotny mięsak chłonny (*lymphosarcoma*), a w 4 przerzuty mięsaka (na 64 spostrzeżenia). Analiza wywiadów nie przyczynia się do wyjaśnienia etiologii guzów. Różne w tym względzie wypowiedziane przypuszczenia (epidemie grypy, kurz, para benzyne w wielkich miastach, gruźlica, nadużycie nikotyny) nie ostoja się przed bliższą krytyką. Płeć męska (74,5% przypadków) wykazuje wybitne usposobienie do zachorowania. Przeciętny wiek zachorowania wynosi 56 lat. Nowotwory płuc powodują występowanie licznych objawów (krwioplucie, bóle klatki piersiowej, osłabienie, chudnięcie, kaszel, odpluwanie, podwyższona ciepłota), z których żaden wszakże nie jest ani stały, ani znamieny dla tego cierpienia. Objawy fizyczne również nie są charakterystyczne. Zazwyczaj stwierdza się stłuszczenie, osłabienie szmerów oddechowych, osłabienie drżenia głosowego. Zdaniem autora, znamienne jest zjawienie się zwężenia oskrzeli

(*bronchostenosis*), którego klinicznym wyrazem jest wzmagaająca się niedodma (*atelectasis*) odpowiedniego płata, wysoko ustawiona przepona, która wykazuje zmniejszoną ruchomość. W 1/3 przypadków obok guzów występuje wysięk opłucny o charakterze przeważnie krwawym. Charakterystyczne jest szybkie ponowne pojawianie się płynu po nakłuciu. Badanie chemiczne wysięku dostarcza ważnych danych rozpoznawczych. F r i e s z i M o h o s wykazali, że w przypadku guza płyn wysiękowy zawiera znacznie więcej kw. mlekowego i tyleż cukru, co we krwi (wysięki zapalne zawierają mniej cukru, niż we krwi). W połowie przypadków występują leukocytoza we krwi (niekiedy do 20.000). Rokowanie jest złe. Chory giną przeciętnie po 7½ miesiącach od wystąpienia pierwszych objawów guza. Leczenie jest dotychczas beznadziejne. Naświetlanie promieniami X sprowadza niekiedy pogorszenie wskutek rozpadu guza. Wczesne rozpoznanie (małe, umiejscowione guzy) mogłoby polepszyć rokowanie.

H. S z p i d b a u m.

H. J. TESCHENDORF. **Rozpoznanie i leczenie guzów płuc.** (Münch. Mediz. Wschr. Nr. 9, marzec, 1934).

Etiologia nowotworów nie jest dotychczas wyjaśniona; poważną rolę odgrywają prawdopodobnie czynniki drażniące, zwłaszcza natury chemicznej, jak emanacja radu i arsen (raki u mieszkańców Schneebergu i Joachimstalu). Zpśród pierwotnych nowotworów płuca można wyróżnić 2 postacie: rak węzkowy, szerzący się drogami chłonnymi (*lymphangitis carcinomatosa*), i rak płatowy, występujący jako odosobniony guzek wewnątrzplatowy lub też obejmujący cały płat. Objawy podmiotowe i przedmiotowe nie są charakterystyczne. Podejrzenie w kierunku raka budzić winno wystąpienie znacznej duszności, kaszlu, krwioplucia i krwawego wysięku. Opadanie krwinek jest przyspieszone. Największe znaczenie rozpoznawcze ma badanie radiologiczne. W przypadku raka, wychodzącego z jednej z większych gałęzi oskrzeli, stwierdzamy intensywny cień węzkowy o nieprawidłowych zarysach, od którego odchodzą w kierunku do pól płucnych „palczaste” cienie, jako wyraz rakowatego nacieczenia dróg chłonnych. W rozpoznaniu różniczkowym należy wziąć pod uwagę powiększenie gruczołów węzkowych innego pochodzenia (ziarnica złośliwa, białaczka, gruźlica). Obrzmienia gruczołów pochodzenia białaczkowego i w chorobie H o d g k i n a dają mniej intensywne, okrągłe, łukowate cienie. Obustronność sprawy wyłącza sprawę złośliwą. L e n k poleca djagnostyczne naświetlania — *lymphosarcoma* cofa się bardzo szybko. Należy również myśleć o tętniaku aorty (objawy kliniczne) i o *struma substernalis* (obejmujące zazwyczaj i pola szczytowe płuc). Najczęstszymi powikłaniami raka płuc są wysięki opłucnowe o charakterze często krwawym i zwężenie oskrzeli (*bronchostenosis*). Skutkiem zwężenia oskrzeli jest niedodma odpowiedniego płata płucnego, powodująca zamglenie lub zacinienie danego płata, które trudno odróżnić od nacieczenia zapalnego. Ważnym momentem różniczkowym są objawy ruchowe śródpiersia i przepony. W zwężeniu oskrzeli przepona zajętej strony jest wysoko ustawiona, a przestrzenie międzybrowe są zwężone. Przy wdechu śródpiersie poddaje się działaniu ssącemu ujemnego ciśnienia klatki piersiowej — stąd przesunięcie śródpiersia ku stronie chorej w czasie wdechu. Leczenie chirurgiczne tylko rzadko wchodzi w rachubę, gdyż bardzo wcześnie występują przerzuty w obrębie płuca. Raki płuc do niedawna uważane były za odporne na leczenie promieniami R o e n t g e n a. Jednakże ostatnio osiągnięto pomyślne wyniki przy zastosowaniu specjalnej techniki (H e r r n h e i s e r).

H. S z p i d b a u m.

Choroby serca i naczyń.

E. MELIK-GIUL NAZURJAN. **O napięciu mięśnia sercowego i trzecim tonie serca.** (Klin. Med. t. X. Nr. 17-18).

Istnienie napięcia rozkurczowego mięśnia sercowego w normalnym jego stanie usprawiedliwiają spostrzeżenia kliniczne i doświadczalne. Konieczne jest odróżnianie „skurczowego napięcia” serca od jego „napięcia rozkurczowego”. Pod pierwszym pojęciem rozumieć należy stopień zdolności do kurczenia się mięśnia sercowego (siłę skurczową), pod drugim — zdolność do rozkurczowego jego zwiotczenia (siłę rozkurczową). Skurczowe i rozkurczowe napięcie mięśnia sercowego podlegają dużym wahaniom ku stronie jednoczesnego obniżenia się, jednoczesnego wzmocnienia się i obniżenia jednego przy jednoczesnym wzmocnieniu się drugiego. Na napięcie mięśnia sercowego wywiera istotny wpływ roślinny układ nerwowy, pozostający w zależności od stosunków jonowo-hormonalnych we krwi i tkankach. Nerwy błędne wywierają działanie osłabiające napięcie rozkurczowe mięśnia sercowego, natomiast nerwy przyspieszające — działanie, wzmagające to napięcie. Osłabienie napięcia mięśnia sercowego zależy może również od patologicznie zmienionych mięśni komór serca (jednoczesne osłabienie napięcia „skurczowego” i „rozkurczowego”). Umiarkowany stopień podrażnienia nerwów błędnych, wywołując niezbyt wybitną bradykardję (65 — 50 skurczów na minutę i mniej), wzmacnia skurcze serca (przeważnie komór) przy umiarkowanym rozszerzeniu jam serca (wzmocnienie „skurczowego” i obniżenie „rozkurczowego” napięcia serca). Podrażnienia nerwów błędnych silnego stopnia powoduje wybitną bradykardję z nadmiernie długimi rozkurczami i nieodpowiadającymi im niepełnymi skurczami (wybitne osłabienie „skurczowego” i umiarkowane osłabienie „rozkurczowego” napięcia serca), w wyniku czego serce znacznie się rozszerza (zwłaszcza wybitnie przy rozciętym worku osierdziowym), zaś trzeci ton serca ulega osłabieniu i znika. Umiarkowane stopnie tachykardji, przebiegające z pewnym wzmocnieniem napięcia mięśnia sercowego (jednocześnie „skurczowego” i „rozkurczowego”) nie odbijają się istotnie na pracy serca pod względem wypełnienia jego jam. Przy tachykardji znacniejszego stopnia cierpi wybitnie faza rozkurczowa czynności serca, która wskutek znacznego wzmocnienia napięcia mięśnia sercowego nie odbywa się w pełnym stopniu, wobec czego wymiary serca zmniejszają się, tętno w naczyniach obwodowych słabnie, i w ten sposób cierpi zaopatrzenie w krew ustroju (wybitne zwiększenie „skurczowego” i „rozkurczowego” napięcia serca). Przeciwny sobie wpływ obu układów roślinnego narządu nerwowego — nerwów błędnych i przyspieszających — jest istotnie niezbędnym dla uregulowania czynności układu naczyniowego. Czynny charakter rozkurczu komór potwierdzają doświadczalne dane autora, przyczem pod wpływem podrażnienia nerwów błędnych wzmagają się one, zaś nerwów przyspieszających — ulega osłabieniu. Zwiotczenie mięśni komór serca w czasie ich rozkurczu odbywa się szybko i w możliwie zupełnym stopniu na początku jego (*protodiastole*); w późniejszym czasie (*mesodiastole* i *telediastole*) spostrzega się powolne rozciąganie tkanek komór i to w tym silniejszym stopniu im dłużej trwa rozkurcz. W zależności od tego i szybkość i znaczny stopień rozkurczowego wypełnienia komór przypada na *protodiastole*, zmniejszając się w znacznym stopniu w czasie *mesodiastole* i *telediastole*. Objawem klinicznym rozkurczowego osłabienia napięcia mięśnia komór serca jest zjawienie się w okolicy jego wierzchołka tonu protodiastolicznego i towarzyszącego mu dodatkowego uderzenia. To ostatnie w słabo wyrażonych przypadkach hipotencji rozkurczowej mięśnia sercowego może być nieuchwytnie dla oka i obmacującej ręki. Protodiastoliczny ton serca i towarzyszące mu uderzenie występują przy silnym obniżeniu się „napięcia rozkurczowego” komór tem wybitniej, im

silniej jest jednocześnie wyrażone ich „napięcie skurczowe” (t. j. im silniejszy jest skurcz); naodwrot, wspomniany ton i uderzenie stają się tem słabsze, im bardziej zmniejsza się podana różnica pomiędzy obu napięciami serca, t. j. przy osłabieniu „skurczowego” i wzmocnieniu „rozkurczowego” napięcia serca. Prognostyczne znaczenie tonu protodiastolicznego (t. j. trzeciego tonu) jest rozmaite i pozostaje w zależności od powstawania jego w normalnym lub patologicznie zmienionym sercu. W pierwszym przypadku rokowanie jest pomyślne (obniżenie „napięcia rozkurczowego” mięśnia sercowego przy jego normalnym lub wzmocnionym „napięciu skurczowym”); w drugim zaś zależy od tego czy innego stopnia zmian mięśnia sercowego, co można określić jedynie na podstawie całokształtu objawów klinicznych, wskazujących na osłabienie mięśnia sercowego (jednoczesne obniżenie się „rozkurczowego” i „skurczowego” napięcia serca).

Henryk J. Landau.

E. GÉRAUDEL, P. M. LAIGNEL-LAVASTINE i Y. BOQUIER. **Długie przerwy komorowe w przebiegu Adams - Stokesa.** (Arch. des Mal. du Coeur Nr. 1 1933).

Obserwacja przypadków zespołu Adams - Stokesa, którego opis podają autorzy, potwierdza fakt, że zespół ten nie powstaje wskutek anatomicznego przerywania pęczka Hisa. Jedynymi zmianami wykrytymi na sekcji, były zapalenie ściany tętniczej, umiejscowione w lewej tętnicy wieńcowej i w jej gałęzi, odżywiającej przegrodę, szczególnie zaś pęczek. Elektrokardjogramy były elektrokardjogramami zupełnego rozkojarzenia przedsionkowo-komorowego. Są one dwóch typów: w jednym stosunek niezgodności jest zbliżony do 2 : 1, tak że czynność komór była stosunkowo wolna; w drugim stosunek niezgodności zbliżał się do 1 : 1, tak że komory były szybciej, prawie w rytmie przedsionków. Ta sama krzywa dawała chwilami jeden, chwilami drugi typ. Chory ten więc stanowił nowy przykład ścisłego związku, istniejącego pomiędzy elektrokardjogramami t. zw. bloku (przybliżona niezgodność 2 : 1) a elektrokardjogramami „z nakładaniem się” (przybliżona niezgodność 1 : 1). Przypadek ten przemawia na korzyść hipotezy jednego z autorów (Géranda) co do patogenetycznej rozkojarzenia przedsionkowo-komorowego, które należy zawsze przypisywać uszkodzeniom mięśnia sercowego powyżej pęczka Hisa, wyrażającym się w podwójnym kierownictwie przedsionkowym i komorowym, a nie zmianom w pęczku Hisa, który źle przewodzi lub zatrzymuje bodźce, idące z górnych do dolnych pięter serca. Elektrokardjogramy tego chorego zasługują na uwagę ze względu na niestabilność rytmu przedsionkowego i komorowego i na odpowiednią zmienność atrigramów i wentrikulogramów. Ostatnie elektrokardjogramy, w których niezgodność była typu 1 : 1, wykazują oprócz tego bardzo długie przerwy komorowe, analogiczne do wywołanych u zwierząt przez Erlanger i Hirschfeldera. W czasie tych przerw stwierdzano, że wentrikulogramom nie towarzyszyła odpowiednia fala ciśnienia.

Henryk J. Landau.

Choroby kości i stawów.

A. VOGL. **W sprawie związku pomiędzy hydrops articularum intermitens a czynnością jajników.** (Wien. kl. Woch. Nr. 41 1932).

Podłoże cierpienia stanowi istnienie pewnej mniejszej wartościowości stawów. Dochodzi do tego czynnik naczyniowo-nerwowy. Fakt, że występowanie schorzenia zbiega się z miesiączkowaniem, nie stanowi zupełnie dowodu etiologii wewnątrzwydzielniczej. Podczas miesiączkowania istnieje tylko wzmocnienie pobudliwości naczyniowej i przez analogję do zwiększonej przepuszczalności opon mózgowych (Helfferich), można myśleć o zwiększonej przepuszczalności

blony maziowej. Występowanie przestankowego obrzęku stawów (*hydrops articulorum intermittens*) u pewnych pacjentów podczas miesiączki można do pewnego stopnia rozpatrywać jako następstwo zbiegania się *locus z tempus minoris resistentiae*. Lecz czasami wystarcza moment konstytucyjny bez czynnika miesięczkowego. Dlatego też wszelkie próby leczenia preparatami gruczołów płciowych są zbędne, jak zresztą należy sobie uprzytomnić, że wszelkie metody lecznicze w tej chorobie uważać trzeba za zamaskowaną psychoterapię.

A. Neumann (Baden-Wien).

O. STRACKER. **Po czym poznać niepomysłne rokowanie w skrzywieniach bocznych kręgosłupa?** (Wien. kl. Woch. Nr. 51 1932).

Cały szereg czynników i ich kombinacje rozstrzygają o złośliwości procesu. Przedewszystkiem konstytucja: dziewczynki o miękkiej białej skórze i gąbczastej podściółce tłuszczowej, rodzaj typu limfatycznego, są szczególnie zagrożone; dalej słabowite i szczupłe dzieci. Dziedziczność odgrywa pewną rolę, również wiek pacjentów. Szczególnie zagrożone są cztery okresy życia: okres niemowlęctwa, drugi rok uczęszczania do szkoły, okres dojrzewania płciowego i okres porównawczych zmian kości w wieku 60 — 70 lat. Skrzywienie boczne kręgosłupa daje tem niepomysłniejsze rokowanie, im szybciej ono postępuje i im wyżej jest ono umiejscowione. Wreszcie rokowanie zależy od przyczyny. Jako dające pomyślne rokowanie określić można czysto statyczne skrzywienia boczne kręgosłupa. Niebezpieczne są te postaci, które powstają w następstwie porażen, lub których przyczyna tkwi w samym kręgosłupie, a więc na tle krzywiczem, w razie istnienia klinowych kręgów i częściowych ubytków kręgów.

A. Neumann (Baden — Wien.).

SLOT i DEVILLE. **Leczenie schorzeń gośćcowych preparatami złota.** (The Lancet, Nr. 2. Rok 1934).

Autorzy stosowali preparat złotowy Solganol — A do zastrzykiwań dożylnych, B — do domięśniowych oraz Solganol B oleosum — również do zastrzykiwań domięśniowych. Ostatni preparat jest najnowszy; zawiesina tłuszczowa ma być lepiej znoszona przez organizm. Mechanizm działania złota nie jest dokładnie znany; prawdopodobnie działa jako *stimulans*, uruchamiając siły obronne organizmu przez wpływ, jaki wywiera na układ siateczkowo-śródbłonkowy w sensie wzmocnienia jego zdolności fagocytowych. Po wstrzyknięciu środków, blokujących układ siateczkowo-śródbłonkowy, lub po wycięciu śledziona działanie złota jest słabsze. Przy stosowaniu złota należy obserwować zachowanie się skóry, nerek i przewodu pokarmowego; w razie białkomoczu, krwimoczu, biegunki lub osutek skórnych należy zmniejszyć dawkę lub przedłużyć przerwy pomiędzy zastrzykowaniami. Autorzy stosowali złoto w 2 grupach schorzeń: 1) w gościecu stawowym ostrym i podostrym i w 2) w grupie t. zw. reumatoidów (zdaniem Anglików i Amerykan wywołanych przez *streptococcus viridans*, zdaniem Loewensteina — przez las. Kocha, a właściwie przez t. zw. *ultravirus* gruźliczy). Dawkowanie należy indywidualizować. W pierwszej grupie schorzeń nie było dodatnich wyników, w drugiej — wynik był znacznie lepszy, niż przy stosowaniu innych metod leczenia.

Jerzy Fajlewicz (Łódź).

Choroby nerwowe i psychiczne.

F. H. LEWY. **Ból głowy wzrostowy jako skutek meningitidis serosae adhaesivae circumscriptae.** (Zeitschrift für klinische Medizin. T. 116. str. 36—78. 1931).

1) Istnieje obraz kliniczny, mało znany ogółowi lekarzy, obraz, rozwijający się niepostrzeżenie po ciężkich zakażeniach ogólnych lub miejscowych, zwłaszcza po grypie, durze brzusz-

nym, tyfusie plamistym i t. d., po zachorzeniu ucha lub zatok jamy nosowej. 2) Większość tych chorych uważa się za neurasteników lub za dotkniętych chorobą Menière'a (ból głowy, zawroty, nudności), póki się nie stwierdzą przedmiotowych objawów neurologicznych. 3) Następujące objawy charakteryzują ten nierzadki obraz kliniczny: a) objawy ogniskowe ze strony zrazów czołowych lub mózdzku, b) nieobecność objawów ogólnie uciskowych mózgu, a nawet obecność niskiego ciśnienia diastolicznego w *arteria centralis retinae* jako wyraz spastycznych przejawów w tętnicach podstawy mózgu (badanie oftalmodynamiczne Baillarta), c) zmniejszenie zawartości białka w płynie mózgowodzeniowym, d) swoisty objaw przedsionkowy w postaci jednostronnego wzmocnienia napięcia mięśni gałek ocznych przy próbie kalorycznej ucha, e) objawy encefalograficzne w postaci miejscowych zbiorników nadkorowych powietrza, wzrostów ependymy, wodogłowia i t. p. 4) Anatomo-patologicznie i genetycznie należy uważać jako przyczynę choroby zapalenie ograniczone opon — *arachnitis serosa adhaesiva circumscripta* — mimo iż w przebiegu klinicznym i w wywiadach zapalenie, jako takie, się nie przejawiało. 5) W wielu przypadkach terapeutyczna odma czaszkowa za pomocą 60 — 80 ccm. powietrza usuwała nieraz przykry zespół objawów i przywracała na czas dłuższy zdolność do pracy. 6) Stale wyleczenie następuje po radykalnym usunięciu ogniska pierwotnego w uchu lub zatokach jamy nosowej. 7) Umiejętnie wykonana encefalografia nie jest wprawdzie zabiegiem ciężkim, ale bez wyraźnych wskazań nie winna być stosowana. (O podobnych sprawach pochodzenia urazowego referował w r. 1931 na Neurolog. Zjeździe Międzynarod. w Bernie prof. Hauptmann z Halle).

H. Higier.

HAUPTMANN A. **Unaooczenie skarg powstrząsowych mózgu na drodze encefalografii.** (Archiv für Psychiatrie und Neurokrankheiten. T. 96. Z. 1. 84—94. 1932).

Odczyt, wygłoszony na Zjeździe Międzynarodowym Neurologów. Encefalogram jest wielkiej wagi przy orzecznictwie urazów czaszki, gdy brak wyraźnych obrażeń kości i objawów neurologicznych, a są liczne skargi chorego. Przy dobrej technice dokonania odmy czaszki i przy posiadaniu sztuki rentgenizowania czaszki otrzymuje się rentgenogramy, na świeżo, a nieraz i po latach pouczające lekarza o zaburzeniach w krążeniu płynu mózgowodzeniowego, o przerwach w kanalizacji mózgu, o zrostach zlepnym w *foramina* Magendii, Luschka, Monro i t. d. Mimo to sam radiogram nie zawsze wystarcza, gdzie góruje symulacja, przesada, pęd za rentą, nastawienie hipochondryczne i pieniacze. (Pożądana byłaby porównawcza encefalografia pourazowa zarówno przy braku objawów obiektywnych i subiektywnych, jak przy obfitości tychże. Ref.).

H. Higier.

SUCKOW Hans. **Kapillarmikroskopia w psychiatrii.** Zentralblatt für die gesamte Neurologie und Psychiatrie. T. 61. str. 417—473. 1932).

Swoistość materji w nagłówku wymienionej — powiada autor — ma to do siebie, że nie we wszystkie zakamarki kwestji łatwo wkraczać można, że nie wszystkie szczegóły „kapillarmikroskopji a psychiatrii” nawet w krytycznym streszczeniu zbiorowem uwzględnione być mogą. A piśmiennictwo jest bardzo rozległe, sądząc z bibliografji, monografij, obejmującej 240 prac. Jedno wynika jako resumé, że do dalszego oświetlenia licznych pytań jeszcze dziś potrzeba pracy, że wnioski z kapillarmikroskopji właśnie w psychiatrii z ostrożnością i wielką rozważą jedynie obok innych środków diagnostycznych kliniki interpretowane być winny. Ostrzec w każdym razie należy przed przecenianiem metody samej. Ocena obrazu kapillarmakroskopji znacznie większej wymaga obiektywności.

H. Higier.

L. Mc. GOOGAN. **Toksyczne psychozy ciążowe.** (Amer. J. Obst. au Gynec. Nr. 6/1933).

Autor podaje opis szczegółowy ośmiu i pobiczny 22 przypadków psychoz toksycznych, które wystąpiły podczas ciąży i porodu, ze szczególnym podkreśleniem czynników etjologicznych. Dziedziczne obciążenie psychiczne, osobnicze usposobienie i dawniejsza lub obecna skłonność do chorób wewnętrznych lub ginekologicznych odgrywają w powstawaniu tych psychoz najważniejszą rolę. Nie posiadamy wiarogodnych statystyk co do częstości zaburzeń psychicznych w ciąży. Należy zwracać więcej uwagi na potrzeby umysłowe wszystkich kobiet, będących w ciąży. Położnik powinien się zapoznać z czynnikami, stwarzającymi podłoże do psychoz, i umieć wcześniej rozpoznawać objawy ich celem zastosowania leczenia zapobiegawczego. H. L.

SCHALTENBRAND Georg. **Samoistne przedostanie się powietrza do komór mózgowych przy nakłuciu podpotylicznym w pozycji siedzącej.** (Medizinische Klinik Nr. 18, 1932).

Przy nierzadko w celach dajagnostycznych dokonywanem nakłuciu podpotylicznym rdzenia w pozycji siedzącej stwierdza się ciśnienie ujemne płynu w zbiorniku (*cisterna cerebello-medullaris*), przez co ze świstem przedostaje się doń powietrze zzewnątrz, szerząc się po przestrzeni podtwardówkowej i po komorach. Wystarcza to zupełnie do encefalografii. W pozycji leżącej zjawisko to niema miejsca. (Już przed 2 lata zauważyli to przypadkowo na rentgenogramie mózgu Gomez i Diaz. Ref.). H. Higier.

MANN Wilhelm. **Półpasiec i jego stosunek do narządów wewnętrznych.** (Zeitschrift für klinische Medizin. T. 118. 630—642. 1932).

Na własnym materiale i na danych z piśmiennictwa (zwłaszcza wyczerpujące są prace Hessa i Falticka. Ref.) Mann dochodzi do wniosku, że *herpes zoster* stanowi poniekąd wynik zapalenia włókien sympatycznych w rdzeniu lub na obwodzie. Tu i owądzie stan zapalny przechodzi na włókna ruchowe i czuciowe, dając porażenie i znieczulenie. Jest półpasiec objawowy, towarzyszący zachorzeniu narządów wewnętrznych (Referent widział to w kamicy nerkowej) i, odwrotnie, półpasiec pierwotny, prowadzący za sobą organopatję narządową, w tymże odcinku położoną. (Dokładne badanie odkrywa zwłaszcza w *herpes abdominalis*, pas znieczulenia i miejscową arefleksję. Ref.). Mann dyskutuje obszernie hipotezę Higiera: Der Schmerz als sympathische Erscheinung, wypowiedzianą w r. 1925 w zastosowaniu do nerwobólów i półpaśców. H. Higier.

BREMER Friedrich Wilhelm. **Obraz kliniczny i leczenie choroby Heine-Medina u dorosłych.** (Deutsches Archiv für klinische Medizin. T. 173, 58-67 1932).

Poliomyelitis acuta, cierpienie epidemiczne wieku dziecięcego, przebiega w większości przypadków odmiennie u dorosłych. Okres przedporażenny jest dłuższy, trwa nieraz tygodnie, rozwija się stopniowo, objawy oponowe dominują, postaci poronne są częste, surowica — zwłaszcza francuska Pettitta — działa zadawalająco jeszcze w okresie pora-

żennym. Uderza obfity materiał (14 przypadków u dorosłych) odnośny za ostatnie kilka lat kliniki monachijskiej. Referent).

H. Higier.

SCHACHERL Max. **Leczenie swędzenia nerwowego i parestezji różnego pochodzenia.** (Die Aerztliche Praxis VI. 340-341 1932).

Przedewszystkiem należy opróżnić energicznie przewód pokarmowy za pomocą kalomelu z jalapą lub z rumiankiem i dezynfekować go, dając przez 10 dni *Theobrominum natriosulicylicum* 1,0 lub *Resorcinum* 0,5 *pro die*. Dobrze działa stosowana przez czas dłuższy akonityna, którą zmniejszyć lub odstawić wypada, gdy występują objawy toksyczne w postaci drapania w gardle lub drętwienia palców i twarzy. Nadają się jedynie niepsujący się i pełnowartościowy preparat francuski Clina i niemiecki Disperit. Dawka jest mocno indywidualna, waha się między 1/2 a 2 1/2 miligramu *pro die*. Swędzenie przewlekłe basedowiczek, kobiet miesiączkujących, ciężarnych i przekwitających zwalczać można preparatami jajnikowymi lub jądrowymi, energicznie przez miesiąc i dłużej wprowadzanymi (2 ampulki i 6 tabletek dziennie), unikając wielogruczołowych, jak testan i testagan. (Co do akonityny, to najstosowniej ją wprowadzać w dawkach stopniowo wzrastających, zatrzymać się na maksymalnej dawce tydzień i zniżyć w odwrotnym kierunku. Tego prawidła się trzymam od wielu lat w nerwobólach, leczonych przemennie azotanem akonityny Mercka. Ref.). H. Higier.

LIST Carl Felix. **Leczenie operacyjne guzów kęła mółowo-mółdkowego (Neurinoma acustici) i wyniki tegoł.** (Archiv für klinische Chirurgie T. 171, 282-325 1932).

Zestawienie 235 dobrze zilustrowanych zabiegów operacyjnych, dokonanych w klinice bostońskiej Cushinga na 176 chorych ze sprawdzonym bioptycznie guzem n. słuchowego (chorobą, jak wiadomo, bardzo częstą). Śmiertelność podczas i tuł po operacji wynosiła przeciętnie za szereg lat 11%, przyczem — co zasługuje na szczególną uwagę — w pierwszych 50 przypadkach wynosiła 18%, w ostatnich 33 spadła do 3%. (Rezultat znakomity, jeśli go porównać z wynikami głównej kliniki wiedeńskiej Eiselsberga i wielu szpitali warszawskich, gdzie śmiertelność pooperacyjna znacznie przewyłsza 50%. Ref.). Autor przypisuje wielki postęp temu przedewszystkiem, że operacji dokonywa neurochirurg pur sang, z odpowiednio wyszkolonym personelem, i że kontyngent chorych zgłasza się wcześniej, w każdym razie rzadko w okresie późnym z ślepotą i porażeniem opuszków. Z szczegółów operacyjnych warto wzmiankować: rezekcję powierzchownych warstw przyległej półkuli mółdkowej, usunięcie tej kałoty dla lepszego uwydatnienia guza kałowego, obnażenie w razie potrzeby obu półkul mółdku, wyluszczenie radykalne wewnątrztorbielowe z usunięciem możliwie łożyska. Wprawdzie udaje się to tylko przy małych torbielowato zwyrodniałych guzach i często kosztem porażenia pobliskiego n. twarzowego. Nóż elektryczny, aparat - wysącz krwi i t. zw. Silberclips obowiązują przy zabiegu. Po operacji dłuższy spokój absolutny i częste nakłucia łęłżwiowe celem usunięcia drałżniącego płynu krwawego. Ze 125 pacjentów z dokładną kałamnezą 47 odzyskało zdolność do pracy, 39 zwolniło się od objawów chorobowych, 39 pozostało inwalidami. 91 żyjących ma za sobą już 4,8 lat, 39 zmarłych żyło po operacji 3,1 lat, 17 doczekało się po 2,2 latach powtórnej operacji nawrotu guza. H. Higier.

Streszczenia pojedyncze.

Fizjologia normalna i patologiczna.

ROSSITER. **Rytmiczne skurcze mięśniówki tętnic a EKG.** (The Lancet Nr. 8, 1934).

W organizmie ludzkim mięśniówka tętnic kurczy się rytmicznie. Powstają przytem prądy czynnościowe, które więc powinny mieć swój odpowiednik w elektrokardjogramie. Zdaniem autora, właśnie uchyłek T zależy od czynności tętnic, a nie serca. Rytmiczne skurcze mięśniówki tętnic mają posiadać zadanie pomocnicze w krążeniu obwodowym, kiedy serce znajduje się w stadium dżastoli. Istnienie tych rytmicznych skurczów jest przez wielu autorów kwestjonowane.

Jerzy Fajwlewiec z (Łódź).

BARCLAY. **Mechanizm przesuwania pokarmu w przewodzie pokarmowym.** (The Lancet. Nr. 1. R. 1934).

Może być badany tylko radioskopowo. Normalne przesuwanie pokarmu jest uwarunkowane swobodną ruchomością trzew w jamie brzusznej. W górnej części przewodu pokarmowego perystaltyka stanowi tylko urządzenie rezerwowe; zwykle działają tu inne czynniki, wśród których duże znaczenie posiada fakt powstawania ciśnienia ujemnego w odcinku, dokąd pokarm ma przejść — analogja do aktu polykania. W dolnym odcinku przewodu pokarmowego perystaltyka nie jest rytmiczna, powstaje tu w miarę potrzeby.

Jerzy Fajwlewiec z (Łódź).

JUŻELEWSKIJ i A. ZAJCEWA. **O zależności między ciśnieniem tętniczym a wśrodczaszkowym i o wpływie na nie rozmaitych środków farmakodynamicznych.** (Sow. Ne-wrop., Psichj. i Psichog. t. I, z. 12).

Jak wynika ze spostrzeżeń i doświadczeń autorów (po-
wyżej 100), można z całkowitą pewnością stwierdzić, że niema
żadnej zależności pomiędzy ciśnieniem tętniczym (na kończy-
nie) a ciśnieniem płynu mózgowordzeniowego. Niektóre środki
farmakodynamiczne mogą zmienić ciśnienie płynu mózgowo-
rdzeniowego. Większość tych środków, uważanych za bardziej
lub mniej czynne w stosunku do rozmaitych części roślinnego
układu nerwowego, w szczególności do ciśnienia krwi, pozostaje
bezczynna w stosunku do tych procesów dynamicznych,
które się odbywają po drugiej stronie bariery krwio-mózgowej.
W szczególności urotropina, docierająca do przestrzeni pod-
pajęczynówkowej już w kilka minut po wprowadzeniu jej do
krwiobiegu może nieco zmienić ciśnienie płynu mózgowo-
rdzeniowego w kierunku jego obniżenia. Jedynie dwa środki
z liczby tych, których autorzy używali do doświadczeń, wpły-
wają wybitnie i w sposób zdecydowany na ciśnienie płynu
mózgowordzeniowego, przyczem jeden z nich podnosi je —
jest to azotyn amylowy, drugi obniża — hipertoniczny 10%
roztwór soli kuchennej. Co do mechanizmu ich działania można
powiedzieć na podstawie doświadczeń autorów, co następuje.
Azotyn amylowy podnosi ciśnienie płynu mózgowordzeniowe-
go pośrednio dzięki rozszerzeniu naczyń mózgu. Obniżenie
ciśnienia płynu mózgowordzeniowego przy wśrodczylnem wpro-
wadzeniu roztworu hipertonicznego odbywa się, prawdopo-
dobnie, dzięki wzmożonemu odpływowi jego z przestrzeni pod-
pajęczynówkowej. Spostrzeżenia autorów posiadają jeszcze
znaczenie pod tym względem, że oczywiście nie można całko-
wicie przenosić doświadczeń na zwierzętach do
kliniki zarówno co do jego strony faktycznej, jak i co do
objaśnienia mechanizmu tego lub innego zjawiska. Niewolno
zapominać o tem, że spostrzeżenia na zwierzętach przeprowa-
dzała większość autorów w surowych warunkach doświadcze-
nia. Nie negując określonych zalet doświadczeń na zwierzętach

z fizjologicznego punktu widzenia, autorzy pragnęli tylko wy-
kazać, że rola ich znacznie się zwęża przy przeniesieniu do kli-
niki. H. L.

A. A. KROJCZYK i A. J. LIEBIEDZIEW. **O wahanach zdolności reakcyjnej skóry u kobiet w zależności od cyklu jajnikowo-miesiączkowego.** (Sow. Wies. Wen. i Derm. Nr. 8 1932).

Odczyn farmakodynamiczny G r o c e r a - H e c h t a przedstawia cenną metodę biologiczną, jeżeli rozchodzi się o poznanie własności reakcyjnych skóry wogóle, zaś skóry kobiet w szczególności. W okresie miesiączkowania odczyn pobudzenia gromadzenia się chłonki w większości przypadków znacznie przeważa nad odczynem naczynio - zwężającym. Odczyn pobudzania gromadzenia się chłonki (morfিনowy) narasta od okresu międzymiesiączkowego do miesiączkowego, odczyn naczynio-zwężający (adrenalinowy) w tym czasie słabnie. Silne wahania zdolności reakcyjnej skóry u kobiety w zależności od cyklu jajnikowego powinny być brane w rachubę w le-
czeniu. J. L.

Lecznictwo.

L. TIXIER i S. de Séze. **Wpływ insuliny na postępującą miażdżycę tętnic mózgowych u starców.** (Monde méd. Nr. 837/1933).

Chorym z postępującą miażdżycą tętnic mózgowych za-
strzykiwali autorzy 10 jednostek insuliny bezpośrednio przed
śniadaniem, przyczem wstrzyknięcie poprzedzało wypicie porcji
mleka z 5 — 6 kawałkami cukru. Kurację taką prowadzono
przez 30 dni, poczem robiono miesięczną przerwę, znowu roz-
poczynano kurację i t. d., albo też po serii 20 codziennych
zastrzyków robiono dziesięciodniową przerwę. Jeżeli cho-
dzi o zaburzenia porażenne, istniejące przed rozpoczęciem le-
czenia, to autorzy odnieśli wrażenie, że cofanie się tych za-
burzeń u starców, u których rozpoczynano leczenie insuli-
ną bezpośrednio po udarze apoplektycznym, występowało
częściej i było bardziej zupełne, niż u osobników, u których
przebieg poporazenny był pozostawiony samemu sobie. Bar-
dzo wyraźny był wpływ wstrzykiwań insuliny na zaburzenia
odżywcze (troficzne) i ze strony zwieraczy u osobników, do-
tkniętych postępującymi zmianami zakrzepowemi tętnic móz-
gowych. O wiele rzadziej występowały odleżyny; jeżeli istnia-
ły one przed rozpoczęciem leczenia, szybciej ulegały zablży-
nieniu. Zaburzenia ze strony zwieraczy ulegały pod wpły-
wem wstrzykiwań insuliny trwałej poprawie, a czynność pę-
cherza po dziesięciu, dwudziestu, trzydziestu wstrzykiwaniach
stawała się normalna. Wpływ stałych wstrzykiwań insuliny
na stan ogólny chorych jest wybitny: waga się podnosi z ty-
godnia na tydzień, oczy nabierają żywości, cera — kolorów,
twarz — pełna wyrazu. Trudno jest ocenić wpływ insuliny
na rozwój miażdżycy naczyń mózgowych u starców, która
posiada wogóle przebieg kapryśny. Naogół jednak pod wpły-
wem insuliny rozwój ten, jak się zdaje, ulega zwolnieniu. Po-
myślnie wyniki leczenia insuliną tłumaczą autorzy jej wpły-
wem na przemianę lipidową, a zwłaszcza cholesteryny: insu-
lina ma zwiększać własności sterolityczne surowicy. W okre-
sach przerwy w stosowaniu insuliny podawali autorzy po 30
do 50 kropel naświetlanej ergosteryny (stérogyl, irrastérine)
dziennie, ażeby spotęgować własności sterolityczne surowicy,
oraz zależnie od tolerancji od 1 do 3 gr. jodku potasu ze wzglę-
du na jego działanie przeciwwapniające.

Henryk J. L a n d a u.

L. KAPS. Soma, nowy praktycznie bezalkoholowy napój, w silnym stopniu przypominający piwo, i jego zastosowanie djetetyczno-lecznicze. (Wien. kl. Woch. Nr. 11 1933).

Soma stanowi odwar słodowo-chmielowy, który uległ fermentacji bezalkoholowej pod wpływem *Thermobacterium mobile* L i n d n e r a, przypomina zaś w silnym stopniu wyglądem i smakiem krajowe piwa (wyrób browarów w Schwachat pod Wiedniem). Znajduje się ona w handlu w postaci przesączonej i nieprzesączonej. Przesączony napój służy jako środek odświeżający i krzepiący w okresie zdrowienia, dla ciężarnych i karmiących matek, w schorzeniach wątroby i nerek, w nadciśnieniu tętniczym i dla pewnych sercowo-chorych, jeżeli tylko podawanie płynów nie natrafia na przeciwwskazania. Nieprzesączona soma, która zawiera żyjące *bacterium mobile* L i n d n e r a stosuje się z bardzo dobrymi wynikami w ostrej i przewlekłej pierwotnej dyspepsji gnilnej, we wtórnych dyspepsjach gnilnych, w nieżytach jelit cienkich i grubych. Dzięki własnościom *Thermobacterium mobile* L i n d n e r a, przeciwdziałającym gniciu jelitowemu, możliwe jest również odbarczenie nerek o słabej czynności.

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

R. ROESSLER. Jak działają wyciągi narządowe na układ krążenia? (Wien. kl. Woch. Nr. 10 1933).

Czynna część składowa wyciągów mięśniowych, kwas adenyłowy, wywołuje zawsze rozszerzenie naczyń wieńcowych, co przy jednoczesnym obniżeniu się ciśnienia krwi polepsza ukrwienie mięśnia sercowego; oprócz tego w doświadczeniach na zwierzętach udaje się stwierdzić zwalniające tętno działanie kwasu adenyłowego. W sztucznie uszkodzonych mięśniach sercowych nie udało się stwierdzić w krótkotrwałych doświadczeniach poprawy wydolności serca. Okazało się to natomiast kilkakrotnie możliwe w doświadczeniach z eutonem, który również poprawia ukrwienie. Eutonon nie posiada własności zwalniania tętna. Padutyna również rozszerza naczynia, lecz nie wywiera żadnego bezpośredniego działania krzepiącego na mięsień sercowy.

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

I. G. KNOFLACH. Zranienia drążkowe w sportach zimowych. (Wien. kl. Woch. Nr. 12/1933).

W zraniach drążkowych zachodzi niestosunek pomiędzy wielkością zewnętrzną rany, głębokością i kierunkiem wewnętrznego kanału rany i jego stosunkiem do narządów sąsiednich. Dlatego też lekarz ma obowiązek w razie podejrzenia o zranienie drążkiem poddać takie rany jaknajdokładniejszej rewizji i obnażyć operacyjnie w całości przebieg kanału rany, w przeciwnym bowiem razie łatwo można pominąć ciała obce i zranienia narządów sąsiednich. Postępowanie polega na zapobiegawczym zastrzyknięciu surowicy przeciwężcowej, całkowitem obnażeniu kanału rany, usunięciu rozerwanych i zanieczyszczonych cząstek tkankowych i ewentualnie znalezionych ciał obcych oraz na tamponadzie rany.

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

Gruźlica.

W. GUJARSKI I A. KORŻYŃSKAJA. W sprawie szczepień przeciwgruźliczych. (Klin. Medic. t. X, z. 19—22).

Autorzy zakażali świnki morskie dużą dawką żywych zjadliwych prątków gruźlicy, zmieszanych z zabitymi gronkowcami, saponinami lub chlorkiem wapniowym. Wszystkie te świnki żyły dłużej, aniżeli kontrolne, rozwijający się zaś u nich proces gruźliczy nosił o wiele bardziej dobrotliwy charakter, aniżeli u zwierząt kontrolnych. Najlepsze wyniki dawało dodawanie do zawiesiny prątków gruźlicy zawiesiny zabitych gronkowców. Przyczynę dłuższego okresu życia szczepionych w ten sposób świnek morskich stanowi przedewszystkiem zatrzymanie prątków gruźliczych w miejscu ich wpro-

wadzenia. Zagadnienie możliwości osłabienia przytem zjadliwości prątków gruźliczych wymaga dalszych badań.

Henryk J. L a n d a u.

A. KROPACZEW. Spostrzeżenia nad dziećmi, szczepionymi metodą Calmettea i kontrolnemi. (Borba s Tuberk. Nr. 11—12 1932).

Szczepione dzieci, których nie poddano sześciotygodniowemu odosobnieniu, chorują na rozmaite postacie gruźlicy. Postacie schorzenia gruźliczego u dzieci szczepionych i kontrolnych są niejednakowe co do częstości: u szczepionych częstsze są przypadki gruźlicy bez wyraźnego umiejscowienia, u kontrolnych — miejscowe, przeważnie narządów klatki piersiowej. Ogólna śmiertelność i śmiertelność z gruźlicy u dzieci szczepionych jest mniejsza, niż u kontrolnych.

Henryk J. L a n d a u.

G. L. HUNER. Gruźlica nerek u kobiet. (Am. J. of Obst. and Gyn. Nr. 5 1932).

Autor podkreśla, że jeżeli tylko niema przeciwwskazań do operacji, wczesne wycięcie nerki jest jedynym leczeniem w tych przypadkach, w których uprzednie dokładne badania wykazały daleko posuniętą gruźlicę jednej tylko nerki. Zpośród 12 chorych z gruźlicą nerek operowano 6; wszystkie te kobiety żyją i czują się dobrze. Dobry ich stan przypisuje autor po części ustaleniu dobrego odpływu moczu z pozostałej nerki, co dobrze ilustrują opisy trzech przypadków.

L.

L. BÉTHOUX. Zapalenie nerek, skrobiawica i nerczyca w przebiegu gruźlicy płuc. (Annales de Médecine, t. XXXIV, Nr. 3, paźdz. 1933).

Autor podaje spostrzeżenia kliniczne, dotyczące sześciu przypadków masywnego białkomoczu u chorych na przewlekłą gruźlicę płuc. Wszystkie przypadki opracowane z punktu widzenia klinicznego, chemicznego (całkowite badanie krwi i moczu) i anatomicznego (autopsja i badania histologiczne). W nerkach stwierdzono zmiany o typie mieszanym. Stale występowały zmiany zapalne w nerkach — w zakresie komórek nabłonkowych i śródmiąższowych; obok tych zmian w pięciu przypadkach na sześć współistniała mniej lub więcej zaznaczona skrobiawica bądź nerek, bądź innych narządów, rzadziej zaś wyrodnienie lipidowe (jeden przypadek wyraźny, trzy porenne). Autor sądzi, że na podstawie tych przypadków można odmówić skrobiawicy i nerczyce autonomii nozologicznej — schorzenia te są pochodzenia humoralnego, pozanerkowego — sprawy zapalne w nerkach przygotowują dla nich sprzyjający teren.

H. S z p i d b a u m.

M. ASTRALDI. Gruźlica jedynej nerki wrodzonej. (J. d'Urol. Nr. 4/1932).

Autor podaje opis przypadku, w którym badanie cystoskopowe wykazało zmiany w ujściu prawego moczowodu w postaci lekkiego obrzęku błony śluzowej pęcherza moczowego, która pozatem była zupełnie normalna. Przy cystoskopowaniu nie udało się znaleźć ujścia lewego moczowodu. Chromocystoskopia za pomocą indygoкармина wykazała zjawienie się barwnika w ujściu prawego moczowodu po 4 minutach, lewy był niewidoczny. Zdjęcie okolicy nerek wykazało po stronie prawej większy niż normalnie cień nerki, po lewej brak cienia. Pyelografia drogą wsteczną i wśródzylną (za pomocą abrodilu) dała wyraźny obraz prawostronnych dróg moczowych, po lewej żadnego obrazu nie otrzymano. Niespodzianki operacyjne przy usuwaniu jedynych nerek wrodzonych nasuwają zawsze konieczność stwierdzenia istnienia obu nerek, co przy dzisiejszych metodach badania łatwo uskutecznić. Jeżeli przeprowadza się wycięcie nerek tylko po zbadaniu stałej A m b a r d a, należy się zawsze upewnić za pomocą otwarcia lędźwiowego (*lumbotomia*) o istnieniu drugiej nerki.

L.

E. SERGENT, I. GASPAR i R. GADAUD. **Doświadczalne zakażenie gruczlicze świnek morskich drogą gruczołów chłonnych.** (Arch. Méd.—Ch'r. de l'App. Resp. Nr. 4/1932).

Badania doświadczalne z zakażeniem gruczliczem u świnek morskich, zbliżone do pewnych spostrzeżeń klinicznych, pozwalają uważać, że gruczlica płuc może mieć za punkt wyjścia zapalenie migdałków lub inne jakieś umiejscowienie w jamie nosowo-gardzielowej, nawet wtedy, gdy w miejscu wtargnięcia zarazka niema żadnych widocznych zmian gruczliczych; prątki przechodzą przez migdałki, a dalej przez łańcuch naczyń chłonnych szyjnych, później śródpiersiowych i stąd wreszcie przez naczynia chłonne wewnątrzplucne.

Henryk J. L a n d a u.

Choroby jamy ustnej, gardła, nosa i uszu.

S. W. MICHAŁOWSKI. **W sprawie zmian tkanek i czynności kieszonek Morgagniego, związanych z wiekiem.** (Żurn. Uszn., Nos. i Gorł. Boliezn. Nr. 1—2/1932).

Autor przeprowadzał badania histologiczne kieszonek M o r g a g n i e g o w rozmaitym wieku. Okazało się, że warstwa nabłonkowa jest najlepiej rozwinięta w średnim wieku, podczas gdy w podeszłym wieku odbywa się widoczne spłaszczenie. Natomiast tkanka łączna i gruczoły zachowują się wprost przeciwnie.

H. L.

S. N. JARAŁOW. **Z kazuistyki polipów przelyku.** (Żurn. Uszn., Nos. i Gorł. Boliezn. Nr. 1—2/1932).

Autor podaje opis przypadku polipa przelyku u 41-letniego chorego. Guz posiadał szypułę długości 5 cm., wymiary jego wynosiły 4 cm. × 10 cm. Histologicznie okazał się on *fibrolipoma oedematosum*. Podczas ruchów wymiotnych wpadł on do jamy ustnej i w ten sposób został usunięty, poczem nastąpiło wyleczenie.

J. L.

I. DAWIDOW. **W sprawie kazuistyki ciał obcych oskrzeli.** (Żurn. Uszn., Nos. i Gorł. Bol. Nr. 5—8 1932).

Autor podaje opis dwóch przypadków obcych ciał oskrzeli. W pierwszym przypadku rozechodziło się o odlamaną śrubę metalową, którą usunięto z prawego oskrzela zapomocą górnej bronchoskopji. W drugim miał autor do czynienia z zębem (górnym trzonowym), który pozostawał przez 16 dni w oskrzelach aż do momentu usunięcia go zapomocą dolnej bronchoskopji. Pierwszy przypadek zakończył się wyleczeniem, w drugim nastąpiło zejście śmiertelne wskutek zgorzeli płuc.

H. L.

N. ALEKSANDROW. **Przypadek utraty mowy z powodu prawostronnego ropnia podoponowego środkowej jamy czaszkowej, zakończony wyleczeniem.** (Żurn. Uszn., Nos. i Gorł. Bol. Nr. 5—8 1932).

34-letnia robotnica zachorowała na prawostronne zapalenie ucha środkowego z utajonem zapaleniem wyrostka sutkowego i posocznico-ropnicą. Powstał cały szereg powikłań, jak: utrata mowy (*aphasia*), niedowład prawego nerwu twarowego i lewego okoruchowego, rozlane zapalenie opon miękkich — *leptomeningitis* (w płynie z nakłucia lędźwiowego — meningokoki). Wykonano operację, podczas której odkryto ropień podoponowy. Przypadek skończył się wyleczeniem. Utratę mowy i niedowład nerwów mózgowych tłumaczy autor działaniem z odległości.

H. L.

A. L. GINSBURG. **Przypadek rozległego krwaka głowy w przewlekłym zapaleniu ucha środkowego.** (Żurn. Uszn., Nos. i Gorł. Boliezn. Nr. 1—2/1932).

U 12-letniego chłopca, który cierpiał wskutek zaniedbanego przewlekłego zapalenia ucha środkowego rozwinął się nagle rozległy guz części miękkich głowy wśród objawów ogólnego osłabienia. Podczas wykonanej natychmiast operacji po nacięciu części miękkich powstało kolosalne krwawie-

nie, które zaledwie udało się zatamować zapomocą tamponady. Wykonano typową operację radykalną, podczas której okazało się, że krew pochodziła z nadżartej zatoki. Przypadek zakończył się wyleczeniem.

J. L.

A. L. GINSBURG. **W sprawie wypadnięć mózgu pochodzenia usznego.** (Żurn. Uszn., Nos. i Gorł. Bol. t. 9, Nr. 3—4 1932).

Autor podaje opis przypadku przewlekłego ropienia ucha środkowego u 23-letniego robotnika, którego trzeba było operować z powodu ciężkich objawów ogólnych. Wskutek podejrzenia o ropień mózgu nacięto oponę twardą oraz istotę mózgową. Wylał się przytem brudno-bronzowy płyn z cząsteczkami istoty mózgowej. W dalszym postępowaniu powstało wypadnięcie mózgu wielkości jaj kurzego. Ciekawy jest fakt, że wypadnięcie mózgu od czasu do czasu się powiększało, czemu za każdym razem towarzyszyło pogorszenie się stanu ogólnego oraz odpowiednie objawy mózgowe. Pod wpływem leczenia zachowawczego nastąpiło wyzdrowienie.

L.

Choroby narządów trawienia.

R. BAUER. **Nasze wiadomości o czynności wątroby i ich zastosowanie w klinice.** (Wien. kl. Woch. Nr. 52 — 53 1932).

Autor omawia zalety rozmaitych podanych dotąd metod czynnościowego badania wątroby: badanie na galakturję i wpływ podawania wyciągów mięsnych, alkoholu, adrenaliny, ergotaminy na nią, badanie wydalania aminokwasów, kwasu glukorowego, urobilinogenu, badania E i l b o t t a za pomocą wśródźylnie zastrzykniętej bilirubiny, dopełniacza, próbę J e z z l e r a strącania rtęci + zasad, ścinanie rozcieńczonej surowicy chlorkiem wapnia metodą W a l t m a n n a, oznaczenie oporności czerwonych ciałek krwi w żółtaczce hemolitycznej. Każda z tych metod zoddzielna wykazuje w pewnych zakresach dobre, często jednoczesne wyniki. Dzięki nim poczyniliśmy postępy na polu rozpoznawania i leczenia. Jeżeli nie wymagać od każdej z nich wyjaśnienia całego obrazu chorobowego, lecz kombinować je ze sobą, a jednocześnie nie spuszczać, również z oka całego obrazu klinicznego, mogą one oddać bardzo dobre usługi.

A. N e u m a n n (Baden — Wien).

CADE. **Kiła późna wątroby i jej leczenie.** (Nutrition 2—1933).

Zmiany są mięsaszowe lub łącznotkankowe, najczęściej mieszane. Typem ich jest rozwój kilaków lub tkanki łącznej, które sąsiadują obok siebie. W postaci czystej rozrostu tkanki łącznej swoistość ztraca się, wątroba przypomina marskość przerostową lub zanikową. Podobnie mieszane są również objawy kliniczne. W *hepatitis sclerogummosa* wątroba jest duża, nierówna. Częste są bóle w podżebrzu prawem, żółtaczka rzadka, *ascites* — późno, śledziona jest najczęściej znacznie powiększona. Objawy zaburzenia trawienia nie są typowe, biegunka częsta; białkomocz; przebieg powolny, przerywany obostrzeniami, podczas których narasta ilość płynu w jamie brzusznej. Częste jest podwyższenie t°, utrzymujące się miesiącami i latami bez przerwy lub z przerwami; t° nie ustępuje po środkach przeciwgorączkowych, znika po środkach przeciwkilowych. Ta ciepłota z bólami, wychodzącymi z powiększonej wątroby, może skłonić do zbytęznego zabiegu operacyjnego, do rozpoznania gruczlicy otrzewny, raka wątroby. Odsznurowujące się płaty wątroby mogą imitować duży pęcherzyk żółciowy, ruchomą nerkę, raka nerki, nadnerczaka, raka jelita itp., i dopiero laparatomja wyjaśniła charakter guza. Na 100 przyp. marskości wątroby w 26 znalazł autor kilę, w połowie przyp. kilowych — alkoholizm. Najczęściej marskość jest przerostowa, wątroba nierówna; *ascites* w 80%.

Sledziona powiększona jest prawie stale, czemu towarzyszyć może niedokrewność. Żółtaczka jest rzadka. Opisywane są na tle kily przypadki marskości o typie *H a n o t a*, nawet *cirrhone bronzée*. Torebka wątroby, sledziona i otrzewna przechodzą swoiste zapalenie, prowadzące do zrostów; ta *peritonitis* objawia się t°, puchliną. *Perihepatitis* wywołuje silne bóle. Przy wyborze środków przeciwkółowych pamiętać należy o szkodliwości *As* dla wątroby. Wobec braku widocznych objawów uszkodzenia wątroby można raz podać 0,15 gr. *novarsenobenzolu* i, jeżeli nie zjawia się objawy uszkodzenia wątroby, kontynuować ostrożnie leczenie. Lepiej przeprowadzić najpierw kurację *Hg* lub *Bi*. Dla stosowania *Hg* niema tylu przeciwwskazań, ostrożność nakazana jest tylko przy białkomoczu. To samo dotyczy *Bi*, który u niektórych wywołuje żółtaczkę, choć rzadziej niż *As*, i u młodych luetyków podczas leczenia od razu kilkoma preparatami. Jodki podawać można podczas leczenia innymi preparatami, lepiej jeszcze w przerwie pomiędzy kuracjami. F. T u r y n.

VILLARET, JUSTIN—BESANÇON, DESOILLE. **Opołera-pja wątrobowa podczas kuracji przeciwkółowej.** (*Nutrition* 2—1933).

As cechuje powinowactwo do komórki wątrobowej i zdolność osłabiania jej funkcji odtruwającej i glikogenoptycznej. Przetwory *As* wywołują żółtaczkę; przemijające obrzęki powiek obserwowane w przebiegu leczenia przeciwkółowego u osób ze zdrowymi nerkami oznaczają wg. B l u m a niedomogę wątroby. Zatrucia występujące kilka dni lub godzin po wstrzyknięciu *novarsenobenzolu* dają objawy, dowodzące uszkodzenia wątroby. Składnik benzenowy *novarsenobenzolu* jest jadem krwi, może wywołać anemię aplastyczną, leukopenię; obok tego *As* wpływa na zmniejszenie się fibrynemii. Ogólne wychudzenie, podżółtaczkowe zabarwienie skóry, erytrodermia, występująca po długotrwałym leczeniu *novarsenobenzolem* to również skutki niedomogi wątroby. W niektórych chorobach skóry na tle niedomogi wątroby leczenie wątrobą daje czasami wyniki lepsze, niż leczenie inne. Oprócz przypadków uszkodzenia wątroby preparatami przeciwkółowymi zdarzają się żółtaczki bez innych objawów niedomogi wątroby; taka żółtaczka cofa się pomimo dalszego stosowania *novarsenobenzolu*. Bez względu na teorię powstawania objawów zaburzeń wątrobowych, ostatnie wymagają leczenia. Najczęściej objawy te widuje się u osób z niedomagającą jeszcze przed rozpoczęciem kuracji wątrobą. Leczenie wyciągami wątroby przeprowadzać należy przed rozpoczęciem kuracji przeciwkółowej *novarsenobenzolem*, nawet w tych przypadkach, gdzie wątroba wydaje się pozornie zdrową. Bismut i rtęć mniej szkodzą wątrobie, niż *As*, jednak wzmocnienie jej czynności odtruwającej wyciągami wątrobowymi jest b. wskazane przed i podczas leczenia temi metalami. Wyciągi wątrobowe zmniejszają znacznie częstość występowania objawów nietolerancji, liczbę przypadków arsenoopornych, pozwalają na stosowanie większych dawek. Związki arsenowe, bismutowe stają się bakterjobjęzające dopiero po pewnej zmianie w ustroju, a *in vitro*—po dodaniu wyciągu, np. z wątroby. Autorzy stosują wyciągi wodne z wątroby w iniekcjach domięśniowych lub podskórnych. W przypadkach wrażliwości wątroby — 0,5 — 2 — 3 gr. wyciągu; w przypadkach wyraźnej niedomogi — dawki większe. 0,1 gr. wyciągu odpowiada 0,3 gr. wątroby świeżej.

F. T u r y n.

D. M. TICHOMIROV. **Przypadek zwężenia zagięcia esicy na podłożu rzeżączkowym.** (*Wien. kl. Woch.* Nr. 51/1932).

Autor podaje opis przypadku zwężenia zagięcia esicy, w którym, jak wynikało z przebiegu klinicznego i obrazu histologicznego, należało uznać pochodzenie rzeżączkowe zwężenia. A. N e u m a n n (Baden—Wien).

Choroby krwi i narządów krwiotwórczych.

C. FERWERS. **Leczenie anemii krwią własną naświetlaną promieniami ultrafioletkowymi.** (*Dtsch. med. Wschr.* 1933. Nr. 52).

I t a m i s (1903) pierwszy stwierdził pobudzający wpływ autohemoiniekcji na czynność krwiotwórczą ustroju zwierzęcego. Przyrost liczby erytrocytów nie przekracza przytem przeciętnie 5%. Autor osiągnął jednak znacznie silniejszy efekt, poddawszy uprzednio krew (zwierzęcą i ludzką), pobraną z żyły, działaniu promieni ultrafioletkowych w przeciągu 5 — 10 min. Przyrost liczby erytrocytów w warunkach normalnych wynosił przeciętnie 0,7 milj., zaś w anemiach wtórnych 1,2 milj. Działanie krwi naświetlonej jest szybkie i utrzymuje się przez 1 — 2 dni na stałym poziomie, w ciągu 3 — 5 dni następnych nieco słabnie. Powtórzenie jednak zabiegu pozbawionego, zresztą, wszelkich szkodliwych działań ubocznych, powoduje zawsze ponowny skutek. Autor przyjmuje istnienie w erytrocytach hormonu, pobudzającego regenerację krwi (I t a m i s), który się aktywuje (analog. do cholesteroliny) pod wpływem pr. ultrafioletkowych przy obecności tlenu atmosferycznego. E. E p s z t e j n (Wilno).

A. ARNSTEIN. **Przypadek ciężkiej niedokrewności u osobnika z włosogłówką ludzką.** (*Wien. med. Wschr.* Nr. 18 1933).

Autor podaje opis przypadku ciężkiej niedokrewności (czerwonych ciałek krwi 2500000, hemoglobiny 50%) u 40-letniej kobiety, spowodowanej przez włosogłówkę ludzką (*trichocapalus dispar*). Fakt, że nawet po zniknięciu włosogłówki z jelit konieczne było podawanie wentremonu i żelaza, wskazuje na regeneracyjną słabość narządu erytropoietycznego, którą M o r a w i t z spostrzegł w ciężkich niedokrewnościach pokrwotocznych. W przypadku tym nie można przyjąć istnienia typowej bezsocznej niedokrewności (*chloranaemia achylia*) w znaczeniu K a z n e l s o n a ze względu na to, że treść żołądkowa niezawsze nie zawierała wolnego kwasu solnego, i że czasami można było wykazać w stole utajone krwawienie (można je tłumaczyć spowodowaniami przez włosogłówkę uszkodzeniami błony śluzowej), jak również ze względu na przemijające tylko wyniki leczenia kwasem solnym, pepsyną, wątrobą i żelazem w tym czasie, gdy istniało jeszcze zakażenie włosogłówką.

Henryk J. L a n d a u.

H. SCHLICHTING. **Wyniki leczenia medullosis funicularis w niedokrewności złośliwej.** (*Med. Klin.* Nr. 42/1933).

Leczenie wątrobowe daje poprawę w *medullosis funicularis* w przebiegu niedokrewności złośliwej, lecz jest ona istotna jedynie w lekkich przypadkach. Widoki powodzenia leczenia istnieją tylko przy stosowaniu dużych dawek i przy prowadzeniu leczenia wątrobowego przez czas dłuższy bez przerwy, przy odpowiednim leczeniu ogólnym i spokoju. Leczenie ambulatoryjne daje w tych przypadkach gorsze wyniki, aniżeli leczenie szpitalne.

Henryk J. L a n d a u.

A. SCHECHTER. **Pozajelitowe leczenie niedokrewności złośliwej.** (*Wien. kl. Woch.* Nr. 9/1933).

Jeżeli przy powtarzających się nawrotach w przebiegu niedokrewności złośliwej leczenie wątrobowe zawodzi, pożyteczne okazało się obok pozajelitowego leczenia wątrobowego również zastrzykiwanie czystej choliny w 10% roztworze w dawce 0,2 — 0,3 gr. dwa razy dziennie.

A. N e u m a n n, (Baden — Wien).

Streszczenia pojedyncze.

Farmakologia i Toksykologia.

O. MUNTSCHE. **Wskazówki w sprawie patologii i terapii chorób, spowodowanych przez gazy wojenne.** (G. Thieme, Lipsk 1934, str. 110, rycin 33).

Odpowiednio do barwy, jaką mają gazy wojenne, unoszące się w powietrzu, dzielą się one na grupę krzyża żółtego, zielonego i niebieskiego. Niektóre gazy grupy żółtej działają najmocniej. Oddzielne gazy dzielimy na działające miejscowo, na wywierające wpływ drogą wchłaniania, na duszące, na trujące komórkę, zwłaszcza na niszczące krew i nerwy. Grupa żółta uniemożliwia zagazowanemu walkę, grupa zielona uśmierca, i każda z tych grup działa dopiero po pewnym czasie, grupa niebieska drażni natychmiast. Najważniejszymi środkami grupy zielonej są chlor, fosgen i chlorepikryna. Drażnią one śluzówkę, zmieniają tkankę płucną, a przez nią serce. Po przeżyciu 3 — 5 dni chory jest poza niebezpieczeństwem. Leczenie: nie usuwać ubrania z zagazowanych (oziębienie skóry jest szkodliwe), zastosować upust krwi, cukier dożylnie, podawać *calcium chloratum* lub *lacticum* 4 — 6 razy dziennie. Grupa krzyża żółtego (dichlordietylsulfid, czyli yperyty oraz lewizyl). Ich wpływ polega na działaniu siarki i w pewnym stopniu chloru. Yperyty ma zapach musztardy lub czosnku. Długo utrzymuje się w powietrzu i dlatego długo jest szkodliwy. Charakterystyczne jest jego działanie na skórę, przez chorego narazie nieodczuwane, a sprowadzające przyżeganie, pęcherze. Używany jest w stanie płynnym lub gazowym. Lewizyl — płyn oleisty, bezbarwny, z zapachem geranii. Na skórę działa, jak yperyty, lecz jego działanie wcześniej się ujawnia i prędzej ustępuje. Mocno drażni śluzówki. Aethylarsendichloryd ma zapach czosnku, działa bardziej na śluzówkę, niż na skórę. Czas działania utajonego dochodzi do kilku godzin i zależy od wrażliwości danego odcinka skóry, wzgl. jej zabarwienia (murzyni są mało nań wrażliwi). Działa na drogi oddechowe (wylewy krwi, zakrzepy, niekiedy stany zapalne), na oczy (łącznica i rogówka), na narządy krążenia (przekrwienie czynne, bądź bierne). Choroba rozwija się powoli i staje się groźna po tygodniach, niekiedy miesiącach. Gaz ten sprowadza depresję i charłactwo. Leczenie skutków działania tej grupy polega głównie na oczyszczaniu skóry. Najwłaściwsze jest gruntowne mycie szarem mydłem. Dobrze działają na skórę szybko stosowane środki utleniające (*Kali hypermanganicum*, *calcium chloratum*). Pożyteczne są środki bodźcowe i koloidalne (mleko, szczepionki, trypaflawina — podskórnie lub dożylnie) oraz leczenie objawowe. Leczenie przeciwlewizylowe różni się od podanego stosowaniem zmywania skóry 5% roztworem sody i pokrywania pastą. Grupa krzyża niebieskiego. W niej działa głównie As; obok niego Cl. Drażni ona nos, gardziel, sprowadza zamęt psychiczny. Używane są z tej grupy: 1) AsO_3 i $AsCl_3$, 2) Clark I, 3) Clark II, 4) Adamit. Mają własność rozpylania się. Przenikają przez maskę i wywołują łzawienie i kichanie, drażnią czuciowe nerwy obwodowe, uszkadzają powierzchowne części skóry i dochodzą do głębszych części dróg oddechowych. Podrażnienie wzmacnia się u zagazowanych po ich wyjściu z atmosfery gazu i ustępuje dopiero po godzinach na dobrem powietrzu. Już drobne ilości tych gazów drażnią drogi oddechowe, większe wywołują mrowienie w końcach palców, depresję, zamęt psychiczny, czasową utratę przytomności i przemijające porażenia. Gazy te, w dużej ilości stosowane, mogą sprowadzić obrzęk płuc. Leczenie: objawy początkowe ustępują szybko, objawy późniejsze przechodzą po godzinach w atmosferze dobrego powietrza, gardło poprawia się po płukaniu go KCl. Pamiętać należy, że u zagazowanych niewolno stosować morfi-

ny i kokainy (kokainy niewolno używać nawet do oczu), że nieprzytomnym zabrania się podawać napoje (z obawy zapalenia płuc) i że u zagazowanych trzeba stosować sztuczny oddech.

M. B i r o.

Choroby zakaźne.

D. MORITZ i L. LACKNER. **Przyczynek do badań nad hematologią krztuśca.** (Arch. de Méd. d. Enf. Nr. 11/1933).

W pierwszym okresie krztuśca liczba białych ciałek podnosi się przeciętnie do 18000; leukocytoza ta jest wywołana zwiększeniem się liczby limfocytów średnio do 12000. W drugim okresie leukocytoza dojść może do 50000 białych ciałek w mm.³ (średnio do 25000), przyczem liczba limfocytów dochodzi do 80%. W trzecim okresie skład krwi wraca powoli do normy. Ową charakterystyczną leukocytozę stwierdza się jednak tylko w 80% przypadków, toteż choć jej wynik dodatni ma ogromną wartość rozpoznawczą, wynik ujemny nie wyłącza bynajmniej istnienia krztuśca. Zwłaszcza w bardzo wczesnych okresach choroby leukocytoza może jeszcze nie wystąpić, toteż badanie krwi należy powtarzać parokrotnie. Opadanie krwinek bądź normalne, bądź zwolnione (zwłaszcza u niemowląt) jest również jednym z wczesnych objawów krztuśca. Natomiast w razie powikłań w przebiegu krztuśca stwierdza się pewne przesunięcie wlewo wzoru leukocytów oraz przyspieszenie opadania krwinek czerwonych. Powyższe dane, zdaniem autorów, umożliwiają w większości przypadków rozpoznanie we wczesnym okresie oraz w atypowych postaciach krztuśca.

H. P e t r y n o w s k a.

ELLISON. **Eklampsja w przebiegu krztuśca.** (The Lancet, Nr. 5, 1934).

Istnieje szereg teorii dla wytłomaczenia zjawiska. I — apoplektyczna. Statystyka częstości krwawień z naczyń mózgowych u chorych, zmarłych w przebiegu krztuśca, wykazuje duże wahania u różnych autorów. Zawsze wybroczy-
nom mózgowym towarzyszyły zmiany zapalne i toksyczne uszkodzenia tkanki mózgowej: Teoria II — spazmofilja. Na poparcie tej teorii autorzy przytaczają dane z badań ostatnich 20 lat, które stwierdziły wzmożoną pobudliwość mięśniową i zmniejszenie poziomu wapnia we krwi u chorych na krztuśec. Teoria III — oponowo - mózgowa. Drobnoustrój, którego działanie na narząd oddechowy jest podstawą schorzenia, wytwarza toksyny, które dostają się do krwioobiegu i działają wybiórczo na opony i mózg, wywołując w nich zmiany zapalne. Teoria IV — neurotoksyczna. Badania histologiczne wykazały u zmarłych w czasie eklampsji krztuścowej zmiany zwyrodnieniowe w komórkach nerwowych rogu Ammona, w komórkach P u r k i n j e g o mózdzku i w innych częściach jąder podstawnych. Teoria V — angiospastyczna. Wspomniane zmiany zwyrodnieniowe w komórkach nerwowych mają być spowodowane niedokrewnością wskutek spazmów naczyniowych. Autor najwięcej wagi przywiązuje do teorii neurotoksycznej i angiospastycznej. Wybroczyny w tkance mózgowej mogą być zjawiskiem wtórnym. Szczególnie łatwo występuje eklampsja, gdy krztuśec zbiega się z infekcją grypową.

Jerzy F a j w l e w i c z (Łódź).

Choroby serca i naczyń.

B. I. HORTON, G. E. BROWN. **Thrombo-angiitis obliterans u kobiet.** (Arch. of int. med. Nr. 6—1932).

Thrombo-angiitis obliterans b. rzadko występuje u kobiet. W piśmiennictwie autorzy znaleźli 7 przypadków tego rodzaju; autorzy podają ich opis, w niektórych jednak przypadkach kwestionują rozpoznanie. Materiał autorów obejmuje

10 przypadków *thrombo-angiitis* u kobiet. Chore te były obserwowane w klinice Mayo, gdzie w tym samym czasie zanotowano 700 mężczyzn, cierpiących na *thrombo-angiitis*. Przeciętny wiek chorych kobiet wynosił 39 lat. Cztery chore poddane były zabiegowi operacyjnemu w postaci obustronnego wycięcia lędźwiowych zwojów sympatycznych; po zabiegu wystąpiła znaczna poprawa. U jednej chorej doszło do amputacji stopy; pozostałe były leczone zachowawczo. Częstsze występowanie schorzenia u mężczyzn różniłomaczą. Wobec tego, że na pierwszy plan występuje proces zapalny w tętnicach i żyłach, doszukiwano się ognisk infekcyjnych, częściej u mężczyzn występujących; autorzy np. w 60% *thrombo-angiitis* u mężczyzn stwierdzili zapalenie przewlekłe gruczolu krokowego. Inni autorzy jako główny moment etiologiczny podają nadużywanie tytoniu i wpływ gruczolów dokrewnych. Wobec tego, że kobiety obecnie nadużywają tytoniu, należałoby się spodziewać wzrostu schorzenia u kobiet. Z opisanych 10 przypadków 3 chore paliły dużo papierosów.

Jakób P e n s o n.

A. W. ADSON, G. E. BROWN. **Wyniki sympatektomii w przebiegu „thrombo-angiitis obliterans”.** (The Journ. of the Am. Med. Assoc. T. 99 Nr. 7—1932).

Pod nazwą „*thrombo-angiitis obliterans*” autorzy rozumieją schorzenie naczyń, ulegających uniedrożnieniu z powodu zakrzepowego zapalenia tętnic i żył obwodowych; schorzenie to dotyczy przeważnie osób młodych, najczęściej mężczyzn, i występuje u ludzi, nie dotkniętych miażdżycą, ani kiłą. Jako pierwszy objaw kliniczny występuje chromanie przestankowe; w późniejszych okresach dołącza się ból, obrzęk, owrzodzenie i wreszcie zgorzel palców. Sprawa dotyczy głównie kończyn dolnych; po dłuższym okresie zwykle zajmuje obie kończyny. Etiologia schorzenia jest zupełnie nieznana; niektórzy sądzą, że ważną rolę odgrywają przebyte choroby infekcyjne, inni przytaczają nikotynę jako główny moment etiologiczny. Badania anatomo-patologiczne wykazują we wczesnym okresie zgrubienie ściany naczyń krwionośnych bez zaniku światła; w okresie późniejszym stwierdza się zgrubienie błony zewnętrznej naczyń oraz zrośnięcie tętnicy z towarzyszącą żyłą i nerwem; częściej obliteracji ulegają tętnice. W późniejszych okresach wystąpić może kanalizacja zakrzepu, połączona z częściową poprawą kliniczną. Materiał autorów obejmuje 100 przypadków (96 mężczyzn i 4 kobiety), leczonych przeważnie operacyjnie. Leczenie zachowawcze polega na stosowaniu kąpeli kontrastowych, proteinoterapii oraz szczepionek. W 56% leczenie tego rodzaju daje poprawę. Autorzy sądzą, że poza zakrzepem naczyń w grę wchodzi nadmierna kurczliwość naczyńioruchowa tętnic niezamkniętych lub obocznych, co pogarsza obraz kliniczny. Jeśli pomimo leczenia zachowawczego sprawa się pogarsza, przed przystąpieniem do amputacji należy wykonać operację wycięcia zwojów sympatycznych i części trzonu nerwu współczulnego. W przypadkach, gdzie już wystąpiły owrzodzenia, autorzy przeprowadzają leczenie zachowawcze, a potem dopiero zabieg operacyjny. Autorzy stosują obustronną sympatektomię, nawet kiedy zmiany dotyczą jednej kończyny; usuwają zwykle 2, 3 i 4 zwój współczulny lędźwiowy i część nerwu. Operacja L e r i c h e a, polegająca na zabiegu okołonaczyniowym, jest, zdaniem autorów niewystarczająca, gdyż naczynia otrzymują swe unerwienie z różnych poziomów, odpowiednio do odcinków mięśniowo-skrzynnych. Autorzy w 89 przypadkach wykonali obustronną operację wycięcia zwojów lędźwiowych współczulnych, a w 15 przypadkach zajęcia kończyn górnych usunęli dolny zwój szyjny i pierwszy piersiowy. We wszystkich przypadkach uzyskali znaczną poprawę.

Jakób P e n s o n.

H. DENNIG i S. H. PRODDER. **Sercowo chorzy przy pracy.** (Dtsch. Arch. klin. Med. t. 175, z. 2).

Autorzy przeprowadzali badania nad tem, w jaki sposób ustępuje podczas pracy istniejące w spokoju wyrównanie wady serca, na 2 chorych ze zwężeniem ujścia żylnego lewego i niedomykalnością zastawki dwudzielnej. Już przy długim chodzeniu, które prawie jeszcze nie męczy chorych, nie mogli oni tak silnie zwiększyć rzutu minutowego krążenia w stosunku do zużycia tlenu, jak dwie normalne osoby kontrolne. Przy ciężkiej pracy występują zaburzenia oddechowe: wskutek niepodatności płuc, spowodowanej przez zastój w małym krążeniu, musi chory osiągnąć większą pojemność oddechową, aczkolwiek nie może on tak pogłębić pojedynczego wdechu, jak osobnicy normalni. Wyrównywa on to zapomocą o wiele częstszych oddechów; dzięki temu może on aż do wyczerpania opanować w wystarczający sposób pobieranie tlenu i wydalanie dwutlenku węgla. Granicę wydolności stanowi widocznie u sercowo chorego, podobnie jak u normalnego, moment, kiedy już nie można więcej przyspieszyć krwiotoku; wskutek tego gromadzą się związki, podlegające utlenianiu, głównie kwas mlekowy; deficyt tlenowy H i l l a zwiększa się, wzrasta zawartość kwasu mlekowego we krwi, współczynnik oddechowy zwiększa się wskutek wyrównawczego wydalania kwasu węglowego, stężenie jonów wodorowych we krwi wzrasta, aż przypuszczalnie nadkwaszenie wywoła stan wyczerpania. To nadkwaszenie występuje u sercowo chorego już przy o wiele nieznaczniejszej pracy, aniżeli u osobnika normalnego, ponieważ sercowo chory nie może tak zwiększać rzutu minutowego krwiotoku. Henryk J. L a n d a u.

P. NIKOŁAJEW. **Nadciśnienie tętnicze a zdolność do pracy.** (Klin. Medic. t. X, z. 19—22).

Przeciętnie tylko w 20% nadciśnieniu towarzyszą dolegliwości podmiotowe, które obniżają zdolność chorych do pracy. Wśród chorych z nadciśnieniem tętniczym jest o wiele więcej kobiet (60,3%), aniżeli mężczyzn (39,7%). Natężenie nadciśnienia, przebiegającego z dolegliwościami podmiotowymi i zmniejszającego zdolność do pracy, jest bardzo nieduże przeciętnie do 47 roku życia. Największą liczbę nadciśnienia u kobiet spotyka się między 46 a 55 rokiem życia, u mężczyzn — między 56 a 65 rokiem życia, t. j. w okresie przekwitania płciowego i zaburzeń wewnątrzwydzielniczych. Orientowanie się co do wysokości nadciśnienia i zdolności do pracy na podstawie ciśnienia maksymalnego jest w istocie swej niesłuszne, ponieważ ciśnienie skurczowe jest bardziej oddalone od poziomu ciśnienia dynamicznego, t. j. rzeczywistego, aniżeli ciśnienie rozkurczowe, oraz dlatego, że z wiekiem wskutek zmian miażdżycowych tętnicy głównej i tętnic ośrodkowych, jak również zwiększenia się działania tłoczni hydraulicznej *caeteris paribus* ciśnienie skurczowe okazuje się automatycznie sztucznie wyższe, niż w rzeczywistości. Orientowanie się głównie na podstawie ciśnienia maksymalnego stwarza niewłaściwe pojęcia i o częstości i o wysokości nadciśnienia, przesadzając ich znaczenie. Z wiekiem w grupie zdolnych do pracy pacjentów z nadciśnieniem ciśnienie skurczowe podnosi się, zaś rozkurczowe obniża się, hipertonicy ulegają jak gdyby „stwardnieniu”. Niema jednak podstaw do twierdzenia, że istnieje tutaj prosty związek przyczynowy. Są to tylko zjawiska synchroniczne. Niepomyślny przebieg nadciśnienia w grupie ze zmniejszoną zdolnością do pracy nie zależy od jakichkolwiek bądź osobliwości lub większego podniesienia ciśnienia tętniczego. Fakty w zgodzie z rozumowaniem teoretycznym przemawiają raczej za czemś przeciwnym. Dotychczas niema jeszcze podstaw do uważania, żeby nowe dane o średnim ciśnieniu tętniczym dyskredytowały konieczność i pożytek oznaczania ciśnienia rozkurczowego. Raczej należałoby uważać, że prace nad średnim ciśnieniem tętniczym potwier-

dzają wnioski, wyciągane na podstawie zwykłego oznaczania ciśnienia tętniczego. Ocena przypadków nadciśnienia na podstawie jedynie zjawiska i objawu podniesionego parcia krwi jest metodologicznie nieprawidłowa i dlatego prowadzi do fałszywych wniosków praktycznych. Henryk J. L a n d a u.

Choroby kobiet i położnictwo.

MURET. Powłoki brzuszne podczas ciąży i po porodzie. (Gyn. et Obst. N. 1 T. XXVIII 1933 rok).

Powłoki brzuszne rozszerzają się podczas ciąży nie, jak to twierdzą podręczniki akuszerji, z powodu mechanicznego wypychania przez macicę, lecz z powodu biologicznych zmian, odbywających się w powłokach brzusznych, t. j. w skórze, w tkance podskórnej, w mięśniach i w otrzewnie. Jak wykazały prace S e l l h e i m a i innych, w powłokach brzusznych odbywa się fizjologiczna adaptacja pojemności do zawartości. Podczas ciąży powłoki brzuszne stają się grubsze, tłustejsze i miększe. Rozstępy zjawiają się w ostatnich miesiącach ciąży, a czasami i w pierwszych, są koloru różowego i fioletowego i stają się białe, jakby bliznowate, gdy są już stare. Różowy kolor świeżych rozstępów jest następstwem bogatego unaczynienia zmienionej skóry. Rozstępy zjawiają się u kobiet coraz rzadziej z powodu uprawiania sportu, gimnastyki, powietrznych i słonecznych kąpiei. Zresztą, zależy to także od konstytucji każdej oddzielnej kobiety, a może i od aktywności gruczołów dokrewnych. Żadne guzy albo płyn w brzuchu nie powodują zwykle rozstępów. Te rozstępy skóry ciężarnej kobiety zjawiają się według S e l l h e i m a z powodu hiperemji, hiperplazji i hipertrofji mięśni brzucha podczas ciąży. Według K e r m a m e r a rozstępy zależne są od konstytucji kobiety i od wewnętrznego wydzielania gruczołów dokrewnych. Pochodzenie i przyczyny rozstępów, jak widzimy, jeszcze nie są w zupełności wyjaśnione. Zauważono, że, im więcej jest rozstępów, tem łatwiej rozrywa się krocze podczas porodu. Niedostateczna adaptacja powłok brzusznych podczas ciąży jest bardzo przykra, gdyż brzuch kobiety dochodzi do potwornych rozmiarów, a czasem przez mięśnie brzucha cała macica leży prawie na kolanach ciężarnej. Trzeba jeszcze zaznaczyć, że u tych też kobiet zjawiają się przepukliny pępkowe i inne. Po porodzie u wszystkich kobiet za macicą postępuje inwolucja powłok brzusznych, która idzie dość szybko. Nasamprzód mięśnie proste zmniejszają się. Następnie skóra dochodzi do normy, oprócz pigmentacji, która znika powoli w przeciągu kilku miesięcy. Powłoki brzuszne po porodzie nigdy prawie nie dochodzą do poprzedniego stanu. Dlatego też zaraz po porodzie autor rekomenduje związać brzuch, a na siódmy dzień kazać pacjentce robić gimnastykę brzucha w łóżku. L. E b i n.

Francesco SPIRITO. Leczenie zakażenia połogowego za pomocą szczepionki w miąższ macicy. (Gyn. et Obst. N. 6 T. XXVII. 1933).

Od trzech lat autor stosuje swoją metodę i nie miał żadnego przypadku śmierci. Zastrzykuje on do szyi macicy ¼ cc. szczepionki, składającej się z jednego miljaru streptokoków, pięciuset milionów gonokoków i trzystu milionów prątka okrężnicy. Zastrzykuje bez przyciągania macicy, ażeby nie rozciągnąć przymacicza, które bywa czasami w stanie zapalnym. Po ½ do 2-ch godzin występują dreszcze i gorączka do 40° i wyżej. Po 2-ch — 3-ch dniach, gdy temperatura zaczyna spadać, robimy następne zastrzyknięcia. W zależności od reakcji po pierwszym zastrzyknięciu dajemy taką samą ilość lub więcej i t. d. Gdy powiększona dawka nie daje reakcji, dobrze jest dać jeszcze 1 — 2 zastrzyknięcia. Autor sądzi, że szczepionka, zastrzyknięta tuż do miejsca, skąd wychodzi zakażenie, działa na same toksyny zarazków, nie dając im się

rozmnażać, oprócz tego działa tak samo, jak każda szczepionka, zastrzyknięta w jakimkolwiek bądź miejscu, na odporność organizmu. Pierwsze zastrzyknięcia należy zrobić, gdy tylko zjawiają się pierwsze objawy infekcji L. E b i n.

H. NAUJOKS i H. UFFENORDE. Odosobnione zatrucie ciążowe mózgu. (Zbl. Gynaek. Nr. 43/1932).

Odosobnione zatrucie ciążowe mózgu (*cerebropathia toxica gravidarum*), jeżeli ciężkie objawy w obserwacji klinicznej szybko nie ustępują wymaga bezwarunkowo jaknajszybszego przerwania ciąży. J. H. L.

D. DARON. O stosowaniu Myostonu (Myolu) w leczeniu rzucawki. (Wien. kl. Woch. Nr. 47/1932).

Autor zastosował w 7 przypadkach rzucawki leczenie Myostonem i we wszystkich otrzymał dobre wyniki. Do tych prób skłoniły go znakomite przeciwkurdzowe własności preparatu. A. N e u m a n n (Baden-Wien).

Choroby dzieci.

G. PAISSEAU, P. TOURNANT i G. A. PATEY. W sprawie leczenia zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych. (Arch. de Méd. d. Enf. Nr. 11, 1933).

Od czasu wojny coraz częściej zjawiały się w literaturze doniesienia, świadczące o zbyt małej skuteczności surowicy w leczeniu zapalenia meningokokowego opon mózgowo-rdzeniowych. Autorowie podają opis 13 przypadków, leczonych surowicą (z których 3 dotyczą niemowląt), na podstawie których doszli do wprost przeciwnego przekonania. Uwzględniając nawet, że *genius epidemicus* mógł być w danym razie łagodniejszy, przypisują jednak pomyślnie wyniki zastosowanej przez siebie technice, w której podkreślają dwa szczegóły: 1) stałe powtarzanie domięśniowych zastrzykiwań surowicy niezależnie od zastrzykiwań dokrewnych, 2) wykonywanie w pewnych przypadkach zastrzykiwań podpotylicznych. Ten ostatni czynnik ma, zdaniem autorów, przeszkadzać wytworzeniu się wewnątrznych sklein oponowych. Wskazania do zastrzykiwań podpotylicznych są następujące: 1) gdy występują objawy zaczopowania w jakimś miejscu przestrzeni podoponowych, gdy nakłucie lędźwiowe daje małe ilości płynu, wyciekającego powoli i złożonego w części z zastrzykniętej poprzedniego dnia surowicy, 2) Zastrzykiwania podpotyliczne należy stosować wcześniej i systematycznie u niemowląt, u których istnieje specjalna skłonność do lokalizacji komorowej i zaczopowania przestrzeni podoponowych. 3) Należy zawsze stosować nakłucie podoponowe i podawać tą drogą surowicę, jeśli w posiedzie z płynu stwierdzimy obecność meningokoków typu B, które najłatwiej powodują powstawanie zrostów i sklein. Nakłucie podpotyliczne nigdy, zdaniem autora, nie daje żadnych niepokojących objawów, należy jednak wstrzykiwać surowicę ogrzaną i bardzo wolno. Zastrzykiwanie podpotyliczne autorowie stawiają wyżej od zastrzykiwanie dokomorowe.

H. P e t r y n o w s k a.

SVENSGAARD. Leczenie skorbutu dziecięcego. (The Lancet. Nr. 1. R. 1934).

Nową zdobyczą w leczeniu awitaminozy skorbutowej jest dokonana świeżo synteza witaminy C, którą nazwano kw. askorbinowym. Opis 2 przypadków skorbutu u dzieci; otrzymywały pożywienie, zupełnie niezawierające witaminy C, i codziennie 30 mgm. kw. askorbinowego; objawy chorobowe w krótkim czasie ustąpiły. Jest to druga publikacja; pierwszą podał S c h u l t z e r, którego przypadek dotyczył osobnika 68-letniego z objawami *gastritis alcoholica* i zupełną achylją. Pożywienie tego chorego było bardzo ubogie w witaminę C. Otrzymywał codziennie 40 mgm. kw. askorbinowego, poczem objawy skorbutu szybko ustąpiły.

Jerzy F a j w l e w i c z (Łódź).

Choroby dróg moczowych.

ELLIS. **Leczenie zapalenia nerek.** (The Lancet, Nr. 7, 1934 r.).

Glomerulonephritis insularis występuje w czasie trwania ostrej infekcji, *diffusa* — jako późniejsze powikłanie. Teorie powstawania postaci ostrych rozlanych: I — toksyczna, zapalna (bakterie lub ich toksyny, wydalone przez nerki, uszkadzają miąższ nerkowy); II — ischemiczna (stany spastyczne w *vasa afferentia glomeruli*—V o l h a r d t uważa je za przejaw alergiczny); III — *capillaritis* (w procesie immunizacji naskutek infekcji zostają uwolnione substancje, uszkadzające kapilary, prowadząc do zwiększenia przepuszczalności ich ścian — kłębuszek złożony z kapilarów). Ostatnie 2 teorie mają to wspólne, że odwracają uwagę od nerek, a skierowują ją w stronę serca i krążenia. Leczenie: łóżko; ciepło; w ciągu pierwszych dni (czasami przez 2 tygodnie) żadne stałe, ani płynne pokarmy, tylko sok z pomarańczy (o 6,30, 10, 12, 15 godz. po 90 ccm. i o 18,30 i 20 — po 120 ccm., ogółem dla tej ilości soku potrzeba 16 pomarańczy na dobę). Ciśnienie przy tem spada, obrzęki ustępują. Dopiero, gdy ciśnienie spało do normy, dajemy mleko, chleb, masło, jarzyny, potem wciąż pod kontrolą ciśnienia ryby, drób i t. d. Gotowych potraw nie soli, ale nie przestrzegać zupełnie bezsolnego ich przygotowania. Przy objawach ostrego rozszerzenia i przerostu serca i grożącym obrzęku płuc — upust krwi, strofantyna, naparstnica, przy podnieceniu morfiny. Inne ostre powikłania—*encephalopathia* naskutek hipertensji: śpiączka, bóle głowy, wymioty, drgawki, przejściowa ślepota, głuchota lub porażenia w postaci mono- lub hemiplegji (obraz opisany przez F i s h b e r g a i E v a n s a); objawy przypominają więc mocznicę, jednak brak retencji ciał azotowych we krwi, a za podstawę tych zjawisk przyjmuje się spazm tętniczek mózgowych (brak w pracy wzmianki o poziomie chlorków w surowicy czy osoczu krwi — uwaga referenta). Leczenie: upust krwi (czasami natychmiastowy dobry efekt), nakłucie łądźwiowe, 30 — 50 ccm. 15% roztworu NaCl dożylnie i doodbytnicze wlewania soli. Bywają postacie, gdzie obrzęki są pierwszym, czasem jedynym objawem, przytem duży białkomocz i nieznaczny lub brak krwimoczu. Leczenie to samo, co i w poprzedniej postaci. Obrzęki 3 rodzajów: nefrytyczne, nefrotyczne i sercowe. Leczenie drugiego rodzaju obrzęków: djeta, obfitująca w proteiny (norma ich we krwi 7 — 8 g.%; niżej 5 g.% powstają obrzęki), mało płynów, mało soli, mocznik 3 razy dz. po 20 g., łóżko, ciepło. *Nephritis chronica* — leczenie objawowe. Jerzy F a j w l e w i c z (Łódź).

O. FREYTAG. **Leczenie śpiączki mocznicowej za pomocą Coraminy.** (Ther. Gegenw. 1933 Nr. 5).

Autor przytacza przypadek uratowania 5-letniego dziecka przez wprowadzenie do mięśni 5,5 cm.³ Coraminy. Godny uwagi jest natychmiastowy skutek oraz okoliczność, że tak wielka dawka, jak 5,5 cm.³ bywa znoszona bez szkody. Przypadek ten tyczył się płonicy o lekkim przebiegu, po której wywiązało się ostre zapalenie nerek (*glomerulonephritis acut.*), a następnie śpiączka. Na myśl posilkowania się Coraminą wpadł autor, zważywszy, że Coramina w zatruciach oddaje cenne usługi. Ciężki stan chorego dziecka skłonił go przypadkowo do wypróbowania działania Coraminy.

F. S i e n i c k i.

Choroby nerwowe i psychiczne.

SCHEINKER J. **Przyczynę do symptomatologii złośliwych nowotworów ośrodkowego układu nerwowego.** (Archiv für Psychiatrie T. 95, 679-698 1932).

Rozpoznanie za życia chorego rozsianej sprawy przerzutowej złośliwej w środkowym układzie nerwowym jest rzeczą niełatwą. Przed laty 10-ciu P e t t e podkreślił tróję objawów: ciężki obraz mózgowy, objawy oponowe, porażenia mnogie ze strony nerwów czaszkowych i korzonków rdzenio-

wych. S c h e i n k e r akcentuje okoliczność, że mimo licznych ognisk mózgowych brak nieraz objawów mózgowych, a przebieg choroby może być błyskawiczny i przewlekły, bogaty lub ubogi w zespoły patognomoniczne, zależnie od siedliska, obszaru i intensywności sprawy nowotworowej. Przy braku utajonego ogniska wyjściowego narządu jest ważna dla rozpoznania *carcinomatosis diffusae* układu nerwowego: stwierdzenie komórek złośliwych w płynie mózgowo-rdzeniowym, postępujące upośledzenie obustronne nerwów czaszkowych i rdzeniowych. Pierwotnego ogniska szukać należy nie tylko, jak to jest zwyczajem, w jamie brzusznej, ale i w jamie piersiowej.

H. H i g i e r.

GÉRONNE. **Nerwica przeczuleniowa a gościec.** (D. m. W. Nr. 39 1932).

Powyższe cierpienie bywa często przeoczane lub podciągane pod pojęcie myalgji lub neuralgji. Występuje u osobników nerwowych, u których stwierdza się na znacznej przestrzeni przeczulicę skóry na bodźce bólowe, dotykowe i termiczne. Wrażliwość uciskowa nerwów (punkty V a l l e i x a) znacznie wzmożona, jak również wzmożony jest odczyn bólowy przy wstrzykiwaniach podskórnych i domięśniowych. Objawy bólowe przy ucisku mięśni obejmują na zmianę poszczególne grupy mięśni, występują ostro i utrzymują się przez kilka dni lub przez czas dłuższy. Ciekawe jest okresowe zjawianie się wrażliwości u tych osobników, przyczem czynnik klimatyczny ma pewien wpływ na występowanie przeczulicy. U osobników, dotkniętych tem cierpieniem, nie stwierdzano objawów hysterji, a nawet u niektórych przy dokładnem badaniu nie znajdowano żadnych zaburzeń w układzie nerwowym. Przy dokładnem obmacywaniu tkanki podskórnej wyczuwamy w miejscach, odpowiadających przeczulicy, guzki wielkości ziarna prosa do grochu. Pogląd na istotę tych guzków jest dotąd nieustalony. Niektórzy badacze są zdania, iż guzki odpowiadają odruchowym skurczom przewrażliwionych mięśni. Dla wyodrębnienia nerwicy przeczuleniowej od myalgji wskazane jest przy badaniu neurologicznem skontrolowanie oddziaływania skóry i mięśni na bodźce bólowe i dotykowe. Przy myalgji stwierdzamy niekiedy punkty bólowe, ale tylko na ograniczonej przestrzeni. Poza tem brak jest konstytucji nerwowej.

Wanda L u x e n b u r g o w a.

C. R. SCHLAYER. **Często spotykany zespół neurasteniczny i jego leczenie.** (Münchener medizinische Wochenschrift st. 1864--1870. 1932).

Autor opisuje nierzadki zespół neurasteniczny, nie podający się leczeniu, a posiadający swoje położe w czynności żołądka i łatwo usuwalny przy racjonalnem leczeniu żołądka. Mężczyźni lat 30 — 50, energiczni, pracowici tracą siłę i inicjatywę do pracy w godzinach południowych, co ich zmusza do kładzenia się, odpoczynku, snu, nie dając atoli wybitnej poprawy. Towarzyszy tym napadom zdenerwowanie, zawroty głowy i nieraz *pseudoangina pectoris*. Obiektywnie stwierdza się: obłożony język, spastyczne zaparcie, objaw C h w o s t k a, pluskanie w żołądku w 2 — 3 godziny po jedzeniu i w tymże czasie mętny, mleczny moc, obfitujący w fosforany. Badanie żołądka stwierdza stale nadmierne wydzielanie soków. Autor widział znakomite poprawy po przemywaniach żołądka, po usunięciu hipersekrecji, uregulowaniu djety, odstawieniu kawy i papierosów. Autor z kategorii polipragmatyków „tanich” — gdyż jest odmiana „drogich” polipragmatyków, szastających legionem najdroższych, jeszcze nie wypróbowanych specyfików — zaleca jednocześnie: chłodne obmywania, ranne prysznice, 3 razy dziennie adalinę (0,1), 3 razy dziennie atropinę (½ mlgr.) i 3 razy dziennie fosforan sodu w proszku *Natr. phosphor. sicc.* 30,0, *Natr. sulf.* 20,0, *Natr. bicarb.* 30,0, (po ½ łyżeczki). (Ciekawa rzecz, że obraz ten opisują od lat 30-tu co kilka lat jako nowy zespół nerwowy u żołądkowo chorych. Bliższa jednak analiza dowodzi, że sama hipersekrecja żołądka bez współistniejącej neuropatii go nie wywołuje. Ref.).

Streszczenia pojedyncze.

Patologia kliniczna i doświadczalna.

V. P. MAZZOLA i M. A. TORREY. **Badania doświadczalne nad wpływem wśródzylnych zastrzykiwań hipertonicznych rozczywnów glukozy na krwiobieg kota.** (Amer. J. Obst. and Gyn. Nr. 5/1933).

50% rozczyzn cukru gronowego, zastrzyknięty wśródzylnie kotom z obniżeniem ciśnienia krwi, wywoływał w końcu trwale podniesienie ciśnienia krwi, ciśnienia tętna, trwały spadek częstości tętna. Przedoperacyjne zastrzyknięcie 50% rozczyynu cukru gronowego zmniejsza spadek ciśnienia krwi, powstały wskutek jej upływu podczas zabiegu operacyjnego.

H. L.

FIESSINGER. **Rola wątroby w patogenezie kamicy.** (Nutrition 6—1932).

Udziału wątroby w pochodzeniu kamieni dowodzi kamica wątrobową, kamica po usunięciu woreczka żółciowego. Kamyki wątrobowe nie są podobne do pęcherzykowych, nie mają przygladzonych powierzchni, nie wykazują na przekroju promieniowania. Zawierają mniej cholesteryny, niż kamienie barwnikowe, ale dużo bilirubiny i soli mineralnych. Jądra kamieni powstają w wątrobie jako strąty bilirubinianu wapnia dokoła szczątków komórek zwyrodniałych po infekcji lub intoksykacji wątroby. O ile nie zostaną wydalone, strąty te, jako zawiązki kamieni, trafiają do pęcherzyka. Dokoła nich tworzą się kamienie barwnikowe lub cholesterynowe. Przemiana cholesteryny w patogenezie kamicy przechodzi trzy fazy: krwi, wątrobową, żółciową. Hipercholesterynemia stwierdzona jest u większości chorych na kamice; nie jest przyczyną, a wynika z zapalenia woreczka na tle kamicy. Według Th a n n h a u s e r a, poziom cholesteryny we krwi może opisać po utworzeniu się kamieni. Kamica jest postacią nieznanej choroby. Według G r i g a u t wątroba wytwarza kwasy i sole żółciowe z cholesteryny. Bez względu na jej poziom zbyt mała ilość soli kwasów żółciowych może spowodować strącanie się cholesteryny. Żółć B pęcherzyków z kamieniami barwnikowymi zawiera mniej cholesteryny. Według A s c h o f f a okres wzmoczenia wydalania cholesteryny idzie w parze z obniżeniem się poziomu soli kwasów żółciowych. Do czynników sprzyjających wydalaniu cholesteryny zalicza dziedziczność, płeć, okresy fizjologiczne, infekcje, brak witamin A. Badania N e w m a n n a wykazują, że połączenie cholesteryny i soli kwasów żółciowych utrzymuje cholesterynę w roztworze. W stanie normalnym $\frac{\text{sole kw. żółc.}}{\text{cholester.}} = 15,7$, w kamicy

barwnikowej = 16,3, w kamicy cholesterynowej = 5,9. Faza barwnikowa stwarza kontakt między jądrem organicznym a cholesteryną, która strąca się koło niego. Do strącania się niezbędna jest stagnacja żółci jałowej lub zainfekowanej. Zastój możliwy jest również w wątrobie. Strąty wapniowe są zjawiskiem bardzo wczesnym, gdyż znajdują się w jądrze kamieni, mogą być procesem wtórnym pozapalnym. Pozatem warstwy wapniowe mogą się tworzyć tylko przy podrażnieniu mechanicznym. Kamienie, znajdujące w przebiegu marskości barwnikowej, zawierają więcej Cu i Fe. W kamieniach bilirubinowych jest więcej Cu, niż w cholesterynowych.

T u r y n.

H. LOTZE. **O mechanizmie działania dużych dawek żelaza na florę jelitową.** (Dtsch. Arch. klin. Med. t. 175 z. 5).

Autor przeprowadzał celem wyjaśnienia mechanizmu działania wysokich dawek żelaza, podawanych doustnie, badania doświadczalnie-bakterjologiczne. Wyniki tych badań,

sprowadzające się do stwierdzenia faktu, że mianowicie żelazo w dużych dawkach może działać bakterjobójczo zarówno na tlenową, jak i beztlenową florę bakteryjną, nadają się, jak się zdaje, do rozszerzenia dotychczasowych poglądów na sposób działania żelaza w tym sensie, że jego znaczenie polega nie tylko na bezpośrednim jego zużyciu do syntezy hemoglobiny, lecz również na jego wpływie na florę jelitową, który jest charakterystyczny dla tak zwanych adsorbujących środków odkażających. Czy to tłumaczenie, które autor tymczasem chciałby zastosować w znaczeniu S c h o t t m u e l l e r a tylko do opisywanych dawniej przez tego autora przypadków niedokrewności w ciężkim niezycie jelit, *aphtae tropicae* lub po wycięciu większych odcinków jelit, można przeznaczyć również na niedokrewności, powstające z innych przyczyn, mogą wykazać dopiero dalsze spostrzeżenia.

Henryk J. L a n d a u.

B. STUBER i K. LANG. **O przemianie rodanowej.** (Dtsch. Arch. klin. Med. t. 175, z. 5).

Zdaniem autorów, wszystkie dotychczasowe metody oznaczania rodanu we krwi oraz w wydzielinach i wydalinach, polegające na zasadach kolorymetrycznych i miareczkowaniu, były obciążone wieloma błędami i dawały wyniki, przewyższające istotną zawartość rodanu 5 — 20 krotnie. W przeciwieństwie do starych metod metoda autorów polega na swoistym dla rodanu odczynie, gdyż autorzy wyosobniają jako złożony rodanek miedziowo-pyrydynowy — $[\text{Cu(Py)}_2](\text{SCN})_2$. Wytwarzanie rodanu w ustroju zwierzęcym jest procesem zachyłkowym. Autorom udało się wyodrębnić zaczyn, przyspieszający syntezę rodanu, który nazwali r o d a n e z a. Z wyjątkiem krwi i mięśni wykazano obecność rodanezy we wszystkich badanych narządach, zaś szczególnie obficie w nadnerczach, wątrobie, gruczołach ślinowych, gruczole tarczowym i pewnych odcinkach mózgu. Zawartość rodanezy w pozostałych narządach jest nieznaczna. Optimum Ph dla syntezy rodanu = 8,3. Największa ilość rodanu w ustroju zwierzęcym powstaje dzięki syntezie zaczynowej, a więc siarki i kwasu cjanowodorowego. Zawartość rodanu we krwi, określana metodą autora, jest dość stała i wynosi od 100 do 200 γ %. Nie u wszystkich palaczy zawartość rodanu jest zwiększona. Uderzająco niskie liczby zawartości rodanu we krwi znaleziono w zaburzeniach wewnętrznych, przedewszystkiem zaś w chorobie B a s e d o w a. Autorzy nie mogli potwierdzić spostrzeżenia B e c h e r a, jakoby w niedomodze nerek zwiększona była zawartość rodanu we krwi całkowitej, przyczem rodan jest równomiernie rozmieszczony w osoczu i ciałkach krwi.

Henryk J. L a n d a u.

Choroby serca i naczy.

I. MAHAIM. **Zawroty głowy pochodzenia z zatoki szyjnej u chorych z miażdżycą tętnic.** (Médecine Nr. 4/1933).

U chorych z miażdżycą tętnic, zgłaszających się do lekarza z powodu zawrotów głowy, konieczne jest badanie stanu odruchu z zatoki szyjnej. Już w wywiadach znaleźć można pewne dane, zmuszające do badania w kierunku rozpoznania zawrotu głowy pochodzenia z zatoki szyjnej o dobrym rokowaniu. Podawanie atropiny przynosi większości tych chorych bardzo szybko ulgę, lecz niezbędne jest badanie elektrokardiograficzne, ażeby móc odróżnić ten zawrót głowy pochodzenia z zatoki szyjnej wskutek bardzo silnej bradykardji u zespołu rozpoczynającego się rozkojarzenia przedsionkowo-komorowego (zespół A d a m s - S t o k e s a).

Henryk J. L a n d a u.

P. N. DESCHAMPS. **Zastrzykiwania podskórne kwasu węglowego i pochodnych gazów cieplicowych w leczeniu chorób serca i naczyń.** (Médecine Nr. 4/1933).

Zastrzykiwania podskórne gazu cieplic w Royat nie są niebezpieczne. Nie wywołują one żadnego niepomysłnego odczynu, żadnego wstrząsu, można je bez obawy powtarzać. Nie powodują one żadnych zmian ani ciśnienia tętniczego, ani wskaźnika oscylometrycznego. Wyniki, otrzymane zapomocą tej metody w leczeniu dusznicy bolesnej i chromania przestankowego, nie wydają się autorowi wybitnymi. Metoda leczenia pewnych zespołów sercowo-naczyniowych, a mianowicie dusznicy bolesnej i chromania przestankowego zastrzykiwaniami podskórnymi bądź dwutlenku węgla, bądź gazów pochodnych, a w szczególności gazem cieplicowym z Royat zasługuje na dalsze badania, lecz wyniki jej przynajmniej dotychczas nie noszą charakteru przekonującego.

Henryk J. L a n d a u.

L. DAUTREBANDE. **Wpływ leków, obniżających ciśnienie, na doświadczalne nadciśnienie przewlekłe.** (Médecine Nr. 4/1933).

Wyniki, otrzymane zapomocą leków w nadciśnieniu doświadczalnym u psów, są najzupełniej ujemne. Ani papaweryna w dawce dziennej 0,02 gr., ani trinitryna w 1% roztworze alkoholowym w dawce 10 kropeł dziennie, ani azotyn sodowy w dawce 0,2 gr., 0,5 gr., 1 gr. dziennie, podawane przez 6 do 12 dni, nie wywołały najmniejszego spadku ciśnienia tętniczego u tych zwierząt. Podawanie wodoru chloralu w dawce dziennej od 1 do 3 gr. wywołało w jednym przypadku spadek ciśnienia o 20 do 30 mm. Hg., lecz nie powtórzył się on więcej ani razu u tego samego zwierzęcia, zaś u 2 pozostałych wodoru chloralu nie dał od początku żadnego wyniku. Azotyn amylowy, wdychany przez nozdrza, wywołuje zarówno u psów, jak i u królików znaczne podniesienie ciśnienia krwi. U ludzi wdychanie azotynu amylowego może wywołać zarówno podniesienie, jak i spadek ciśnienia krwi, może również pozostać bez wpływu na ciśnienie tętnicze. W większości przypadków wziewaniu azotynu amylowego towarzyszy zmniejszenie się liczby oddechów aż do zupełnego bezdechu oraz zwolnienie akcji serca, dochodzące w pewnych przypadkach do 40 — 50% liczby wyjściowej. Autor nie ma zamiaru zaprzeczać czynności rozszerzającej naczyń azotynu amylowego; lecz należy sobie zadać pytanie, czy, aby wywołać obniżenie ciśnienia u człowieka, nie jest niezbędny jeszcze jakiś inny czynnik, niż to rozszerzenie naczyń obwodowych. Rzekąwszy, 1) to rozszerzenie naczyń jest zawsze bardzo ograniczone, 2) w większości doświadczeń zaczerwienienie twarzy i szyi występuje w dość długim czasie od początku wziewania azotynu amylowego, podczas gdy zmiany ciśnienia i częstotliwości akcji serca już się dawno rozpoczęły, 3) to rozszerzenie naczyń może nastąpić już po powrocie ciśnienia do normy, 4) może ono współistnieć z podniesieniem ciśnienia, 5) w pewnych przypadkach u tego samego osobnika azotyn amylowy wywołuje dzisiaj podniesienie, jutro spadek ciśnienia krwi, 6) spadkowi ciśnienia w wielu przypadkach towarzyszy silne zwolnienie akcji serca, tak, że należy się zastanowić, czy ta bradykardia, niezależnie od rozszerzenia naczyń, nie jest przyczyną spadku ciśnienia krwi.

Henryk J. L a n d a u.

Choroby przemiany materji i gruczołów wewnątrzwydzielniczych.

F. HOGLER. **Przyczynek do badań nad ośrodkowo-nerwową regulacją przemiany węglowodanowej.** (Wien. kl. Woch. Nr. 41 1932).

Duże dawki piramidonu zwiększają poziom cukru we krwi. Ponieważ ergotamina usuwa to zwiększenie, niezbędne

bodźce muszą przebiegać ośrodkowymi drogami współczulnymi. Pozostają one w związku z ośrodkiem współczulnym w pniu nerwowym, co wynika z tego, że działanie piramidonu znoszą luminal oraz weronal, nie znosi go natomiast wodoru chloralu (który wywiera działanie na korę). Sole magnezowe powodują również podniesienie poziomu cukru we krwi, którego jednak nie znosi weronal, lecz wodoru chloralu. Dlatego też ośrodek, którego podrażnienie wywołują sole magnezowe, musi się znajdować w wyżej położonych odcinkach mózgu. Takie same spostrzeżenia poczyniono również w doświadczeniach z wycinaniem mózgu.

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

S. C. DYKE. **Znaczenie węglowodanów w leczeniu cukrzycy.** (The Lancet T. 1, Nr. 19—1932).

Przed erą insulinową jedną z głównych cech diety, stosowanej w cukrzycy, było niedokarmianie chorych ze szczególnymi ograniczeniami ilości węglowodanów; za tego rodzaju postępowaniem przemawiały słynne doświadczenia A l l a n a, który stwierdził, że przez wycinanie psom części trzustki można uzyskać cukrzycę o różnym nasileniu, w zależności od wielkości wyciętej części trzustki; poatem autor ten stwierdził, że doświadczalna łagodna cukrzyca nie postępuje, jeśli zwierzę jest niedokarmiane; przy obfitej natomiast diecie, zwłaszcza węglowodanowej, cukrzyca zwierzęcia doświadczalnego stopniowo ulegała pogorszeniu. Obecnie nie należy stosować głodzenia w leczeniu cukrzycy; umiejętnie dawkowanie insuliny pozwala stosować dietę pełnokaloryczną, dzięki której chorzy są zdolni do pracy. Dieta A l l a n a składała się z 50 gr. białka, 50 gr. węglowodanów, 150 gr. tłuszczu. Doświadczenie wykazało, że należy powiększyć dawkę węglowodanów; w ten sposób chory najlepiej chroniony jest przed ketozą; poatem dieta obfita w węglowodany jest tania, wygodna dla chorego, smaczna; zdaniem wielu autorów, dieta dawna, obficie tłuszczowa sprzyjała rozwojowi zmian miażdżycowych naczyń krwionośnych. Autor zwraca uwagę na fakt, że dieta obfita w węglowodany bynajmniej nie wymaga odpowiednio większych dawek insuliny.

Jakób P e n s o n.

J. BELOT, LEDINE. **O wartości metod leczniczych choroby Basedowa.** (Annales de Méd. T. 33, Nr. 4—1933).

Leczenie farmaceutyczne, polegające na stosowaniu przetworów bromu, walerjany, ergotaminy, chininy, naparstnicy, ma jedynie znaczenie objawowe; najcenniejszym lekiem jest jod, który działa powoli, lecz zawsze przynosi poprawę, jeśli jest odpowiednio stosowany. Wszystkie jednak obserwacje wykazały, że poprawa, uzyskana przez jod, jest nietrwała, i, że nadchodzi chwila, kiedy chory na B a s e d o w a nie wykazuje poprawy po jodzie. Zdaniem autorów, rola preparatów jodowych winna ograniczać się do przygotowania chorego do zabiegu operacyjnego lub do jednoczesnego stosowania jodu obok radioterapii. Nie można więc poprzestać na leczeniu farmaceutycznym, lecz trzeba uciec się do metod skuteczniejszych. Najbardziej rozpowszechnione jest leczenie chirurgiczne, polegające na wycięciu znacznej części obu płatów tarczycy. Po zabiegu zwykle występuje szybko poprawa; autorzy zwracają uwagę na fakt, że poprawie ulegają objawy t. zw. tarczyczne, jak bóle głowy, nieprawidłowe miesiączkowanie u kobiet, objawy jelitowe, metabolizm; natomiast zespół objawów, zależny od układu sympatycznego, jak zaburzenia nerwowe, bicie serca, wytrzeszcz oczu, trwają nadal. Śmiertelność pooperacyjna waha się w rozległych granicach (0,82% — Klinika M a y o, największa zaś do 12—15%), w zależności od ciężkości przypadku, techniki operacyjnej i należytego przygotowania chorego do zabiegu. Pomimo tak dobrego wyniku należy pamiętać o możliwości powikłań

rzucających cień na leczenie chirurgiczne. Niekiedy w czasie samego zabiegu występuje nagle zejście śmiertelne z nieznannej przyczyny; po zabiegu często występują napady nadczynności tarczycy z wysoką gorączką, kończące się zwykle pomysłnie, mogące niekiedy być przyczyną śmierci; chirurg, dążąc do wycięcia jaknajwiększej części tarczycy, może wywołać obrzęk śluzakowaty lub ciężkę; niekiedy po zabiegu występują nawroty, których przebieg jest b. ciężki. Wreszcie okres zdrowienia trwa parę miesięcy, a w ciągu takiego okresu czasu przeprowadzić można leczenie fizykalne, dające niegorsze wyniki, nie narażając chorego na powikłania. Fizjoterapia w postaci faradyzacji i galwanizacji oddaje usługi dobre w przypadkach o lekkim przebiegu z przewagą objawów ze strony układu sympatycznego; w przypadkach cięższych z objawami toksycznymi ze strony tarczycy autorzy posługują się radioterapią; w przerwach między naświetlaniami prom. Roentgena stosują elektroterapię. Leczenie energią promienistą w połączeniu z galwanizacją i faradyzacją daje wyleczenie w 80 — 90%; autorzy zwracają uwagę, że na wynik naświetlań promieniami Roentgena należy czasem długo czekać — dopiero półroczne wyczekiwanie jest ostatecznie miarodajne. Autorzy stosowali naświetlania co 8 — 12 dni; po 12 naświetlaniach przerwa 2 — 3 miesięczna. Po pierwszych seansach niekiedy występują bóle głowy, objawy nerwowe, wzrost temperatury; objawy te są jednak łagodne i przemijające. Niektórzy autorzy stwierdzili po leczeniu Roentgenem obrzęk śluzakowaty; autorzy w piśmiennictwie znaleźli 20 tego rodzaju powikłań; przypadki te są jednak łatwo uleczalne, przejściowe, dlatego też autorzy sądzą, że powikłanie to nie stanowi obrazu prawdziwego obrzęku śluzakowatego, lecz jest wyrazem t. zw. „instabilité thyroïdienne”. Poważnym zarzutem, przemawiającym przeciwko naświetlaniom tarczycy promieniami Roentgena, mają być zrosty, które utrudniają w następstwie przeprowadzenia operacji. Zdaniem autorów, zrosty nie zależą od promieni Roentgena, lecz są zejściem spraw zapalnych, toczących się wokół tarczycy, która w przebiegu choroby Basedowa jest bogato unaczyniona; za tem przemawiają liczne spostrzeżenia, gdzie w czasie operacji stwierdzono rozległe zrosty, choć chory wcale nie był naświetlany Roentgenem. Stosując wyżej opisana metodę kombinowaną, autorzy uzyskali 92,5% wyzdrowień w chorobie Basedowa. Do leczenia chirurgicznego nadają się jedynie przypadki, w których na pierwszy plan występuje duszność lub też, kiedy objawy toksyczne są b. gwałtowne i prowadzą szybko do charłactwa.

Jakób P e n s o n.

J. W. HINTON. **Bóle brzucha zależne od zmniejszonej czynności gruczołu tarczowego.** (The Journ. of the A. M. A. T. 98—Nr. 20—1932).

Autor opisuje cztery przypadki, gdzie na plan pierwszy wysuwały się skargi, typowe dla wrzodu żołądka lub dwunastnicy; natomiast badanie promieniami Roentgena oraz chemizm żołądka nie przemawiały za sprawą wrzodową. Dokładniejsze badanie chorych wykazało objawy obniżenia czynności tarczycy w postaci depresji umysłowej, suchej skóry, wypadania włosów; we wszystkich przypadkach stwierdzono obniżenie metabolizmu. Autor sądzi, że niekiedy bóle brzucha mogą zależeć od niedoczynności tarczycy; objawy hipotyreoidyzmu są zwykle łagodne. Leczenie preparatami tarczycy w opisanych przypadkach dało poprawę ogólną oraz ustąpienie bólów brzucha.

Jakób P e n s o n.

D. AYMAN, H. ROSENBLUM, M. FALKON-LESSES. **Zmiany sercowe bez objawów niedomogi w przebiegu obrzęku śluzakowatego.** (The Journ. of the Am. Med. Assoc. Nr. 20—1932).

Po raz pierwszy Z o n d e k opisał zmiany sercowe,

występujące w przebiegu obrzęku śluzakowatego; stwierdził rozszerzenie granic serca, osłabioną czynność serca przy normalnym ciśnieniu krwi. Po zastosowaniu preparatów tarczycy granice serca zmniejszają się. Autorzy opisują 2 typowe przypadki zmian sercowych, zależnych od niedoczynności gruczołu tarczowego. Po zastosowaniu przetworów tarczycy wraz z poprawą przemiany podstawowej rozszerzone granice serca wróciły do normalnej wielkości.

Jakób P e n s o n.

Choroby skóry, weneryczne i płciowe.

MONCORPS C. i BORGER G. **Mycosis fungoides ze zmianami w mózgu i nerwach czaszkowych.** (Virchows Archiv. T. 286. 157—166. 1932).

Granulacyjne cierpienia, par excellence skórne, dają tu i ewdzie przerzuty do narządów wewnętrznych, najrzadziej do układu nerwowego, tak, iż monografiści wielkiego Handbuchu J a d a s s o h n a piszą o tem (H e r z h e i m e r i M a r t i n): „Do wyjątkowych rzadkości należy umiejscowienie tkanki *mycosis fungoides* w substancji mózgowej lub otaczających ją tkankach”. Przypadek taki opisują, autopsycznie stwierdzony i obficie ilustrowany, M o n c o r p s i B o r g e r z dermatologicznej kliniki monachijskiej. Infiltracje ziarniniakowe usadowione są w oponach miękkich, *corpus quadrigeminum*, *nucleus caudatus*, *ganglion Gasseri* i w nerwach czaszkowych. Autorzy wolą nie mówić o przerzutach, lecz o *mycosis fungoides* z lokalizacją wewnątrzmożgową.

H. H i g i e r.

A. SCHNABERTH. **O zapaleniu pępka wskutek ciała obcego jako chorobie zawodowej.** (Wien. kl. Woch. Nr. 43 1932).

Autor widywał u robotników rolnych zapalenia pępka (*omphalitis*), wywołane przez wąsy jęczmienia, które przenikają do skóry pępka podczas zbierania i przyciskania zboża do brzucha. Po usunięciu wąsów i zastosowaniu odkażającej przysypki stan ten ulegał wyleczeniu.

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

F. ORNSTEIN. **Przyczynę do rozpoznawania rzeżączki za pomocą szczepienia skórno - odczyn Blenotestu.** (Wien. kl. Woch. Nr. 50/1932).

Autor prowadził dalej badania I. N e u e r a nad Blenotestem, przygotowanym przez Wiedeński Zakład Sero-terapeutyczny, które wykazały daleko idącą zgodność wyników z wynikami odczynu odczyna dopelniającego.

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

E. LOEWY. **Badania kontrolne nad blenotestem, odczynem skórnym dla wykrycia rzeżączkowych schorzeń głębokich.** (Wien. kl. Woch. Nr. 44 1933).

Blenotest w obecnej swej formie nie nadaje się ani do celów rozpoznawczych, ani prognostycznych.

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

H. MATZENAUER. **W sprawie dziedziczenia kiły.** (Wien. kl. Woch. Nr. 44 1932).

Autor uważa, że jego postawiona przed 30 laty teza, iż tylko łóżyskowe przenoszenie przymiotu jest dowiedzione, natomiast ojcowskie jest niedowiedzione, zachowuje swą wartość do dzisiejszego dnia.

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

L. LAZAROVITS. **Rola konstytucji w rozwoju różnych zmian kiłowych, a zwłaszcza zapalenia tętnicy głównej.** (Wien. kl. Woch. Nr. 52-53 1932).

Aczkolwiek tylko drobna część leczonych według zasad sztuki lekarskiej zapada na późne zmiany kiłowe, dalszy los chorych z przymiotem zależy od dalszego leczenia, zjadliwości

krętków i w dość dużym stopniu od konstytucji chorego. Tak więc chorzy typu piknicznego wykazują z biegiem lat najbardziej nikłą zdolność do stawiania oporu przyniotowi. 50% zbadanych bez wyboru z zapaleniem tętnicy głównej należało do typu piknicznego, a tylko znikomo drobny odsetek do typu leptozomo-astenicznego.

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

LESSER. Czy przewlekłe przerywane leczenie kiły ma jeszcze dziś rację bytu? (D. m. W. Nr. 20/1933).

Świeże przypadki kiły, nie tylko w okresie nacieku pierwotnego, ale i wtedy, gdy odczyn W a s s e r m a n n a jest dodatni, a wystąpiła różyczka, leczą się b. skutecznie (92%) jedną kuracją salwarsanu aż do wystąpienia ujemnego odczynu W. Można ewentualnie jeszcze dodać 3 wstrzyknięcia salwarsanu „dla pewności”. Dalsze postępowanie winno opierać się na obserwacji klinicznej i serologicznej. W przeciągu 6-ciu miesięcy po leczeniu badanie krwi winno się powtarzać co 2 miesiące, później co kwartał. O ile stosowano leczenie mieszane (bismutowe), nawroty dodatniego odczynu odchylenia dopełniacza zdarzają się o wiele rzadziej. Jeżeli po 2 latach spostrzegania niema zmian we krwi, przypadek można uważać za wyleczony. Leczenie przewlekłe z przerwami należy zachować dla przypadków z uporczywie utrzymującym się dodatnim odczynem W a s s e r m a n n a.

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

NICOLAS i LEBEUF. Jak prowadzić leczenie kiły u chorych z uszkodzoną wątrobą. (Nutrition 2—1933).

Wszystkie znane środki przeciwkiłowe są jadami wątrobowymi, w stopniu jednak niejednakowym. Najmniej szkodliwe są związki Hg i J, dalej idą związki Bi, najszkodliwsze są pochodne As. Wybór środka zależy od zmian znalezionych w wątrobie. Nie można dowierzać stanowi wątroby u starych luetyków, których wątroba jest uszkodzona przez krętki i przez liczne kuracje przeciwkiłowe; czynnościowo niewydolna jest wątroba ludzi starych, otyłych, alkoholików, cierpiących na kamicę żółciową, artretyków, ciężarnych, osób z dziedzicznymi cierpieniami wątroby. Na niedomogę wątroby wskazują zaburzenia w trawieniu, przemijające obrzęki twarzy, świąd, pokrzywka, krwawienia z nosa. Wobec tych objawów nie wolno stosować pochodnych As, o ile jednak niedomoga wątroby stwierdzona została tylko na podstawie badań czynnościowych, można z ostrożnością podawać nowarsenobenzol. Schemat V a u t h e y a: Kliniczne i czynnościowe objawy niedomogi wątroby — przetwory As przeciwwskazane; brak objawów niedomogi wątroby pomimo obciążających wywiadów: o ile badania czynnościowe wypadają dodatnio — nie należy stosować przetworów As; przy ujemnym wyniku tych badań — leczenie ostrożne, brak objawów niedomogi wątroby; w wywiadach nie obciążającego: przy dodatnim wyniku badań leczenie ostrożne, przy wyniku ujemnym — zwykle leczenie swoiste. Ostrożne leczenie przetworami As polega na jednoczesnym podawaniu glukozy, preparatów wątroby, alkalizacji płynów ustrojowych, np., wodami Vichy, które też usprawniają czynność wątroby. Kuracja Vichy jest więc wskazana z trzech względów: 1) u chorych z lekką niedomogą wątroby, o ile kuracja przeciwkiłowa musi być przeprowadzona bez zwłoki; rozpoczyna się wtedy od preparatów Hg, J, Bi. Po ukończeniu kuracji mineralnej dopuszczalne jest wstrzykiwanie ostrożnie nowarsenobenzolu. O ile znów chory może zależeć z leczeniem przeciwkiłowym, przeprowadza się uprzednio kurację mineralną, po której można już leczyć kiłę wszystkimi metalami. (As ostrożnie). 2) U chorych, u których niedomoga wątroby dostrzeżona została dopiero podczas leczenia, należy przerwać leczenie nowarsenobenzolem, przystąpić na innych związkach przeciwki-

łowych i przeprowadzić kurację mineralną; po tej kuracji dozwala się na powrót do nowarsenobenzolu, również ostrożnie dawkowanego. 3) U chorych z ciężką niedomogą wątroby nowarsenobenzol jest przeciwwskazany, a leczenie pochodniami Hg, J, Bi powinno łączyć się lub następować po kuracji mineralnej. Nowarsenobenzolu nie wolno stosować w żadnym przypadku żółtaczki infekcyjnej, toksycznej kiłowej. Kiłę chorych z ciężkimi zmianami w wątrobie (marskość, ropień, bąblowiec, nowotwór) leczy się preparatami Hg, Bi, J. Jednocześnie wskazane są kuracje mineralne, opoterapia wątrobową.

F. T u r y n .

Choroby nerwowe i psychiczne.

L. PRETI. Zakażenie meningokokowe poprzedzające nagminne zapalenie opon mózgowych. (Policlinico Sez. Piał. Nr. 16 1933 r.).

Autor podaje jeden przypadek zakażenia meningokokowego typu rzekomo - zimniczego, w którym obok ogólnych objawów septycznych wystąpiło zapalenie wsierdza oraz opłucny; ponadto w 3-ch miesięcznym okresie trwania cierpienia wielokrotnie występował silny odczyn oponowy. W końcu choroby rozwinął się ciężki obraz nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, które doprowadziło do zejścia. Ze krwi, z płynu opłucnowego i mózgowo - rdzeniowego wyhodowano meningokoki grupy III-iej. Za źródło posocznicy meningokokowej oraz zapalenia opon autor poczytuje zakażenie ogniskowe, które w tym przypadku pochodzi prawdopodobnie z przestrzeni podpajęczynówkowej. Meningokoki z jamy nosowo-gardzielowej poprzez naczynia chłonne usadowiły się w przestrzeni podpajęczynówkowej, atakując jednocześnie ustrój w kierunku naczyń krwionośnych oraz opon. Autor wnioskuje więc, że we wszystkich przypadkach zakażeń meningokokowych należy podawać surowicę przeciwmeningokokową dołędźwiowo zarówno celem zwalczania infekcji ogniskowej, jak i w celach zapobiegawczych.

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

P. REMLINGER i J. BAILY. Zakażne porażenie opuszkowe (maladie d'Aujeszký). (Biologie médicale 31. 433—454 1933 r.).

Choroba O r z e s z k i (maladie d'Aujeszký), inaczej wrzekomą wściekłą zwaną, jest rzadką odmianą zakażnego porażenia opuszkowego, wyjątkowo u ludzi spotykana, i to w postaci poronnej. Początkowo znano dwa główne ogniska tego nagminnego cierpienia: na Węgrzech w Europie, w Brazylii i Argentynie Ameryki Południowej. W r. 1930 choroba ta wybuchła epidemicznie wśród dojnych krów w Stanach Zjednoczonych, a w r. 1931 w Holandji wśród innych zwierząt domowych, zaczynając od koni i świń, a kończąc na psach i kotach, a w r. 1932 jako mała epizootja we Francji. — Dosyć trudne jest rozpoznanie różniczkowe między wściekłą a chorobą O r z e s z k i, która również wykazuje liczne objawy encefalityczne i opuszkowe, obfite ślinienie, cukromocz i daje ciężkie rokowanie. Według autorów, zarządzających instytutem P a s t e u r a w Tangerze, okres wylegania jest w niej krótszy, kilkogodzinny, jad prawie się nie daje przenieść na człowieka, zakażenie odbywa się drogą naczyń krwionośnych i chłonnych, wyjątkowo przez pokasanie, ślinienie jest rzadsze, a ślina nie zawiera jadu, który szerzy się drogą naczyń, wyjątkowo drogą włókien nerwowych. Krew jest mocno zakażona, wysuszenie jej nie zabija jadu. Kontakt dłuższy i bliski między zwierzętami zdrowymi a chorem nie jest niebezpieczny. Ciałka N e g r i e g o, stale w mózgu wściekłych zwierząt, nie spotykają się w pseudoragie d'Aujeszký.

II. H i g i e n .

Streszczenia pojedyncze.

Djagnostyka.

K. Th. DUSSIK i O. KAUDERS. **Próby nowej metody badania węchu i smaku.** (Wien. kl. Woch. Nr. 24 1933).

Przy wśródzylnych wstrzykiwaniach Camphagain, preparatu kamforowego rozpuszczalnego w wodzie firmy „Sana-bo - Chinoin“, przychodzi do wyraźnego odczuwania zapachu, a nieco później również smaku kamfory. Pozwala to na dokładne i stopniowane w zakresie bardzo drobnych granic dawkowanie bodźca zmysłowego. Ten sposób badania uniczeleżnia lekarza od chwilowego stanu organu zmysłu. Należy się spodziewać, że ten sposób badania okaże się cennym w djagnostyce neurologicznej.

A. Neumann (Baden — Wien).

PAYNE. **Zdjęcia infra—czerwone powierzchownego układu żylnego.** (The Lancet, Nr. 5, 1934).

Metoda, stosowana w mikrofotografii komórek i włókien nerwowych. Autor zdejmował powierzchowne naczynia żyłne. Źródło światła stanowiły 2 lampy 500-watowe. Używał specjalnych filmów i filtrów do zdjęć infra - czerwonych. Zdjęcia wypadły lepiej u kobiet (cieńsza skóra). Dobrze na zdjęciu wychodziły zwłaszcza rozszerzone żyły podskórne. Metoda ta może znaleźć zastosowanie przy ocenie efektu leczniczego po zastrzykiwaniach do żyłaków oraz dla oceny obocznego krążenia żylnego.

Jerzy Fajwlewiec (Łódź).

F. STARLINGER. **W sprawie oceny sił obronnych chorego przed operacją.** (Wien. kl. Woch. Nr. 17/1933).

Przed operacją należy poddać chorego próbom, które mają na celu stwierdzenie wydolności chorego. Badania układu krążenia wykonywa się bądź zapomocą próby Kautfmanna. Chory otrzymuje co godzinę określoną ilość płynu; po upływie trzech godzin unosi się i ustawia wysoko nogi łóżka, podczas, gdy płyn podaje się dalej w tych samych ilościach. Jeżeli po uniesieniu nóg łóżka ilość moczu zwiększa się, dowodzi to istnienia utajonych obręzków, co jest ważne dla oceny stanu układu krążenia. Dla oceny zdolności odczynowych ustroju wywołuje się przed i po naświetlaniu promieniami Roentgena pęcherz kantarydowy z jednej strony, z drugiej zaś robi się bąbel histaminowy i bada się zawartość pęcherza oraz obserwuje się przebieg wytwarzania bąbla pod względem zabarwienia, wielkości i rozmiarów cbwódki, dalej bada się obraz krwi oraz odczyn opadania czerwonych ciałek krwi. Najwyraźniejszych wskazówek dostarczyło jednakże zwiększenie się liczby komórek pęcherzy, a mianowicie, dobre rokowanie daje silne zwiększenie się liczby komórek, złe — bardzo nieznaczny ich przyrost. Wyniki operacyjne przebiegały równolegle do zwiększenia się liczby komórek.

A. Neumann (Baden — Wien).

Lecnictwo.

E. FROMMEL. **Coramina czy naparstnica? Dlaczego i kiedy należy zapisywać naparstnicę, cardiazol lub hekseton? Bilans działania farmakologicznego.** (Rev. méd. de la Suisse rom. 1933 N. 14).

Autor przeciwstawia się w swej ściśle krytycznej pracy mylnym poglądom, które panują w dziedzinie stosowania środków nasercowych, i wykazuje odrębne działanie każdego z nich. Własności terapeutyczne naparstnicy są zupełnie inne, niż t. zw. środków, zastępujących kamforę. Naparstnica uzyskała swą przewagę w dziedzinie leczenia organicznych zaburzeń serca. Gdy zaś odmówią posłuszeństwa ośrodki naczynioruchowe i oddechowe, naparstnica jest bezsilna. Wtedy i tylko wtedy coramina, cardiazol i hekseton stanowią potęż-

niejszą broń w rękach lekarza, niż glukozydy naparstnicy. W terapii zaburzeń naczyniowych pochodzenia toksycznego lub zakaźnego wchodzi w rachubę t. zw. *analeptica*. Jest bezcelowym zapisywać coraminę, cardiazol czy hekseton w cierpieniach organicznych serca, jeżeli nie usprawiedliwia nas zachowanie się ośrodków oddechowego i naczynioruchowego. Preparaty, zastępujące kamforę, można w odpowiednich przypadkach stosować w dużych ilościach. Coraminie autor przyznaje pierwszeństwo. Naparstnicę i środki, zastępujące kamforę, można łączyć, gdyż działanie ich wzajemnie się uzupełnia. Nie trzeba zapominać, że działanie środków z gr. „*analeptica*“ jest przemijające, dlatego można je stosować w dużych dawkach bez obawy przedawkowania, co przeważnie dotyczy coraminy, której rozległość terapeutyczna w porównaniu z cardiazolem, a szczególnie z heksetonem jest znacznie większa.

F. Sienicki.

H. GEUTING. **Calcio-Coramina, jako nowe analepticum i środek wykrztuśny.** (Med. Welt. 1934 N. 2).

Autor zwraca uwagę na kliniczne zastosowanie samej Coraminy, o której działaniu mógł się niejednokrotnie przekonać na przypadku ciężkiego zatrucia veronalem i szeregu lżejszych zatruc środkami nasennymi. Calcio - Coramina przez swój komponent wapniowy wpływa pomyślnie na czynność serca i wywiera działanie uspakajające na układ nerwowy wegetatywny. W postaci związku rodanowego służy również jako środek wykrztuśny. Calcio - Coramina działa jako *analepticum*, jak również jako znakomity środek wykrztuśny. Działanie na układ krążenia jest takie same, jak i Coraminy, ostatnia jednak odznacza się, szczególnie w zastrzykiwaniach, szybszym działaniem. Calcio - Coraminę wypróbował zgórą na 100 chorych w przebiegu ostrych i przewlekłych cierpień narządu oddechowego z dobrym skutkiem. Zaleca się w ciężkich cierpieniach łączyć Calcio - Coraminę ze wstrzykiwaniami Coraminy. Tolerancja ustroju na Calcio - Coraminę jest dobra.

F. Sienicki.

K. SINGER. **Teoretyczne i praktyczne znaczenie działania magazynów czynnika przeciwniedokrewnościowego.** (Wien. kl. Woch. Nr. 20 1934).

Działanie magazynów czynnika przeciwniedokrewnościowego należy uważać za pewne. Leczenie za pomocą tworzenia magazynów tego czynnika w ustroju oddaje, jak się zdaje, cenne usługi w trwałym leczeniu.

A. Neumann (Baden — Wien).

TELFORD. **Sympatektomia.** (The Lancet, Nr. 9, 1934).

Sprawozdanie ze 100 zabiegów. Do zabiegu kwalifikują się następujące przypadki: 1) *thrombangiitis obliterans*; 2) choroba Raynau; 3) *acrocyranosis*; 4) *poliomyelitis anterior acuta*; 5) choroba Hirscheprunga; 6) uporczywe nawykowe zaparcie; 7) uporczywe hiperhidroza; 8) *sclerodermia i sclerodactylia*.

Jerzy Fajwlewiec (Łódź).

Gruźlica.

P. STANGANELLI. **Niewydolność serca w gruźlicy płuc.** (Rev. Ital. di Terap. 1933 Nr. 1).

St. badał różne *cardiotonica* w leczeniu gruźlicy płuc i na podstawie swoich spostrzeżeń przychodzi do wniosku, że ze wszystkich badanych środków najpewniej i najsilniej działa Coramina, nie powoduje ona żadnych niepożądanych objawów ubocznych. Antagonizm Coraminy względem morfiny stanowi o nadzwyczajnych zaletach Coraminy w leczeniu sanatoryjnym.

F. Sienicki.

J. MORIN. **Oleotoraks i wyrwanie nerwu przeponowego.** (Strasbourg méd. Nr. 1 1933).

Założenie, uczynione przed kilku laty, że oleotoraks i wyrwanie nerwu przeponowego stanowią dwie metody pomocnicze leczenia uciskowego, nie utrzymało się. Oleotoraks pozostaje i pozostanie zawsze dodatkową leczeniem uciskowego, dlatego że już samo założenie jego wymaga uprzedniego założenia odmy. Wyrwanie nerwu przeponowego, odwrotnie, odkąd przekroczyło zbyt wąskie ramy, które je ograniczały zawsze tylko do następczego stosowania w nieskutecznej odmie i uprzedniego stosowania przed torakoplastyką, daje znaczną poprawę w miarę tego, jak ustalono ściśle i rozszerzono wskazania do stosowania go. Wyrwanie nerwu przeponowego zajęło należne mu miejsce wśród najlepszych metod leczenia uciskowego i posiada własne wskazania. Jest to metoda samodzielna, która pozatem może być pomocna w leczeniu odmą, gdy ta ostatnia jest nieskuteczna. Jak wynika ze spostrzeżeń autora, oleotoraks przeciwstawia się w skuteczny sposób ciężkim powikłaniom odmy sztucznej, co jest dobre, lecz wyrwanie nerwu przeponowego pozwala uniknąć tych powikłań, co jest jeszcze lepsze.

Henryk J. L a n d a u.

V. CASTELLO. **O leczeniu zapalenia opłucny w przebiegu stosowania odmy antygenami Bocquet i Nègre.** (Rinascenza Medica 1934 r. Nr. 1).

W 14 przypadkach zapalenia opłucny, które wystąpiło jako powikłanie odmy sztucznej, autor stosował antygen metylowy B o c q u e t i N é g r e w postaci wstrzykiwań doopłucnowych i podskórnych. Leczenie rozpoczynał od 4 kropeł dziesięciokrotnie rozcieńzonego antygeny, po 3-ch dniach podawał 6 kropeł i stopniowo dochodził do dawki 1 cm³, którą stosował raz w tygodniu. Okres leczenia wynosił trzy miesiące. W 3-ch przypadkach nastąpiło zupełne wessanie się płynu. W pozostałych zaś przypadkach łączył stosowanie antygeny z wypuszczaniem płynu opłucnowego i dopełnieniem odmy. Działanie lecznicze powyższej metody nie przewyższa wyników, uzyskanych przy stosowaniu opróżnienia jamy opłucnowej z jednoczesnym uzupełnieniem odmy.

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

Ch. LESTOCQUOY. **Gruźlica gruczołów węzkowych. Postacie anatomo-radiologiczne.** (Le Monde Médical, Nr. 821, 1/1 33).

W niniejszym artykule autor pomija zmiany w gruczołach, towarzyszące i przebiegające równolegle i w zależności od zmian gruźliczych w płucach. Chodzi mu o postacie schorzeń gruczołowych, dominujące w obrazie klinicznym przy małych zmianach zakażenia pierwotnego w płucu. Wszystkie formy gruźlicy gruczołów oskrzelowych dadzą się podzielić na dwie grupy. Pierwsza spotyka się prawie wyłącznie u niemowląt, które zetknęły się z zakażeniem masowym — cechuje się masywnym zserowacaniem, prosówką płucną i dużym, miękkim, źle odgraniczonym ogniskiem zakażenia pierwotnego w płucu. Drugą postać, spotykaną u dzieci starszych, cechuje natomiast triada anatomiczna: ognisko zakażenia pierwotnego zbite, ograniczone, twarde, wielkości ziarna prosa; brak natomiast tendencji (do zmian serowatych i do uogólnienia prosówkowego. Obecnie wszyscy pedjatrzy zgadzają się z tem, że gruźlica gruczołów oskrzelowych towarzyszy szeregowi objawów ogólnych właściwych każdej postaci gruźlicy, nie wykazuje ona natomiast żadnych objawów klinicznych, które dałyby się wykryć opukiwaniem i osłuchiowaniem. Badania A r m a n d - D e l i l l e a wykazały, że gruźlica gruczołów oskrzelowych w większości przypadków jest niema i daje się rozpoznać tylko na drodze badania rentgenowskiego, które wykazuje następujące umiejscowienia: 1) Najczęstsze umiejscowienie jest o k o ł o t c h a -

w i e z n e p r a w e. Grupy gruczołów rozwijają się na powierzchni przednio - bocznej tchawicy i wtłaczają się między łuk aorty i żyłę częścią górną; rentgenologicznie uwidocznia się to a) w przypadku bardzo dużych gruczołów zaokrąglonym cieniem o wyraźnych konturach na prawym brzegu mostka i b) w przypadku mniejszych mas gruczołowych pasmem cienia przymostkowego (wzmocniony cień przesuniętej żyły częścią górnej). 2) Gruczoły boczno - tchawiczne lewe rozwijają się kosztem dwóch grup limfatycznych: okołotchawicznych i przednio — oraz boczno aortalnych. Jest to umiejscowienie rzadsze, uwidoczniające się rozszerzeniem cienia łuku aorty u dziecka — jest to dobry objaw gruźlicy gruczołów oskrzelowych. 3) Umiejscowienie węzkowe prawe jest dość częste. 4) Gruczoły węzki lewej są zazwyczaj przykryte cieniem serca. 5) Gruczoły śródpiersia są najlepiej widoczne na zdjęciach w profilu w czasie głębokiego wdechu. Dla rokowania ważne jest porównanie szeregu zdjęć wykonywanych co pewien czas. Z istnienia powiększonych gruczołów nie wolno wnioskować o ich specyficznej naturze, należy się oprzeć na zespole danych następujących. 1. Zdjęcia, które wykazują istnienie obrzmień gruczołowych i pozwalające prześledzić ich studia rozwojowe. 2. Znajomość faktu zakażenia w środowisku rodzinnym. 3. Dodatni odczyn skórny. 4. Poszukiwania prątka K o c h a w treści żołądkowej, które powinno dać wielokrotnie wynik ujemny, zanim odrzuci się przypuszczenie czynnej sprawy płucnej. 5. Spostrzeganie objawów ogólnych.

H. S z p i d b a u m.

N. A. STARKOW i W. W. POPOW. **Próba leczenia hodowlą BCG świnek zarażonych gruźlicą.** (Wopr. Tuberk. Nr. 12/1931).

Szczepionka BCG, użyta w celach leczniczych u zwierząt doświadczalnych, nie wywiera żadnego szkodliwego wpływu na przebieg gruźlicy. Szczepionka BCG może okazać pomyślny wpływ na przebieg gruźlicy zwierząt doświadczalnych pod warunkiem, że zwierzę zarażono małą dawką mało-zjadliwej hodowli prątków K o c h a. W razie zarażenia zwierząt silnie zjadliwą hodowlą szczepionka BCG, zastosowana nawet w dużych dawkach, nie wywiera zupełnie działania leczniczego. Tak więc szczepionka BCG posiada takie same właściwości lecznicze, jak wogóle mało-zjadliwe żywe prątki K o c h a. Dlatego też dalsze próby zastosowania BCG w celach leczniczych tak na zwierzętach, jak i na ludziach powinny się liczyć w pierwszym rzędzie ze stanem zakażonego ustroju. Przypuszczać można, że pewną rolę odgrywa dawkowanie BCG; zdaniem autorów, pożądane jest stosowanie niedużych i powtarzanych dawek.

Henryk J. L a n d a u.

Choroby jamy ustnej, nosa, gardła i uszu.

W. M. YOUNGERMAN. **Zejsście śmiertelne po znieczuleniu przewodowym w dole skrzydłowo-podniebiennym.** (Zeit. f. Hals. Nas. u. Ohr., t. 33, z. 2).

Do podanych w piśmiennictwie 4 przypadków nieszczęśliwych, stojących w związku z zastrzyknięciem środka znieczulającego do 2 gałęzi n. trójdzielnego, z których dwa zakończyły się zejściem śmiertelnym, autor dołącza przypadek, przez siebie obserwowany. Chodziło o 16-letniego chłopca, który cierpiał na zapalenie ropne jamy obocznych nosa. Został on poddany obustronnej operacji na zatoce H i g h m o r a. W celu znieczulenia zastosowano zastrzyknięcie nowokainy do dołu skrzydłowo-podniebiennego od strony jamy ustnej. 6 dnia po operacji wystąpiła gorączka i obrzęk policzka, a po upływie 4 dni wystąpiły objawy ropnego zapalenia opon mózgowych, co spowodowało zejście śmiertelne. Sekcja zwłok oraz badanie histologiczne potwierdziło przypuszczenie, że przyczyną zejścia śmiertelnego było zakażenie, które wyszło z dołu skrzydłowo-

podniebiennego. Trudno powiedzieć, czy wskutek iniekcji zostały zawleczone zarazki z jamy ustnej do dołu skrzydłowo-podniebiennego, czy niezależnie od tego powstał tam wskutek skażenia naczynia krwiak, który później uległ zropieniu, czy też istniały już przed operacją w tej okolicy zmiany zapalne, które przez zastrzyknięcie zostały zaktywowane. Nie dziwnego, że po tem smutnem doświadczeniu autor ostrzega przed znieczuleniem przewodowem gałęzi szczękowej n. V. w ropnych sprawach zapalnych zatoki H i g h m o r a.

J. T e n c e r.

S. J. WULFSON, B. S. PREOBRAŻENSKI i G. B. FOMIN. **Obraz rentgenowski krtani głuchoniemych.** (Żurn. Uszn., Nos. i Gardł. Bol. t. 9, Nr. 3—4 1932).

Autorzy wykonali zdjęcia krtani u 41 głuchoniemych (12 chłopców i 29 dziewcząt). Okazało się, że już w tym wieku (od 8 do 18 lat) można znaleźć w chrząstkach krtani ogniska kostnienia. Autorzy tłumaczą to przedwczesne skostnienie nieprawidłowem używaniem mięśni krtani, które się stwierdza przy mówieniu głuchoniemych.

L.

E. MATIS. **Nowe narzędzia do oświetlenia wewnętrznego i do stałej aspiracji podczas broncho- i ezofagoskopji.** (Zeit. f. Hals, Nas, u Ohr., t. 33, z. 4).

Bardzo pomysłowo i prosto skonstruowane przyrządy, które są przeznaczone do bronchoezofagoskopów z oświetleniem zewnętrznem. Dzięki nim zwykły bronchoskop B r ü n n i n g s a przeistacza się w pewnej mierze jednocześnie w bronchoskop wg. C h e v a l i e r - J a c k s o n a. Można więc zależnie od potrzeby korzystać bądź z zewnętrznego, bądź z dystalnego światła. Rurka do aspiracji może być również umieszczona na stałe. Rurka i kabel są umieszczone wewnątrz rury broncho-ezofagoskopowej przy pomocy specjalnego spinacza i łatwo dają się w czasie zabiegu wyjmować lub też zamieniać.

J. T e n c e r.

N. TAPTAS. **Utajone zapalenie ucha środkowego i wyrostka sutkowego.** (*Mucosus-mastoiditis*). (Zeit. f. Hals, Nas, Ohr., t. 33, z. 5).

Autor odrzuca nazwę „*Mucosus - mastoiditis*“, mówi natomiast o utajonem zapaleniu wyrostka sutkowego. *Mastoiditis latens* powstaje jako powikłanie zapalenia ucha środkowego z przedziurawieniem błony bębenkowej lub bez niej. Jednakże przedziurawienie nie trwa zbyt długo i zwykle szybko się goi. Patogeneza tego zapalenia wyrostka sutkowego polega właśnie na braku przedziurawienia błony lub na jego szybkim zamknięciu się. Wskutek tego odpływ ropy przez trąbkę słuchową bywa niedostateczny (brak przeciwotworu w błonie bębenkowej), ropa zalega w komórkach sutkowych i w rezultacie powstaje zapalenie wyrostka. Przebieg tego zapalenia w postaci ostrych napadów tłumaczy się zmianami w odpływie ropy przez trąbkę. Dlatego też każde zwykłe zapalenie ucha środkowego, które nie prowadzi do powrotu do stanu normalnego ucha zarówno pod względem czynnościowym, jak i obrazu otoskopowego, pomimo braku wycieku ropnego musi być rozpatrywane jako zapalenie utajone wyrostka sutkowego. Rodzaj leczenia zależy głównie od długości trwania sprawy. Po 3 tygodniach lepiej dokonać wydłutowania wyrostka sutkowego. Zbyt późno wykonana operacja nie zapobiega powstaniu powikłań wewnątrzczaszkowych wskutek rozlanego zapalenia kości skalistej.

J. T e n c e r.

Choroby krwi i narządów krwiotwórczych.

E. A. v. WILLEBRAND i R. JÜRGENS. **O nowej dziedzicznej chorobie krwi: thrombopathia constitutionalis.** (Dtsch. Arch. klin. Med. t. 175, z. 4).

Autorzy podają opis nowej choroby krwi, której nadają nazwę *thrombopathia constitutionalis*. Schorzenie nosi

wybitny charakter rodzinny i dziedziczny. Patogeneza krwotoków polega na zaburzeniach czynnościowych aparatu płytkowego bez zmiany liczby płytek ze współudziałem składnika naczyniowego. Sposób dziedziczenia, obraz kliniczny i objawy hematologiczne pozwalają zaszeregować tę sprawę jako ostro odgraniczony obraz chorobowy do grupy skaz krwotocznych o typie dziedziczno-rodzinnym, względnie zewnątrz pochodnym. Choroba dotyczy przeważnie kobiet i bywa przenoszona przez kobiety. Cecha ta nosi charakter genu dominującego. Liczba płytek jest normalna, lecz aparat płytkowy cechuje się mniejszą wartością czynnościową w znaczeniu znieśnienia lub zmniejszenia zdolności aglutynacyjnej płytek i wytwarzania zakrzepów. Początek choroby datuje się już od wczesnego dzieciństwa. Współudział naczyń ujawnia się w dodatnim objawie R u m p e l—L e e d e.

Henryk J. L a n d a u.

E. HAUSER. **Przyczynę kazuistyczną do zagadnienia przewlekłej samoistnej małopłytkowości.** (Wien. kl. Woch. Nr. 7/1933).

W przebiegu spostrzeganego w ciągu 5 lat przypadku przewlekłej samoistnej małopłytkowości wystąpiła przemijająco moczwka cukrowa, zapewne wskutek krwawienia do trzustki. Kiedy wreszcie wystąpił rak oskrzeli, małopłytkowość uległa wyleczeniu. Najwidoczniej przerzuty do szpiku kostnego wywołały wzmożoną czynność szpiku kostnego, na co wskazywały wyniki badania krwi, jeżeli chodzi o erytropojęz i myelopojęz.

A. N e u m a n n (Baden — Wien).

HARTLEY. **Przypadek „splanchnostaxis”.** (The Lancet, Nr. 6, 1934).

Przypadek podobny nie był nigdzie dotychczas opisany. Robotnik lat 31, dostaje zrana nagle silnego bólu w lewym podżebrzu i wymiotów. Po krótkim wypoczynku udaje się do pracy. Około południa powtarzają się bóle i wymioty. W wywiadach jedynie objawy niestrawności w ciągu ostatnich kilku miesięcy. Po przybyciu do szpitala: ciepłota 36,4°; tętno 90 na min. nieznaczna obrona mięśniowa w lewym podżebrzu. Zabieg operacyjny: jama otrzewnowa pełna krwi, zmieszanej z wysiękiem; wszystkie narządy bez zmian; liczne drobne krwaki w sieci i krezce; 2 małe krwawiące żyłki w okolicy wnęki śledzionowej, które podwiązano. Następnego dnia silne krwawienie przez dren; wymioty niekrwawe, w kale brak krwi. Trzeciego dnia zgon. Na sekcji to samo, co i na stole operacyjnym: żadnych oznak *purpura*, żadnych zakrzepów żył krezkowych, tylko krwaki sieci i krezki. Autor proponuje dla opisanego obrazu nazwę *splanchnostaxis*.

Jerzy F a j w l e w i c z (Łódź).

I. MATKO. **Tętnienie śledziony.** (Wien. kl. Woch. Nr. 26/1933).

Autor podaje opis dwóch przypadków tętniących powiększeń śledziony, przyczem tętnienie to nie było spowodowane, jak w większości znanych przypadków, przez niedomykalność zastawek półksiężycowych tętnicy głównej, lecz było pochodzenia żylnego.

A. N e u m a n n (Baden — Wien).

Choroby serca i naczy.

G. RATNER. **O znaczeniu czynnościowo-rozpoznawczem powiększenia lewego przedsionka.** (Wiestn. Rentg. i Rad. t. XI, z. 4).

Rozszerzenia lewego przedsionka ku tyłowi, spostrzegane zwykle w wadach zastawki dwudzielnej serca, spotyka się również w schorzeniach mięśnia sercowego. Istnienie rozszerzenia lewego przedsionka ku tyłowi w mięśniowych schorzeniach serca zależy od zwiększanej ilości krwi, zalegającej w ja-

mie osłabionego i rozszerzonego lewego przedsionka. Istnienie rozszerzenia lewego przedsionka ku tyłowi w mięśniowych schorzeniach serca i w niedomykalności zastawek półksiężycowych tętnicy głównej jest dowodem początkowego okresu niewyrównania serca. L.

A. SCHRENTZENMAYER. O schorzeniach serca i naczyń, połączonych z bólami napadowymi. (Klin. Woch. Nr. 9—1933).

Dusznica bolesna stanowi zespół objawów o różnym podłożu anatomo-patologicznym; niekiedy stwierdza się zmiany w aorcie, częściej w naczyniach wieńcowych; autopsja wykrywa czasem zmiany na zastawkach aorty lub schorzenie osierdza, będące powodem napadów duszniczy bolesnej. Objawy kliniczne, na czele których stoi silny ból, są tak jednolite, że oddawna liczni autorzy usiłują znaleźć wyłomaczenie mechanizmu powstawania duszniczy bolesnej. Jedni sądzą, że przyczyną bólu jest skurcz naczyń wieńcowych serca, połączony z anemizacją mięśnia sercowego, co powoduje powstawanie jakichś nieznanych substancji, drażniących nerwy czuciowe; drudzy, a głównie W e n c k e b a c h, sądzą, że przyczyną bólu jest wzmożone napięcie i rozciąganie odcinków tętniczych, poza sercem leżących; rozciąganie to występować ma naskutek nagłe wzrastającego ciśnienia tętniczego w czasie napadu duszniczy bolesnej. Teoria ta jest oparta na obserwacji klinicznej W e n c k e b a c h a i na doświadczeniach S i n g e r a, S p i e g e l a, którzy dowiedli, że każde rozciągnięcie aorty u zwierząt powoduje silny ból, natomiast drażnienie chemiczne, elektryczne lub mechaniczne mięśnia sercowego nie wywołuje bólu. W ostrym zatorze naczyń wieńcowych serca kiedy niema wzniesienia, a występuje spadek ciśnienia krwi, zdaniem W e n c k e b a c h a, jednak tętnica główna ulega rozciągnięciu tuż ponad przeszkodą w krążeniu wieńcowym, co powoduje powstawanie bólu. Autor w licznych doświadczeniach na zwierzętach sprawdzał, czy w warunkach krążenia, jakie przyjmuje teoria W e n c k e b a c h a, w istocie powstaje rozciąganie ściany aorty. Doświadczenia autora, polegające na metodzie onkometrycznej, pozwalały rejestrować zmiany szerokości aorty. Badania wykazały, że wzrost ciśnienia krwi powodował rozciąganie ściany tętnicy głównej. Wstrzyknięcie adrenaliny wywołuje skurcz naczyń obwodowych i rozciągnięcie tętnicy głównej. Wstrzyknięcie „tonephinu“ powodowało długotrwałe rozciągnięcie tętnicy głównej; podanie w tym okresie związku azotynowego dało spadek ciśnienia krwi i ustąpienie rozciągnięcia tętnicy głównej. Natomiast zaciśnięcie tętnicy wieńcowej (co miało symulować ostre zamknięcie w przypadkach zatoru) nie powodowało żadnych zmian w tętnicy głównej. Badania autora przemawiają za tem, że teoria skurczu naczyń wieńcowych jest słuszniejsza; rozciąganie tętnicy zależy jedynie od wysokiego ciśnienia i nie powoduje powstawania bólów. Przyjęcie tego lub innego tłumaczenia mechanizmu powstawania bólu w duszniczy bolesnej ma znaczenie lecznicze. Jeśli przyjąć teorię rozciągania tętnicy, to podczas napadu nie wolno stosować środków, podnoszących ciśnienie krwi. Natomiast anemizacja mięśnia sercowego postępuje, jeśli ciśnienie tętnicze się obniża, (jak to bywa w zatorze naczynia wieńcowego), i wtedy należałoby dbać o wzniesienie poziomu ciśnienia tętniczego. Autor wyciąga wniosek, że ból w duszniczy bolesnej powstaje naskutek skurczu naczyń wieńcowych i jako środek leczniczy poleca stosować preparaty z grupy adrenaliny, podnoszące ciśnienie tętnicze, lecz nie zniżające naczyń wieńcowych. Ostatnio reklamowane „hormony krążenia“, zdaniem autora, zupełnie zawiodły. Natomiast badania na zwierzętach wykazały, że kwas adenozynefosforowy powoduje długotrwałe rozszerzenie naczyń wieńcowych. Wreszcie autor zwraca uwagę, że leczenie farmakologiczne może działać jedynie na składnik anemizacji mięśnia sercowego, zależący od zmiany czynnościowej napię-

cia naczyń wieńcowych; w znacznych natomiast zmianach organicznych ścian naczyń wieńcowych można jedynie uzyskać ulgę w cierpieniu chorego, a nie wyleczenie.

Jakób P e n s o n.

K. HARTL i W. RICHTER. Rozpoznawanie i rokowanie błoniczych uszkodzeń krążenia zapomocą elektrokardjogramu. (Dtsch. Arch. klin. Med. t. 175, z. 3).

Praca autorów obejmuje wyniki badań elektrokardjograficznych i klinicznych u 44 chorych z błonicą. Z tego zmarło 13 chorych. Wśród chorych można było odróżnić 4 grupy przypadków. Pierwsza grupa obejmuje czystą zapasę naczynioruchową. W tej postaci uszkodzenia układu krążenia nie było żadnych jednoznacznych zmian elektrokardjograficznych. Niemożliwe jest wskutek tego również stawianie jakiegokolwiek rokowania na podstawie krzywej elektrokardjograficznej. Druga grupa dotyczy przypadków z blokiem gałązki, trzecia — przypadków z uszkodzeniem pęczka Hisa lub jego ramion. W tych przypadkach rozpoznanie można przeważnie stawiać tylko na zasadzie elektrokardjogramu, rokowanie jest prawie zawsze niepomyślne. Czwarta grupa obejmuje przypadki z późnym uszkodzeniem serca. Wykazują one bardzo często ujemne wychylenie końcowe przynajmniej w dwóch odprowadzeniach. Ponieważ zmiany takie są również bardzo częste u chorych, którzy wyzdrowieli, wykorzystanie elektrokardjogramu dla celów prognostycznych jest prawie niemożliwe. Statystycznie objawy uszkodzenia układu krążenia w większości przypadków cofają się. Dowodzą tego przeprowadzone po upływie 8 — 12 miesięcy od choroby badania kliniczne i elektrokardjograficzne. Autorzy omawiają również widoki całkowitego wyleczenia.

Henryk J. L a n d a u.

Choroby kobiet i położnictwo.

W. A. BEKK. Leczenie zaburzeń menstruacyjnych w przebiegu chorób wenerycznych Agomensiną i Sistomensiną „Ciba“. (Wien. Mediz. Woch. 1933. Nr. 51).

Autor miał sposobność zbadania na wielkim materiale klinicznym działania Agomensiny i Sistomensiny „Ciba“ w zaburzeniach miesiączkowania podczas rzeżączki i kily. Podaje on 8 przypadków, opisując dobre skutki, osiągnięte za pomocą Agomensiny w braku perjodu (*amenorrhoea*). Wspomina również, że Sistomensina doskonale nadaje się do zwalczania nadmiernego miesiączkowania (*hypermenorrhoea*).

F. S i e n i c k i.

A. E. KANFER i A. H. KLAWS. Krwawienia po ustaniu miesiączkowania. (Amer. J. Obst. and Gynec. t. XXIV, Nr. 2/1932).

Ponieważ 68,4% pacjentek z krwawieniami w okresie menopauzy wykazywało dolegliwości natury złośliwej, pewnik, że „wszystkie przypadki krwawienia po ustaniu miesiączkowania należy uważać, o ile tylko nie dowiedziono czegoś przeciwnego, za złośliwe“, jest wieloznaczący. Możliwe przyczyny krwawienia po ustaniu miesiączkowania są następujące: rak szyi macicznej, rak trzonu macicy, rak pochwy, rak sromu, rak jajnika, starcze zapalenie pochwy, nadżerki szyi, wypadnięcie macicy, polipy szyi, *fibrosis* macicy, nieswoiste owrzodzenia pochwy, starcze zapalenie błony śluzowej macicy, mięsak jajnika, czyrak cewki, duże torbiele jajników, ropniak macicy, skręt szypuły torbieli jajnikowej, obce ciała w pochwie lub macicy, rak jajowodów. Jeżeli ustanie miesiączkowania zostało niewątpliwie stwierdzone (brak miesiączki w ciągu 6 miesięcy do roku), wszelkie krwawienie z narządów płciowych należy uważać za patologiczne. Niema widocznego związku między rodzajem i rozmiarami krwawienia a powagą choroby je powodującej. Długość trwania menopauzy oraz czynnego życia menstrualnego nie posiada większego znaczenia dla rozpoznania.

L. J.

Streszczenia pojedyncze.

Zagadnienia ogólne.

H. EPPINGER. Zmiany w dziedzinie medycyny wewnętrznej (Wien. kl. Woch. Nr. 25/1933).

Przed S k o d ą medycyna była opanowana przez filozofję natury. Dopiero Johannes M u e l l e r, R o k i t a n s k y i S k o d a stworzyli przewrót, biorąc realne fakty jako podstawę medycyny. Od tego czasu klinika chorób wewnętrznych weszła do szeregu nauk przyrodniczych. Medycyna, która znajdowała się z początku pod wpływem anatomii patologicznej, przyjęła później raczej biologiczny kierunek pracy zarówno w d i a g n o s t y c e, jak też w l e c z n i e, w t y m. Ten kierunek pracy stoi dziś na mocnych fundamentach i ma swych najwybitniejszych przedstawicieli w osobach H o f m e i s t r a, S c h m i e d e b e r g a, H a n s a H o r s t a M a y e r a, N a u m y n a, N o o r d e n a i W e n c k e b a c h a. Lecz nie należy odsuwać na dalszy plan kierunku morfologicznego. W idealnym połączeniu obu tych kierunków upatruje autor postęp medycyny. W tym sensie ma zamiar autor prowadzić swe wykłady, które obok d i a g n o s t y k i c z y n n o ś c i o w e j uwzględnią będą też l e c z e n i e c z y n n o ś c i o w e, obok tego zaś aktualne zagadnienia medycyny. Jeżeli chodzi o zagadnienie: „ogólna klinika wewnętrzna” czy „dalsze różniczkowanie się medycyny wewnętrznej”, autor wypowiada się stanowczo za pierwszym sposobem rozstrzygnięcia tego zagadnienia.

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

W. BAUMGARTNER. W sprawie powstawania mnogich guzów pierwotnych. (Wien. kl. Woch. Nr. 30/1933).

U 67-letniego mężczyzny znaleziono pierwotnego raka oskrzeli, pierwotnego raka wątroby, złośliwego nadnerczaka jednej i łagodnego drugiej nerki oraz gruczolaka dróg żółciowych. Dla powstania tak licznych rozmaitych nowotworów u tego samego osobnika należy przede wszystkim przyjąć istnienie szczególnego jego usposobienia. Dochodzą do tego jeszcze czynniki zewnętrzne, podobnie jak u robotników, stykających się ze smołą lub parafiną, u których znajduje się czasami również jednocześnie raka skóry i raka oskrzeli. W opisywanym przypadku obok przyjętej skłonności mogłyby wchodzić w rachubę jako przyczyna raka oskrzeli ciężka grypa, jako przewlekły bodziec zapalny, jako przyczyna guza wątroby — przebyty uprzednio zanik wątroby z oznakami regeneracji. W powstaniu obu nadnerczaków musiały odegrać rolę wrodzone nieprawidłowości rozwojowe.

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

Medycyna Społeczna, Higjena, Epidemiologia i Statystyka.

L. FREUND. Ochrona przed światłem a opalenizna skóry. (Wien. kl. Woch. Nr. 25/1933).

Rumień świetlny, opalenizna zostają wywołane jedynie przez promienie świetlne krótkofalowe (długość fal 397 — 230). Lecz opalenizna poza światłem krótkofalowym może być wywołana również przez widzialne promienie długofalowe. Jeżeli pragnie się wywołać zbronzowanie skóry bez objawów zapalnych, można to osiągnąć w sposób naprawdę niedostateczny za pomocą tłuszczów lub wazeliny, lepiej za pomocą maści, które zatrzymują promienie krótkofalowe, jak Antilux lub Aesonlin.

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

W. KORNFELD. O normalnych wartościach wzrostu i wagi u dzieci i młodzieży. (Wien. kl. Woch. Nr. 22/1933).

Po okresie zmniejszania się wzrostu ludności Niemiec i Austrii podczas wojny spostrzega się obecnie znowu zwiększanie się wzrostu dzieci, przyczem przyrost wagi nie podąża za zwiększeniem się wzrostu. To zwiększanie się wzrostu

i smukłość młodzieży należy przypisać po większej części bardziej zdrowemu trybowi życia, sportowi i przebywaniu na powietrzu.

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

F. DEUTSCH. Zagadnienie serca sportowców. (Wien. kl. Woch. Nr. 27/1933).

Serce sportowców jest to powiększone, dobrze pracujące serce. Punktem wyjścia rozszerzenia jest jego rozszerzone nastawienie przystosowawcze. Pozatem przyczyną powiększenia serca jest zwiększenie się ilości tkanki mięśnia serca, pozostające w związku z przyrostem ogólnej tkanki mięśniowej osób, uprawiających sporty. To powiększenie serca staje się patologiczne, jeżeli przewyższa pewne granice. Powiększenie serca stwierdza się często w tych gałęziach sportu, które są związane ze stałymi wysiłkami; jeżeli natomiast stwierdzi się powiększenie serca w tych rodzajach sportu, które nie są stale uprawianym sportem, należy myśleć o zmianach patologicznych. Najważniejsze zadanie lekarza sportowego stanowi właśnie różniczkowanie między czysto sportowymi a patologicznymi powiększeniami serca.

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

H. PICHLER. Schorzenia zębów i ich higjena w wieku dziecięcym. (Wien. kl. Woch. Nr. 26/1933).

Higjena i leczenie zębów w wieku dziecięcym posiadają duże znaczenie zapobiegawcze. W tym wieku można uczynić więcej przeciwko chorobom i wadom zgryzu, niż w całym późniejszym życiu. Pod tym względem doniosłe znaczenie posiada higjena zębów w szkole. Lecz i ona również przychodzi często nazbyt późno, albowiem zbyt często powstają już w wieku przedszkolnym szkody nie do naprawienia. W tym wieku wobec braku obowiązkowej opieki dentystycznej najwięcej może się przyczynić do zapobiegania lekarz chorób dziecięcych. Powinien on dlatego nawet w braku faktycznych schorzeń nalegać na regularną kontrolę stanu uzębienia przez lekarza — dentystę.

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

Patologia kliniczna i doświadczalna.

S. HIRSCHHORN i H. L. POPPER. O wpływie przykregosłupowych wstrzykiwań na regulację przemiany materji. (Wien. kl. Woch. Nr. 34/1933).

Przykregosłupowe wyłączenie odcinków D₈ — D₁₀ po stronie prawej człowieka nie wywołuje wyraźnej zmiany w poziomie aminokwasów we krwi żyłnej, pobranej naczem. Zwiększenie się zawartości aminokwasów we krwi po doustnym obciążeniu 50 gr. żelatyny w 500 gr. wody ulega dzięki przykregosłupowemu wyłączeniu znacznemu zahamowaniu. A zatem wątroba odgrywa znaczną rolę w zewnątrzpochodnej przemianie aminokwasów, należy wobec tego przyjąć, że zaburzenia w przemianie aminokwasów u wątrobowo chorych należy przynajmniej po części położyć na karb zaburzeń czynnościowych wątroby. Doświadczenia te dowodzą w dalszym ciągu, że przemiana aminokwasów pozostaje pod wpływem ośrodkowo kierowanego unerwienia roślinnego, którego szlaki przebiegają do wątroby przez odcinki D₈ — D₁₀ po stronie prawej.

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

G. SICHER i A. WIEDMANN. Badania doświadczalne w sprawie zaburzeń gospodarki węglowodanowej wątroby w uszkodzeniach, spowodowanych przez salwarsan, zwłaszcza w salwarsanowym zapaleniu skóry. (Wien. kl. Woch. Nr. 34/1933).

W badaniach swych stosowali autorzy obciążenie cukrem gronowym, próbę badania czynności wątroby za pomocą obciążenia insuliną i cukrem gronowym i wodą oraz obciążenie adrenaliną. Niewątpliwie wyniki w uszkodzeniach salwar-

sanowych wątroby znaleźli oni głównie przy stosowaniu próby adrenalinowej. Autorom udało się dowieść istnienia zmian wątroby w salwarsanowym zapaleniu skóry, które dotychczas podejrzewano, co stanowi istotne poparcie hipotezy o związku między odtruającą czynnością wątroby a zapaleniem skóry po wstrzykiwaniach salwarsanu. W doświadczeniach na zwierzętach można było wykazać, że samo tylko stosowanie salwarsanu coprawda w bardzo dużych dawkach może wywołać uszkodzenie wątroby.

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

Z. GODŁOWSKI. Stosowanie heparyny do badania czynnościowego układu siateczkowo-śródbłonkowego u człowieka. (Wien. med. Wschr. Nr. 37/1933).

Jednorazowe wprowadzenie heparyny (antyprotrombiny) w dawce 1 mgr. na 10 cm.³ krwi w 0,5% roztworze soli kuchennej nie jest toksyczne dla człowieka. Autor mógł potwierdzić całkowicie w doświadczeniach na ludziach stwierdzony przez v. J a n e s o w doświadczeniach na zwierzętach mechanizm magazynowania koloidów przez układ siateczkowo-śródbłonkowy. W jednym przypadku niedokrewności złośliwej udało się autorowi wykazać hamujący odradzanie się krwi wpływ heparyny. Autor podkreśla możliwość leczniczego stosowania heparyny u człowieka, zwłaszcza w celach zapobiegania zakrzepom pooperacyjnym. Należałoby również próbować stosowania heparyny celem tamowania wzrostu nowotworów.

Henryk J. L a n d a u.

Bakterjologia i Serologia.

M. LEVI. Badanie typów dwoinek Fränkla w płatowym zapaleniu płuc. (Policlinico Sez. Med. 1933 r. Nr. 1).

Autor postawił sobie za cel zbadanie stosunku, jaki zachodzi pomiędzy różnymi typami dwoinek a obrazem klinicznym, przebiegiem i zejściem płatowego zapalenia płuc. Spostrzeżenia swe poczynił na 85 chorych. Typ dwoinek określał przy pomocy aglutynacji. Typ I i II dwoinek powoduje przeważnie typowe płatowe zapalenie płuc o przebiegu niezbyt złośliwym. Śmiertelność w tych przypadkach wynosi 21%. Dwoinki typu III-iego wywołują zapalenie płatowe płuc o przebiegu bardzo ciężkim z wybitnymi objawami toksycznymi. Śmiertelność wynosi 56%. Dwoinki zaś typu IV-ego w 64% wywołują odoskrzelowe zapalenie płuc, względnie płatowe o przebiegu nietypowym. Śmiertelność wynosi 17%. Powikłania występują najczęściej (50%) przy dwoinkach typu IV-go, nigdy zaś nie występują przy typie I-ym. Opryszczki wargowe w 71% przypadków występują przy dwoinkach I-ego typu, nigdy zaś przy typie IV-ym. Podług D o c h e z i A v e r y w 71% osobniki zdrowe są nosicielami dwoinek typu IV-ego. Dwoinki pierwszych trzech typów w 72% są pochodzenia zewnętrznego w płatowym zapaleniu płuc, w 27% pochodzą z jamy ustnej, w której stale przebywają.

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

A. URGOITI. O wykrywaniu gruźliczego zarazka przesączalnego we krwi zapomocą metody Loewensteina. (Wien. kl. Woch. Nr. 32/1933).

Jako materiału wyjściowego używał autor kolonii, pochodzących z 10-dniowego posiewu ze krwi pacjentki z gruźliwo-martwiczmi tuberkulidami. Za pomocą tego materiału udało się autorowi w kilku przeszczepieniach wywołać u świnki morskiej nietypową gruźlicę gruczołową, którą C a l m e t t e i V a l t i s przypisują przesączalnemu zarazkowi gruźliczemu, przyczem zwierzęta nie ginęły później wskutek gruźlicy.

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

H. POPPER. O płynnych pożywkach dla wykazania prątków gruźlicy we krwi. (Wien. kl. Woch. Nr. 31/1933).

Celem zagęszczenia prątków w materiale posiewowym przed zastosowaniem metody hodowli L o e w e n s t e i n a

autor używa płynu odżywczego, zawierającego oprócz soli asparaginę, saponinę i glicerynę.

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

G. ENUSBRUNNER i J. WENDLBERGER. O przeciwdopełniaczowym działaniu surowicy w nadwrażliwości salwarsanowej, solganalowej i rtęciowej. (Wien. kl. Woch. Nr. 27 i 28 1933).

W doświadczeniach z wiązaniem dopełniacza z pseudoantygenami surowice przypadków z alergicznymi posalwarsanowymi zmianami skórными, z nadwrażliwością salwarsanową podczas przebiegu swoistego odczynu miejscowego albo w związku ze wstrzyknięciem salwarsanu, dalej przypadki z rumieniem solganalowym wykazywały działanie przeciwdopełniaczowe. Ujawniało się ono, jeżeli surowicę dodawano do systemu hemolitycznego, który jako „pseudoantygen“ zawierał jeszcze substancję, która wprawdzie nie hamowała hemolizy w rozcieńczeniach, stosowanych w próbie, lecz powoduje samą zahamowanie hemolizy w kolejnym wyższym stężeniu. Jako antygeny stosowano wiele substancji, przedewszystkiem salwarsan i siarczan niklu. To zjawisko wiązania dopełniacza, nie będące ze względu na mechanizm reakcyjny swoistem, wiąże autor ze względu na ujemne wyniki w 138 kontrolnych przypadkach z alergicznym stanem odczynowym ustroju. Równoległe spostrzeżenia odczynu nadwrażliwości po zastosowaniu salwarsanu, obserwowanego przytem przełomu hemoklastycznego i zjawisk wiązania dopełniacza pozwalają uchwycić związek pomiędzy odczynem alergicznym *in vivo* a stwierdzonymi *in vitro* zmianami surowicy, polegającymi na zaburzeniach równowagi koloidów osocza w znaczeniu koloidoklazzji.

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

Lecznictwo.

H. HAYEK. Przyczynę do naskórnego leczenia Gamelanem u gruźlików. (Wien. kl. Woch. Nr. 29/1933).

Autor podaje opis 28 przypadków gruźlicy płuc, kości i gruczołów chłonnych, które w ciągu ostatnich lat były leczone Gamelanem. Leczenie Gamelanem stanowi wzbogacenie naszej skarbnicy leczniczej. Gamelan wywołuje nieznaczne tylko odczyny. Jest to nadzwyczaj ważne, gdyż tą drogą można okazać pomoc ogólnemu leczeniu dietetyczno-higienicznemu i ewentualnie chirurgicznemu nawet w takich przypadkach, w których przeciwwskazane są metody leczenia, wywołujące silniejsze odczyny miejscowe.

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

D. ETINGER. Doświadczenia z perpariną przy łóżku chorego. (Wien. kl. Woch. Nr. 30/1933).

Perparina jest bardzo cennym środkiem farmakologicznym, który stosuje się z dobrymi wynikami jako środek spazmolityczny w rozmaitych kurczach mięśni gładkich, wywołanych przez wzmocnienie napięcia mięśni gładkich żołądka i jelit, układu moczowego, dróg żółciowych i oskrzeli. Środek ten przewyższa w wielu przypadkach papawerynę siłą i czasem trwania swego działania, a dzięki swej nieznacznej toksyczności może być bez wahania podawany nawet przez czas dłuższy.

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

D. RIED. Nowa zasada lecznicza w schorzeniach wysiękowych. (Wien. kl. Woch. Nr. 32/1933).

Pod wpływem naświetlania lampą z parami rtęciowymi roztwór chlorku potasowego zyskuje własności biologiczne, których przedtem nie posiadał, np. działanie pobudzające na wzrost roślin. 1/2% dodatek naświetlanych roztworów soli potasowych do kąpiei (t. zw. kąpiei U) działa w cieplecie obojętnej pomyślnie na procesy wysiękowe, zwłaszcza w schorzeniach stawowych rozmaitego pochodzenia, również takich, które się nie poddają żadnemu innemu leczeniu.

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

R. BAUER. Leczenie diurezy djetą bezsolną i ewentualne szkody, przez nie wyrządzane. (Wien. kl. Woch. Nr. 27/1933)

Doświadczenia ostatnich czasów wykazują, że małosolna lub bezsolna djeta nie są bynajmniej zawsze zupełnie niewinne. Djeta ta znacznie zmniejsza zapasy soli kuchennej w ustroju, tak, że równowaga gospodarki soli kuchennej staje się chwiejną. Jeżeli w tych warunkach przyłączy się jeszcze znaczna utrata soli kuchennej np. wskutek wymiotów, biegunek, rozlewnych potów i t. p., mogą wystąpić objawy, zagrażające życiu: znaczne osłabienie, podniecenie, zamroczenie świadomości, a zatem objawy mocznicy, przytem bez objawów zapalenia nerek. We krwi ulega zwiększeniu zawartość mocznika, często również istnieje zwiększenie zasobu zasad. Jako stały objaw znaleziono pozatem znaczne zmniejszenie się zawartości soli kuchennej we krwi (azotemie par manque de sal B l u m a i R a t h é r y e g o). Wśródżylne, doodbytnicze lub doustne podanie soli poprawia ten stan. Autor widział w dwóch przypadkach po wśródmięśniowym wstrzyknięciu Hepatratu cudowną wprost zmianę w stanie chorego, nie potrafi jednak wytłumaczyć tego zjawiska. (Od tego czasu leczono we Wiedniu szereg podobnych przypadków wstrzykiwaniami wątroby z doskonałym wynikiem)

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

Choroby płuc.

WITTS. Dane kliniczne o dychawicy oskrzelowej. (The Lancet, Nr. 6, 1934).

Obserwacja 500 przypadków. Prawdziwa dychawica bardzo rzadko przebiega bez typowych napadów. Płwociny nie zawsze są typowe, jednak obecność komórek kwasochłonnych ułatwia czasami rozpoznanie. Prawdziwa dychawica dobrze reaguje na adrenalinę. Częsta eozynofilia we krwi. Częste współistnienie schorzeń alergicznych: *eczema*, *urticaria*, *rhinorrhoea* i t. p. W wywiadach rodzinnych często schorzenia alergiczne. Alergiczne doświadczalne odczyny skórne wypadają u astmatyków dodatnio. U chorych tych istnieje t. zw. *allergia latens*. Antagonizm pomiędzy astmą a gruźlicą i schorzeniami gośćcowiemi. U astmatyków częste objawy niestrawności. Autor nie stwierdza związku pomiędzy astmą a schorzeniami słuzówki nosa i wyrosłami adenoidalnymi nosowo-gardzielowymi; stad zabiegi operacyjne w nosogardzieli, mające na celu leczenie astmy, uważa za bezcelowe. Za niesłuszny uważa podział astmy na allergiczną, nosową, oskrzelową i t. p. Podział ma za punkt wyjścia tylko charakter napadu; leczenie, czynnik dziedziczny, nadwrażliwość na białko — są takie same we wszystkich typach. B u r n wysuwa hipotezę, że u astmatyków mamy zmniejszenie ilości krążącej adrenaliny.

Jerzy F a j w l e w i c z (Łódź).

L. HOFBAUER. Podłoże napadu dychawiczego. (Wien. kl. Woch. Nr. 27/1933).

W powstawaniu dychawicy oskrzelowej bierze udział zarówno błona słuzowa, jak i podśluzówkowa warstwa mięśniowa. Celem „przestrojenia“ wydają się autorowi bardzo odpowiednie wstrzykiwania siarki.

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

RUDOLPH. Zastosowanie suchego powietrza do usuwania wydzieliny z oskrzelików i pęcherzyków płucnych. (The Lancet, Nr. 6, 1934).

W środowisku zwykłym powietrze wydechowe jest nasyczone parą. Jeżeli stopień nasycenia parą środowiska jest bardzo niski, wówczas ustrój nasycza powietrze wydechowe parą, wilgocią, pochodzącą z dróg oddechowych. Powietrze suche zostaje podane: 1) przez lejek; 2) przez zgłębnik, który po posmarowaniu nowokainą zostaje wprowadzony do jednego otworu nosowego, gdzie zostaje przez szereg godzin, nie przeszkadza-

jąc w przyjmowaniu pokarmów; powietrze suche dostarczają firmy w butlach pod ciśnieniem; 3) przez zmniejszenie wilgotności powietrza w pomieszczeniu, gdzie się chory znajduje, przez podwyższenie ciepłoty pokojowej. Stosować leczniczo suche powietrze należy kilka godzin dziennie przez szereg dni, czasami tygodni.

Jerzy F a j w l e w i c z (Łódź).

F. LASCH. O skutecznym leczeniu ropnego zapalenia opłucny przeplukiwaniami yatrenem. (Wien. kl. Woch. Nr. 26/1933).

Po dokonaniu nakłucia próbnego opróżnia się w najniższym punkcie płynu 100-centymetrową strzykawką ropę, następnie przeplukuje się jamę opłucnową roztworem soli kuchennej tak długo, aż odpływający płyn będzie przezroczysty, następnie robi się kilkakrotne przeplukiwania roztworem yatrenu (5 — 10 gr. yatrenu rozpuszcza się w litrze wody przekrojonej) i wreszcie wprowadza się doopłucnowo yatren w ilości, wynoszącej 1/2 — 1/3 ilości wypuszczonej ropy i pozostawia się go tam. Odbywa się to w pozycji siedzącej pacjenta. Nigdy nie było żadnych nieprzyjemnych wypadków przy tej procedurze. Po kilku dniach robi się znowu nakłucie próbne i w razie potrzeby powtarza się przeplukiwanie. Stan ogólny ulega szybkiej poprawie już po pierwszym opróżnieniu ropy i przeplukiwaniu pomimo podeszłego wieku pacjentów i istniejących wad serca.

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

Choroby skóry, weneryczne i płciowe.

P. HERCOG. Leczenie twardziny skóry pilokarpiną. (Wien. kl. Woch. Nr. 31/1933).

K u r é i jego współpracownicy znaleźli, że w twardzinie skóry (*scleroderma*) istnieje niedorozwój układu przywspółczulnego i zwyrodnienie odżywczych przywspółczulnych włókien tkankowych, i podawali takim chorym pilokarpinę z dobrymi wynikami. Autor podawał w jednym przypadku twardziny pilokarpinę również z pomyślnym wynikiem.

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

G. RICHL. W sprawie patologii i leczenia oparzeń. (Wien. kl. Woch. Nr. 34/1933).

Celem zwalczania objawów zatrucia konieczne jest usuwanie strupów i pobudzanie wydalania nerkowego (wlewania soli kuchennej) i czynności wątroby za pomocą wstrzykiwań wśródżylnych roztworów cukru gronowego. Łóżko wodne wskazane jest dopiero wtedy, gdy przewyciężone zostało niebezpieczeństwo dla życia. Stosowanie adrenaliny nie dało jednoznacznych wyników. Natomiast przetaczanie krwi należy uważać za postęp w leczeniu oparzeń. Autor nie omawia stosowanego często obecnie leczenia tanniną.

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

A. PHILADELPHI. W sprawie hodowania gonokoków na agarze z surowicą. (Wien. kl. Woch. Nr. 24/1933).

Agar z surowicą według B i e l i n g a - C a s p e r a należy uważać przynajmniej za równie nadający się do hodowli gonokoków, jak ceniony i okazujący dobre usługi agar z płynem przesiąkowym wodobrzusza. Przygotowanie go w laboratorium klinicznym nawet bez większych urządzeń bakterjologicznych nie nastręcza żadnych większych trudności. Pożywki różniczkujące według L i n g e l s h e i m a są niepotrzebne, w wątpliwych przypadkach wystarcza przeszczenie na agar odżywczy.

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

MUCHA i RIEGER. W sprawie leczenia rzeżączki zimnicą. (Wien. kl. Woch. Nr. 23/1933).

Okazuje się, że wprowadzenie leczenia zimnicą wywiera działanie, lecz inne mniej energiczne metody, jak leczenie szczepionkowe np. metodą B u c u r y, pozwalają osiągnąć takie same wyniki.

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

Choroby nerwowe i psychiczne.

M. SILBERMANN. Doświadczenia z encefalografją w wiedeńskiej klinice chorób nerwowych w latach 1928 — 1932 (Wien. kl. Woch. Nr. 31/1933).

Encefalografja stanowi cenne wzbogacenie skarbcza naszych pomocniczych środków rozpoznawczych. Nawet przy ścisłym stawianiu wskazań zabieg nie jest wolny od niebezpieczeństw, jest on stosunkowo najniebezpieczniejszy w guzach środkowej jamy czaszkowej. Nie jest on jednak tak pełny niebezpieczeństw, jak to się często przedstawia. Pod względem rozpoznawczym wynik badania encefalograficznego okazał się mniej więcej w trzeciej części przypadków pomocny, w czwartej części — rozstrzygającym.

A. Neumann (Baden-Wien).

I. SILBERMANN. Uwagi rozpoznawcze w sprawie rwy kulszowej. (Wien. kl. Woch. Nr. 21/1933).

W grupie przypadków długotrwałej rwy kulszowej stwierdził autor: 1) promieniujące bóle w zakresie nerwu kulszowego przy opukiwaniu kręgów lędźwiowych, ewentualnie dolnych kręgów pierwszych lub przy opukiwaniu kręgosłupa szyjnego w zakresie splotu barkowego w schorzeniach kończyny górnej. 2) Równie silne bóle przy zginaniu bocznym kręgosłupa silnego stopnia, zwłaszcza ku stronie, po której niema bólów samoistnych, oraz wtedy, gdy zgięcie boczne jest połączone z lekkim zgięciem ku przodowi lub ku tyłowi. 3) Takie same bóle występują w podanym powyżej zakresie, a więc również w kończynie dolnej przy ruchach bocznych głowy, szczególnie ku stronie zdrowej kończyny dolnej, najwyraźniejsze wtedy, gdy głowa jest silnie pochylona ku przodowi, a jednocześnie na bok. W pojedynczych przypadkach udawało się autorowi wywoływać z kończyny zdrowej objaw L a s s e g u e a po stronie chorej oraz bóle przy kichaniu, kaszlu i parciu. Wynik badania rentgenowskiego oraz badania płynu mózgoworodniowego był przytem przeważnie normalny. Pod względem anamnestycznym dłuższy czas przed początkiem rwy kulszowej często podawali chorzy przebyte przeziębienie albo grype. Autorowi wydaje się, że w tych przypadkach przewlekłej rwy kulszowej ma się do czynienia z przewlekłym zapaleniem pajęczynówki (*arachnoiditis chronica*). Pod względem leczniczym stosowano wśródzylne wstrzykiwania Vaccineurin i naświetlanie promieniami Roentgena schorzących odcinków rdzenia kręgowego obok długotrwałego leżenia w łóżku.

A. Neumann (Baden-Wien).

H. HERSCHMANN. Drugostronny odruch przywodźcieli, wywołany przez uderzenie w ścięgno rzepkowe, przy jednoczesnym braku odruchu rzepkowego. (Wien. kl. Woch. Nr. 32/1933).

W jednym przypadku jamistości rdzenia i wiađu rdzenia przy uderzaniu w niereagujące ścięgno rzepkowe następował skurcz mięśni przywodźcieli po stronie przeciwnej.

A. Neumann (Baden-Wien).

A. SCHÜLLER. Leczenie migreny. (Wien. kl. Woch. Nr. 34/1933).

Autor mógł stwierdzić przy systematycznych badaniach rentgenowskich, przeprowadzonych w typowych przypadkach migreny, nierzadko w kościach objawy wzmocnienia ciśnienia wśródczaszkowego. Obok znanego leczenia objawowego i wpływania na te czynniki, które zwiększają gotowość napaadową, jak: kuracja migrenowa za pomocą bromu z luminalem, kuracja moloidowa, djeta G e r s o n a, poleca autor leczenie naświetlaniami promieniami Roentgena, które w wielu przypadkach z niestosunkiem między czaszką a mózgiem wywierało pomyślny wpływ, utrzymujący się miesiącami. Leczenie rentgenowskie można powtarzać kilkakrotnie

A. Neumann (Baden-Wien).

A. FELDNER. Napięcie przepony a zaburzenia snu (Wien. kl. Woch. Nr. 35/1933).

Autor kładzie znane zaburzenia snu wskutek schorzeń żołądkowo-jelitowych (wytworzenie gazów i t. p.) na karb wywołanego przez nie wysokiego ustawienia przepony i związanych z tem zaburzeń w oddychaniu i krążeniu.

A. Neumann (Baden-Wien).

THOMAS, de MARTEL i GUILLAUME. Duży nowotwór komory IV. Usunięcie robaka mózdkowego. Wyzdrowienie. (Rev. Neur. T. I. N. 4. 1932).

5-letni chłopczyk wykazywał zaburzenia równowagi, napady bólów głowy z pochylaniem jej do tyłu i w prawo i z wymiotami, oczopląs boczny, zwłaszcza w stronę lewą. Zabieg operacyjny wykonano w pozycji siedzącej. Podczas przygotowań do zabiegu dziecko miało trzy napady. Dokonanie przekłucia komory bocznej (lewej) i wypuszczenie znacznej ilości płynu przerwało napady i pozwoliło dziecku pochylić głowę do przodu. Po otwarciu czaszki stwierdzono poszerzenie robaka mózdkowego i prawej półkuli mózdku. Po odchyleniu migdałów mózdkowych dostrzeżono masę nowotworową na dnie komory IV. Dokonano elektrokoagulacji naczyń krwionośnych, poczem przecięto nożem elektrycznym robaka i do-tarto do nowotworu, sięgającego poniżej pióra pisarskiego. Dolny biegun nowotworu, luźno tkwiący, uniesiono do góry, górny biegun, przyrośnięty do komory, starano się oddzielić nożem elektrycznym. Po bokach nowotwór wraśał w półkulę mózdkową, zwłaszcza w prawą. Część nowotworu wsunęła się do wodociągu Sylwiusza, wyciągnięto go stamtąd, usuwając uprzednio robaka, aby zdobyć dostęp, zwolniono komunikację. Wyluszczonego nowotwór ważył 22 gr. Składał się z astrocytów. W ranie mózgowej pozostawiono sączek, przez który wylewał się obficie płyn mózgoworodniowy. Na 8-my dzień po operacji wystąpiły objawy oponowe z pleocytozą i ciepłotą do 40,5°C. Po 15 dniach wszystko uspokoiło się. Objawy zaburzeń równowagi ustąpiły w znacznym stopniu. Usunięcie robaka i znacznych części półkul mózdkowych nie spowodowało objawów nowych.

N. Z. Z.

BAKER. Oddech „westchnieniowy” (sighing respiration) jako objaw. (The Lancet, Nr. 4. Rok 1934).

Chorzy ze skargami na bóle w lewej okolicy inframilarnej często narzekają równocześnie na objaw, który sami określają jako „krótki oddech”. Nie jest to prawdziwa duszność, lecz rozkojarzenie oddechu, opisywane również przez chorych, jako „trudność wykonania głębokiego wdechu” lub jako przymus wykonania od czasu do czasu głębokiego wdechu zarazem jakby utrudnionego, a więc w postaci westchnienia lub rzadziej ziewnięcia, po którym dopiero mogą jakiś czas swobodniej oddychać. Objaw ten najczęściej ma podkład nerwowy. Częstszy u kobiet między 20 a 40 rokiem życia. Czasami występuje u dzieci szkolnych, nprz. przed egzaminem. Często idzie w parze z uczuciem depresji, trwogi, emocji. Może trwać tygodnie, miesiące i lata. Wracą w gorszych warunkach zdrowia albo po jakimś wstrząsie, lęku. Etiologia opisanego objawu nieznana. G a l l a v a r d i n przyjmuje spazm przepony; H a l d a n i P r i e s t l e y — zaburzenia w utlenianiu krwi. Rozpoznanie opiera się głównie na opisie objawu przez samego chorego, na zupełnie ujemnym wyniku badania chorego i badań pomocniczych oraz na obecności danych, świadczących o nerwowym usposobieniu chorego. Różniczkować należy opisany objaw z *asthma cardiale*, *asthma uraemicum*. Leczenie: przekonywać chorego o istocie sprawy, starać się stwierdzić przyczynę, zmiana otoczenia, brom, walerjana, strychnina, luminal.

Jerzy Fajwlicz (Łódź).

Streszczenia pojedyncze.

Farmakologia i Toksykologia.

P. FASAL i G. WACHNER. **Objawowa plamica małopłytkowa jako skutek zatrucia chininą i szafranem.** (Wien. kl. Woch. Nr. 24/1933).

U 21-letniej kobiety w trzecim miesiącu ciąży wystąpiła po przyjęciu chininy i szafranu celem wywołania poronienia małopłytkowość z krwawieniami do skóry, z błony śluzowej jamy ustnej i języka, dalej z krwimoczem, krwiopluciem i ogniskami krwotocznymi w płucach. Nałożenie płatka zwilżonego w 1 — 10% roztworach chininy na skórę pozostało bez odczynu. Nie chodzi więc tutaj o uczulenie, lecz o zatrucie.

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

MALIWA. **O bezpośrednim działaniu siarkowodoru na włosnórkę.** (Wien. kl. Woch. Nr. 22/1933).

Autorowi udało się stwierdzić na uchu królika zwiększenie się liczby kropeł krwi pod wpływem wody, zawierającej siarkowodor. Przyjmuje on rozszerzenie koryta prądu. Tem też tłumaczy się powstawanie strefy przekrwienia w tych miejscach skóry człowieka, które uciśnięto płatkami gazy, zamoczonej w *aqua hydrosulphurata*.

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

Radjologia.

E. ZDANSKY. **Jakie usługi oddaje badanie rentgenowskie w rozpoznawaniu zrostowego zapalenia osierdzia?** (Wien. kl. Woch. Nr. 32/1933).

Zpśród wielu objawów rentgenowskich duże znaczenie dowodowe posiadają tylko złogi wapniowe na osierdziu oraz, jeżeli badać pacjenta za pomocą prześwietlenia we wszystkich możliwych ustawieniach, torbielowato otorbione wysięki osierdziowe (uchyłki osierdziowe). Dalej nieprzesuwalność cienia sercowego przy oddychaniu i zmianie położenia. Z tych trzech objawów dwa pierwsze są rzadkie.

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

K. WEISS. **O metodyce i wynikach rentgenologicznego oznaczania wielkości serca.** (Wien. kl. Woch. Nr. 37/1933).

Wiele spraw w dziedzinie rentgenologicznego oznaczania wielkości serca czeka jeszcze na swe rozwiązanie. Niezbędne jest stworzenie pewnej metodyki ujmowania i odgraniczania pojęć normalnych. Jeżeli chodzi o szczegóły, autor wykazuje, że wszystkie badania, które zadawał się pomiarami średnicy poprzecznej i rozpatrują ją jako bezpośrednią wielkość proporcjonalną wymiarów serca, posiadają jedynie wielkie znaczenie, i że również wtedy, gdy jako wskaźnik wielkości serca bierze się jego średnicę podłużną, należy zawsze uwzględnić wymiar szerokości i grubości serca.

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

R. DAMEL i M. SGALITZER. **Wyniki lecznicze arterjografii kończyn.** (Wien. kl. Woch. Nr. 33 i 34/1933).

Wśród 62 arterjografii, wykonanych na kończynach za pomocą 40% roztworu uroselectanu lub 20% roztworu abrodilu, spozierali autorzy w związku z 21 wlewaniem wśródtętnicznymi u 15 chorych z *endarteriitis obliterans*, miażdżycą tętnic lub skurczami naczyń. Wyniki leczenia, które prowadziły do ustąpienia dolegliwości lub powrotu zdolności do pracy, i wyniki te utrzymują się w poszczególnych przypadkach już przez 1 — 3 lat. W przypadkach tych chodziło nie tylko o dolegliwości czynnościowe wskutek kurczów i bólów, lecz również o zaburzenia w krążeniu, jak: zimno, sine lub niebieskawe zabarwienie, albo o ograniczoną zgorzel, a zatem o daleko posunięte procesy patologiczne naczyń. Powtarzanie arterjografii w tym samym miejscu jest dozwolone i bywa często uwieńczone powodzeniem.

A. N e u m a n n (Baden — Wien).

T. LEIPERT. **O rozmieszczeniu i wydalaniu toru po wstrzyknięciu torotrastu.** (Wien. kl. Woch. Nr. 32/1933).

Magazynowanie toru po wstrzyknięciu torotrastu w rozmaitych narządach odbywa się w następującej kolejności: śledziona, wątroba, szpik kostny, płuca. W płucach pozostaje stosunkowo mało toru. Wątroba i śledziona zatrzymują 2/3 wstrzykiwanego materiału, przyczem śledziona w tej samej ilości wagowej zawiera dziewięć razy więcej toru, niż wątroba. Również u człowieka znajduje się większą część toru magazynowaną w śledzionie i wątrobie, mało zaś w płucach i szpiku kostnym. Wydalania z moczem, ani kałem nie stwierdza się. Odpowiednio do tego intensywność cienia wątrobowego, ani śledzionowego nie zmienia się nawet po wieloletniej obserwacji. Jedynie zawartość toru w płucach zmniejsza się znacznie po pewnym czasie.

A. N e u m a n n (Baden — Wien).

Znieczulanie.

D. HOCHE. **W sprawie wśródźylnego uspienia evipan-natrium.** (Wien. kl. Woch. Nr. 39/1933).

Dla wśródźylnego uspienia evipan-natrium charakterystyczna jest szybkość zasypiania i budzenia się bez nieprzyjemnych objawów towarzyszących i działania ubocznego. Dalsze zalety tej metody znieczulania stanowi brak wstrząsu psychicznego przy wdychaniu środka usypiającego o niemiłym zapachu.

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

D. BIOLATO. **Perkaina w małej chirurgii.** (Bolettino e memoria della Società Piemontese di Chirurgia 1932. Nr. 15).

Stosowano 1/2 — 1% maść Perkainową, wzgl. Percainal w rozmaitych cierpieniach w małej chirurgii, jako środek znieczulający. Maść ta oddawała znakomite usługi w guzkach krwawniczych, przetokach i szczelinach odbytu oraz innych uszkodzeniach odbytnicy i prostrnicy. Smarowano maścią zaraz po operacjach i przy okazji odnawiania opatrunków. Oprócz tego używano Percainalu we wszelkich bolesnych i swędzących cierpieniach skóry: np. w pęknięciu brodawki sutkowej, owrzodzeniach, zapaleniu skóry, a szczególnie w ranach po oparzeniu. Nadzwyczaj korzystna okazała się ta maść w oparzeniach. Należy zaznaczyć, że w wielu przypadkach oparzeń, pomiędzy innymi u dzieci poniżej 5 lat, dla pokrycia miejsc, zajętych sprawą, zużywano 50 — 60 gr. Percainalu, wzgl. 100 grm. maści 0,5% z Perkainą, i ilość ta zawsze była dobrze znoszona, nie powodując jakichkolwiek objawów ubocznych.

F. S i e n i c k i.

V. PINTOZZI. **Wpływ znieczulenia sutków na wydzielanie pokarmu.** (Il lattante, 1933. roczn. IV, Nr. 10).

Autor badał wpływ znieczulenia na wydzielanie pokarmu, stosując 2% roztwór Nowokainy, wzgl. 2% roztwór Perkainy na sutki i oznaczając potem ilość wydzielonego mleka. Znieczulenie udawało się bardzo łatwo, i przekonano się, że nie zawiera ono żadnego wpływu na wydzielanie pokarmu. Znieczulenie również jest zupełnie nieszkodliwe dla dziecka, o ile sutek starannie obmyć wodą przed podaniem dziecku piersi.

F. S i e n i c k i.

Choroby alergiczne.

A. PERUTZ. **W sprawie wykazania histiogenetycznych przeciwciał w schorzeniach alergicznych skóry.** (Wien. kl. Woch. Nr. 33/1933).

Zaliczenie choroby skórnej do grupy allergodermij może nastąpić tylko wtedy, gdy czyni ona zadość trzem głównym wymogom, ustanowionym przez Br. B l o c h a i D o e r r a, a mianowicie: swoistość nadwrażliwości, możliwości

doświadczalnego uczulenia i biernego przeniesienia alergii. Pierwsze dwa warunki należy uważać za dowiedzione, przeciwnie trzeciemu podnoszone są pewne zastrzeżenia. Autor udoskonala biernie przenoszenie, używając w tym celu zawartości naturalnych lub sztucznie wywołanych pęcherzy w ten sposób, że przenosi on ją po części niezmienioną, po części nieczynną, na to zaś aplikuje alergeny. Przytem po przyłożeniu alergenu powinny reagować objawami wypryskowemi tylko te miejsca, na które uprzednio przeniesiono czynną zawartość pęcherzy, nie powinny zaś odpowiadać miejsca, potraktowane nieczynną zawartością pęcherzy.

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

A. MUSGER. **W sprawie allergoz.** (Wien. kl. Woch. Nr. 31/1934).

U czterech chorych w 4 — 6 tygodni po rozpoczęciu leczenia przeciwkłowego wystąpiło zapalenie dziąseł, stąd zaś rozszerzyło się obrzmienie i zaczerwienienie na górną i dolną wargę i ich otoczenie. Zmiany na skórze i błonach śluzowych znikły w krótkim czasie po stwierdzeniu i usunięciu działania czynnika szkodliwego, to znaczy stosowanej dla pielęgnacji jamy ustnej *Tinctura Ratanhiae* albo, ściślej się wyrażając, zawartego w tej nalewce kwasu garbnikowego. Wszystkie cztery przypadki były niewrażliwe na wszystkie inne stosowane środki. Próba biernego przeniesienia nadwrażliwości na *Ratanhia* metodą K o e n i g s t e i n a - U r b a c h a dała wynik dodatni, a zatem opisane zmiany skórne były pochodzenia alergicznego.

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

Gruźlica.

W. LUBARSKIJ. **W sprawie zar zka gruźlicy.** (Klin. Med. Nr. 13-16/1932).

Obok morfologicznej wielopostaciowości zarazka gruźlicy istnieje również wielopostaciowość biologiczna, jednym z wyrazów której jest rozmaita zjadliwość prątka gruźlicy. Szczepki, otrzymywane w rozmaitych przypadkach gruźlicy, posiadają niejednakową zjadliwość. Zjadliwość prątków gruźlicy posiada charakter chwiejny i może się zmieniać w zależności od otaczającego środowiska, t. j. w zależności od makroorganizmu.

Henryk J. L a n d a u.

A. COUVELAIRE. **Gruźlica płuc a czynność rozrodcza.** (Paris méd. Nr. 51/1932).

Kobietom z gruźlicą należy odradzać macierzyństwo, dopóki rozwój ich zmian w kierunku bliznowacenia nie utrzymuje się od kilku lat. Długotrwałe stosowanie przed i podczas ciąży oraz po porodzie odmy sztucznej daje, jakto wykazał R i s t, wyniki naprawdę rozstrzygające w pewnych przypadkach, wobec czego zasługuje na zalecanie. W innych przypadkach należy próbować leczenia solami złota, co do którego Leon B e r n a r d wykazał, jakich wyników można się po niem spodziewać u ciężarnych gruźliczek. Te metody leczenia przedłużają z pewnością życie i zmniejszają odsetek śmiertelności w następnym po porodzie roku. Ciężarnym gruźliczkom należy zapewnić najlepsze warunki higieny ogólnej. Należy rozpocząć czynną walkę o to, aby kobieta ciężarna nie była w naszym rzekomo cywilizowanym społeczeństwie skazana na nadmierne wysiłki w zakładach przemysłowych i nędzne życie w przeludnionych norach, oraz o to, żeby znalazła skuteczną obronę przed przyczynami społecznymi zmniejszenia się jej środków obrony przed gruźlicą.

Henryk J. L a n d a u.

F. MICHAŁOW. **O wymiarach serca w gruźlicy płuc.** (Klin. Med. Nr. 13-16/1932).

Serca ludzi, cierpiących na wyraźne postaci gruźlicy typu nacieków wczesnych i zapaleń płatowych (*lobitis*) w pierwszych miesiącach schorzenia mają prawidłowe wymia-

ry. Jak się zdaje, w podobnych procesach przychodzi dość często do względnego powiększenia wymiarów lewej komory, zależnego, być może, od zmian wyrównawczych, związanych z rozszerzeniem naczyń obwodowych. Zmniejszenie się wymiarów serca w ciężkich schorzeniach gruźliczych i rozpoczynającym się charłactwie, opisywane w literaturze i spostrzegane w nielicznych przypadkach przez autora, tłumaczy się prawdopodobnie głównie zmniejszeniem się rozkurczowego wypełnienia serca. Inaczej mówiąc, człowiek zapada na gruźlicę niezależnie od wymiarów swego serca, które w dalszym przebiegu schorzenia ulega rozmaitym i czynnościowym, i morfologicznym zmianom. Niewolno jednakże wyciągać z powyższego tego wniosku, że spostrzeżenia autora rozstrzygają całe zagadnienie o roli konstytucji w gruźlicy. Całe zagadnienie o kształtach i wymiarach serca stanowi tylko jeden z momentów tego złożonego zagadnienia.

Henryk J. L a n d a u.

F. FISCHL. **O prowokacji wrzodzących procesów gruźliczych przez grypę.** (Wien. kl. Woch. Nr. 30/1933).

Podczas, gdy znane są pogorszenia procesów gruźliczych w narządach wewnętrznych pod wpływem grypy, niema w piśmiennictwie wskazówek co do ciężkich procesów swoistych skóry, które zostają najwidoczniej przebudzone przez grypę, a w każdym razie ujawniają się po przebiegu wyżej podanego ostrego schorzenia, które się przyłącza do ciężkiego schorzenia ogólnego. Auotr podaje opis dwóch odpowiednich przypadków.

A. N e u m a n n (Baden — Wien).

Choroby jamy ustnej, gardła, nosa i uszów.

A. LEIMDOERFER. **O odosobnionym obrzęku górnych dróg oddechowych w schorzeniach nerek.** (Wien. kl. Woch. Nr. 46/1932).

Autor podaje opis przypadku, dotyczącego 68-letniego pacjenta, który przy zupełnym pozbawieniu poczucia choroby uskarżał się na dokuczliwe uczucie ciastowate w gardle, zwiększone wydzielanie śliny i dolegliwości połykowe. W gardle nie było żadnych objawów zapalnych, oba łuki językowo-podniebienne i języczek wyglądały, jakby były przepojone płynem, miały szklisty, chelbocący wygląd, zabarwienie bladoróżowe, migdałki były normalne. Poza gardłem nie było nigdzie zmienionych obrzękowo miejsc. Przypadek ten dowodzi, że w każdym zapaleniu nerek należy udzielać dużo uwagi górnym drogom oddechowym.

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

G. CLAUS. **Czy istnieje u człowieka f. zw. Hydrops ex vacuo?** (Zeit. f. Hals. Nas. u. Ohr. t. 33, z. 2).

Autor na podstawie badań refraktometrycznych nad płynem, uzyskanym z jamy bębenkowej w szeregu odpowiednich przypadków, odpowiada na pytanie, postawione w tytule, przecząco. Zawartość białka w płynie była w większości przypadków większa od zawartości w surowicy krwi. W niewielkiej liczbie przypadków była mniejsza, niż w surowicy krwi, ale przekraczała 4%. Należy zatem uważać, że płyn, gromadzący się w jamie bębenkowej, jest w każdym przypadku wysiękiem, a nigdy przesiękiem. Za tem przemawia również i fakt kliniczny, że zawsze jesteśmy w stanie przy obecności płynu wprowadzić powietrze do jamy bębenkowej, a więc nie istnieje bezwzględne zamknięcie trąbki słuchowej, któreby umożliwiło powstanie *hydrops ex vacuo*.

F. I. DOBROMYLSKI. **Przewlekła gruźlica krtani u chorych nieprątkujących.** (Zeit. f. Hals. Nas. u. Ohr., t. 33, z. 2).

Według danych autora, zaczerpniętych z Moskiewskiej poradni przeciwgruźliczej, gruźlica krtani występuje w 9% u chorych nieprątkujących, z czego 4,6% przypada na postaci przewlekłe, 4,4% na ostre. Geneza tych postaci jest prawdopodobnie krwiopochodna. W 1/3 przypadków stwierdza się

w płucach proces nieczynny lub ogniska zwapnienia, w 2/3 przypadków chodzi o zmiany rozsiane, zazwyczaj przewlekłe, rzadziej rozsiane ze skłonnością do przeistaczania się w postaci włókniste. Rozpoznanie nie zawsze jest łatwe. Gdzie jest to tylko możliwe, należy dokonywać biopsji, przyczem jedynie wynik pozytywny posiada znaczenie. Jako cenny środek rozpoznawczy należy uważać poza rentgenem próbę tuberkulinową.

J. T e n c e r.

BUYS. Przypadek samorzutnego oczopląsu skierowanego naprzemian ku stronie prawej i lewej. (Ann. d'Oto-Lar. Nr. 10/1932).

Autor podaje opis przypadku samorzutnego oczopląsu, zwróconego naprzemian ku stronie prawej i lewej, którego pochodzenie przedsionkowe zostało udowodnione za pomocą próby R o m b e r g a, podczas której chory padał naprzemian ku stronie prawej i lewej, przyczem kierunek upadku był odwrotny do kierunku oczopląsu. Układ nerwowy nie wykazywał żadnych odchyśleń od normy. Jaki może być mechanizm takiego oczopląsu, trudno jest odpowiedzieć. Jeżeli jednak spostrzega się, że ośrodki oczopląsu są antagonistyczne i stale pobudzane jeden po drugim przy sposobności zwykłych ruchów kątowych, jeżeli ponadto stwierdza się, że zmieniają one swoje napięcie przy zmianach energii, to jest możliwe, że spostrzegana naprzemiennosc może się ujawniać przy sposobności stałego pobudzenia. Gdzie mógłby się znajdować przypuszczalny czynnik pobudzający? W opisywanym przypadku miało się do czynienia z przewlekłym zapaleniem ucha u osobnika, który przebył zimnicę i który jest, być może, zakażony przymiotem, lecz którego układ nerwowy nie wykazuje szczególnych zaburzeń. Te dane są niewystarczające, ażeby dać jakąś wskazówkę.

H. L.

J. ALPIN. Dwa przypadki ropnia płata skroniowego pochodzenia usznego, wyleczonego po operacji. (Żurn. Uszn., Nos. i Gorł. Bol. Nr. 5-8/1932).

Pierwszy przypadek dotyczył czteroletniego dziecka, drugi zaś — 25-letniej mężatki. W obu przypadkach schorzenie umiejscowiło się po stronie lewej. W pierwszym przypadku rozwinęło się ono jako powikłanie wypadnięcia mózgu, w drugim — wskutek zapalenia ochrzęstny (*perichondritis*) małżowiny uczonej. Autor przypuszcza, że brak płynu w chwili nacięcia opony twardej i wczesne ustanie wydzielania ropnego z ropnia należy uważać za pomyślne objawy. Rodzaj drenażu jamy ropnej nie odgrywa wielkiej roli, raczej stopień objawów zapalnych ze strony mózgu i opon mózgowych. Zmianę opatrunku najlepiej jest wykonywać w pozycji siedzącej, odwracając głowę chorego ku stronie zdrowej. Często powtarzane nakłucia lędźwiowe pozostają bez wpływu na te wypadnięcia, pomimo ogólnie przyjętej zapalnej teorii powstawania wypadnięć mózgu.

H. L.

N. KAISSARIS. Neuro-labyrinthitis w kile nabytej a labyrinthitis w kile wrodzonej późnej. (Revue de laryngologie etc. Nr. 7, 1933).

Przytępienie słuchu w *nauro-labyrinthitis* lu. wskazuje na schorzenie narządu odbiorczego (R i n n e dodatni, W e b e r w uchu lepszym). Natomiast w *labyrinthitis* w kile wrodzonej późnej słuch jest przytępiony wskutek zajęcia narządu dowodzącego i odbiorczego z przewagą schorzenia narządu dowodzącego (R i n n e ujemny). W obydwu rodzajach kilowego zapalenia błędnika początek bywa nagły, i niekiedy szybko dochodzi do głuchoty. W kile wrodzonej późnej przytępienie słuchu jest zazwyczaj obustronne, z początku występuje po jednej stronie, a po pewnym czasie i po drugiej; w kile nabytej zaś obustronna głuchota jest o wiele rzadsza. Badanie n. przedsionkowe wykazuje w kile ucha wewnętrznego szereg odchyśleń od normy. Rozszczepienie objawów, a m. brak odczynów poobrotowych przy dodatniej pró-

bie cieplnej częściej występuje w *lues congenita tarda*. W *neuro-labyrinthitis* lu. odczyn Wa. we krwi jest prawie zawsze dodatni, natomiast w *labyrinthitis* kily wrodzonej późnej jest raczej ujemny. Objawy ze strony błędnika są często jedyną oznaką obecności kily.

J. T e n c e r.

Choroby narządów trawienia.

P. MARTINI i K. Ph. BECKER. Bezwzględne badania czynności żołądka u zdrowych i chorych z wrzodem. (Dtsch. Arch. klin. Med. t. 175, z. 1).

W badaniach swych stosowali autorzy metodę L e w i n a, przyczem jako próbnego posilku używali 420 cm³ buljonu z wyciągu mięsnego (na 420 cm³ wody dawano 11 gr. mięsnego wyciągu L i e b i g a i 3 cm³ 0.4% roztworu czerwieni fenolowej) o ciepłocie ciała. Ilość soku, wydzielonego przez żołądek w ciągu godziny, wynosiła u zdrowych najwyżej 362 cm³, u chorych z wrzodem żołądka — 440 cm³, z wrzodem dwunastnicy — 439 cm³; najmniejsza ilość wydzieliny wynosiła u zdrowych — 17 cm³, u chorych z wrzodem żołądka — 56 cm³, z wrzodem dwunastnicy 26 cm³; przeciętnie ilość soku wynosiła u zdrowych 165 cm³, u pacjentów z chorobą wrzodową — 195 cm³. U chorych z wrzodem rzadziej znajduje się ilości wydzieliny poniżej 100 cm³, aniżeli u zdrowych. Sok ludzki nie posiada niezmiennego układu ilościowego. Ilości wydzielonego soku żołądkowego wahają się ogromnie w poszczególnych fazach badania zarówno u zdrowych, jak i u chorych z wrzodem w tym samym stopniu. Przeważnie zdrowi i chorzy z wrzodem odpowiadają w pierwszej fazie badania odrazu największą ilością wydzieliny; jest to wybitniej wyrażone u chorych z wrzodem żołądka, aniżeli u zdrowych i chorych z wrzodem dwunastnicy. U zdrowych w większości badań stężenie kwasu solnego w wydzielinie wahało się od 0.05 do 0.3% (najwyższe — 0.501%, najniższe — 0.04%). To samo stwierdzono w większości przypadków wrzodu żołądka i dwunastnicy. Najwyższe stężenie kwasu solnego u chorych z wrzodem żołądka wynosiło 1.05%, u chorych z wrzodem dwunastnicy — 2.1%, najniższe odpowiednio 0.07%, względnie 0.03%. U zdrowych, ani u chorych z wrzodem nigdy nie brakowało wolnego kwasu solnego. Stężenie kwasu solnego w czystym soku żołądkowym waha się w rozmaitych fazach badania u tego samego człowieka bardzo znacznie, czasami o kilkaset %, przytem w tym samym stopniu u zdrowych i chorych z wrzodem. U chorych z wrzodem stężenie kwasu w czystym soku żołądkowym było przeciętnie znacznie wyższe, niż u zdrowych przy użyciu tego samego bodźca. Ogólna ilość kwasu solnego w soku żołądkowym zmieniała się w poszczególnych fazach badania u zdrowych i u chorych z wrzodem, podobnie jak stężenie kwasu wydzieliny. U zdrowych wydzieliał żołądek przeciętnie w pierwszej godzinie badania 0.36 gr. kwasu solnego (przeważnie 0.02 — 0.5 gr., najmniej—0.011 gr., najwięcej—1.32 gr.), u chorych z wrzodem dwunastnicy — 0.64 gr. HCl (przeważnie — 0.15 — 1.0 gr., najmniej — 0.013 gr., najwięcej — 2.8 gr.), u chorych z wrzodem żołądka — 0.55 gr. HCl (przeważnie — 0.15 — 0.8 gr., najmniej — 0.09 gr., najwięcej—1.43 gr.). W 5/6 przypadków zdrowych i prawie 3/4 chorych z wrzodem znaleziono u poszczególnych osób, badanych w czasie przebiegu badania, odwrotne zachowanie się krzywej ilości wydzieliny i krzywej odsetkowej zawartości kwasu solnego w wydzielinie: ze zmniejszeniem się ilości wydzieliny zwiększała się odsetkowa zawartość kwasu solnego w wydzielinie i odwrotnie; a zatem hiperchlorhidria przebiega przeważnie z hiposekrecją, zaś hipochlorhidria — z hipersekrecją. W większości badań przedostawało się w ciągu pierwszej godziny z żołądka do jelit 300 — 600 cm³, u chorych z wrzodem 400 — 600 cm³. Przeciętnie liczby te wynosiły u zdrowych — 506 cm³, u chorych z wrzodem — 490 cm³. Im większe było wydzielanie

nie godzinne, tem większe też było godzinne opróżnianie i to zarówno u zdrowych, jak i u chorych z wrzodem. U zdrowych i u większości chorych z wrzodem opróżnia się żołądek o wiele szybciej w pierwszej fazie badania, aniżeli w następnych. Zawartość żołądka chorych z wrzodem opróżnia się przeciętnie szybciej w pierwszej, wolniej zaś w drugiej i trzeciej fazie, niż u zdrowych, przyczem jest to wybitniej wyrażone u chorych z wrzodem żołądka, podczas gdy chorzy z wrzodem dwunastnicy zbliżają się bardziej pod tym względem do zdrowych. Chorzy z wrzodem wykazują przeciętnie wyższe liczby kwasoty ogólnej, niż zdrowi. Krzywa ogólnej kwasoty wznosi się u zdrowych i u większości chorych z wrzodem dość stromo w przebiegu badania. Krzywa kwasoty ogólnej nie ujawnia przeważnie charakterystycznej krzywej wydzielniczej. Prawie u 1/3 badanych (8 zdrowych i 19 chorych z wrzodem) krzywe ogólnej kwasoty przebiegają w odwrotnym kierunku, niż krzywe bezwzględnej kwasoty, tak, że przypadki, uważane na podstawie zwykłych krzywych ogólnej kwasoty za normalnie kwaśne lub podkwaśne, mogą wykazywać w rzeczywistości nadmierne wydzielanie i wyższą, niż normalnie, bezwzględną kwasotę lub niedostateczne wydzielanie i niższe, niż normalnie, wartości bezwzględnej kwasoty. Ze zwiększaniem się stopnia ogólnej kwasoty treści żołądkowej zmniejsza się szybkość opróżniania żołądka. Potwierdza to hipotezę odruchu kwasowego, który od strony dwunastnicy reguluje szybkość opróżniania się żołądka. Wszyscy zdrowi i chorzy z wrzodem mieli treść naczczu. U zdrowych ilość jej wahała się od 10 do 40 cm.³. U chorych z wrzodem wynosiła przeciętnie 34 cm.³, wahała się zaś u chorych z wrzodem żołądka od 10 do 150 cm.³, z wrzodem dwunastnicy—od 5 do 100 cm.³. Wolny kwas solny wynosił u zdrowych przeciętnie 20 (wahania od 0 do 50), ogólna zaś kwasota—27 (wahania od 5 do 65). We wrzodzie żołądka wolny kwas solny wynosił przeciętnie 7 (wahania od 0 do 100), ogólna kwasota — 51 (wahania od 20 do 118); we wrzodzie dwunastnicy wolny kwas solny przeciętnie 38 (wahania od 0 do 160), ogólna kwasota — 50 (wahania od 10 do 160). Z badań tych można wyciągnąć poniższe wnioski. Zdrowi i chorzy z wrzodem (szczególnie z wrzodem żołądka) odpowiadają w pierwszej fazie badania jednakowo natychmiast największą ilością wydzieliny. U człowieka znajduje się fizjologiczną niestalość stężenia kwasowego. Wysokie wartości kwasowe u chorych z wrzodem nie są spowodowane zwiększoną, lecz równomiernie stężoną ilością kwasu. U człowieka istnieje prawdziwa hiperchlorhidria wydzieliny żołądkowej, przyczem odsetkowa zawartość kwasu znacznie przekracza normę, a mianowicie czasami niezależnie od ilości wydzielonego soku. Spostrzegane przez autorów najwyższe stężenie kwasu solnego wydzieliny jednej fazy badania u chorych z wrzodem przekracza w silnym stopniu wszystkie spostrzegane dotąd wartości. Stężenie kwasu solnego wydzieliny jest przeciętnie u chorych z wrzodem żołądka o 30%, u chorych z wrzodem dwunastnicy o 50% wyższe, niż u zdrowych. U większości chorych z wrzodem znaleziono jako charakterystyczne dla choroby, ważne pod względem różniczkowo - rozpoznawczym odchylenie od normy przeciętnie wyższe natężenie wydzielania wody (20%) i kwasu (73%), przyczem jednak zwiększenie wytwarzania kwasu bardziej występuje na plan pierwszy, niż ilość soku. Zarówno ilość, jak i kwasota treści naczczu są u chorych z wrzodem przeciętnie znacznie zwiększone w porównaniu z normą.

Henryk J. L a n d a u.

L. RÓSA. **Próba z azotanem srebra i zastosowanie jej w rozpoznawaniu chorób wątroby.** (Wien. kl. Woch. Nr. 36/1933).

0,2 cm.³ 10% roztworu azotanu srebrnego nie wywo-

luje przy gotowaniu z 1 cm.³ moczu, pochodzącego od osobnika zdrowego, czarnego zabarwienia. Jeżeli jednak przy użyciu tej lub mniejszej ilości azotanu srebrnego występuje czarne zabarwienie, należy wyciągnąć wniosek co do współudziału wątroby w procesie chorobowym. Pomiędzy wątrobą a gospodarką soli kuchennej istnieje ścisły związek, i we wszystkich przypadkach schorzenia wątroby występuje zmniejszenie się wydalania soli kuchennej. Moczówka cukrowa, ostre i przewlekłe zatrucie wywierają wpływ na wątrobę w tem znaczeniu, że stężenie chlorków w moczu pozostaje prawie zupełnie prawidłowe w stosunku odwrotnym do poziomu cukru we krwi. W każdym podejrzanym przypadku zaleca się wobec tego ilościowe określanie stężenia chlorków w moczu, przyczem stężenie poniżej 0,72 gr. w 100 cm.³ moczu (w dobowej jego ilości) należy uważać za patognomoniczne dla uszkodzenia wątroby.

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

M KÜNSZTLER. **Nawroty po operacjach dróg żółciowych.** (Wien. kl. Woch. Nr. 37/1933).

Po operacjach pęcherzyka żółciowego przychodzi często do nawrotów. Najczęściej znajduje się wśród nich stare przewlekłe zapalenia dróg żółciowych, bardzo często w połączeniu ze stanami kurczowymi przewodu żółciowego wspólnego, rzadziej podostre zapalenia dróg żółciowych z czostrzeniem, z gorączką i żółtaczką. W obu tych sprawach stosuje autor zgłębnikowanie dwunastnicy bez wlewania siarczanu magnezowego lub oliwy. Zgłębnik należy jednakże za każdym razem pozostawiać w dwunastnicy mniej więcej przez 2 godziny, zgłębnikowanie zaś powtarza się 20 — 30 razy. Przeshkody mechaniczne, jak: marskość, przegięcia, kamienie wymagają powtórzonego zabiegu chirurgicznego.

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

EDWARDS **Uchylki dwunastnicy i jelita czczego.** (The Lancet, Nr. 4. Rok. 1934).

Wobec nowych zdobyczy w tej dziedzinie stary podział M e c k e l a na uchylki prawdziwe i rzekome okazuje się niezadawalający. Klasyfikacja nowa: A — *diverticula congenita*: 1. *div. Meckeli*; 2. *div. non Meckeli* (nprz. uchylki, towarzyszące ektopicznemu guzkom trzustki lub uchylki torbielopodobne). B — *diverticula acquisita*: 1. pierwotne o typie przepuklinowym; 2. wtórne (a. zależne od schorzenia ściany przewodu pokarmowego, nprz. uchylek wrzodowy dwunastnicy; b. *div. e tractione*); 3. uchylki rzekome. Z postępem czasu wykrywa się uchylki coraz częściej wobec ulepszenia techniki badania radijoskopowego. Patogenetycznie może wchodzić w rachubę: 1. osłabienie pewnego odcinka ściany przewodu pokarmowego (miejsca, odpowiadające przebiegowi większych naczyń lub ujściu przewodów, pierwotne osłabienie mięśniówki, tłuszczowe wyrodnienie mięśniówki, kongenitalna hipoplazja mięśniówki, *myositis toxica*); 2. czynnik parcia w danym odcinku światła przewodu pokarmowego, a właściwie zmiany tego parcia, uwarunkowane zawartością i perystaltyką. Uchylki dwunastnicy mogą przebiegać klinicznie: 1. z objawami dyspepsji ze skłonnością do biegunk; 2. z objawami bólów napadowych w dołku nadbrzusznym po posiłkach. Uchylki jelita czczego nie dają żadnych objawów klinicznych typowych (bole brzucha, skłonność do biegunk). Rozstrzyga radijoscopia. Leczenie — zabieg operacyjny.

Jerzy F a j w l e w i c z (Łódź).

Streszczenia pojedyncze.

Choroby zakaźne.

FRIEDEMANN i ELKELES. Barjera krwio-mózgowa w chorobach zakaźnych. (The Lancet, 1934, Nr. 14).

Wpatogenezie chorób zakaźnych przypisuje się mózgowi duże znaczenie i wiele objawów, wreszcie niepomysłne zejście uzależnia się od zaburzeń w ośrodkach nerwowych, spowodowanych bezpośrednim zadziałaniem na nie toksyn bakteryjnych. Badania ostatnich lat pozwoliły dopiero wejrzeć w mechanizm, regulujący wymianę substancji pomiędzy krwią a mózgiem. Mechanizm ten nazwano „barrière hémato-encéphalique” — „Bluthirnschranke” — „blood brain barrier BBB”. Mechanizm ten działa wybiórczo. Autorzy przeprowadzali badania z toksynami błonicy, botulizmu, tężca, czerwonej krowki i jadu kobry. Stwierdzili duże różnice u różnych toksyn w łatwości przenikania barjery krwio-mózgowej. Z wymienionych toksyn właściwość przenikania tej barjery posiadają toksyny czerwonej krowki i jad kobry, nie posiadają tej właściwości toksyny tężca, błonicy i jad kielbasiany. Toksyny, które posiadają właściwości przenikania zapory, działają szybko, i wywoływane przez nie schorzenie nie posiada okresu wylegania; toksyny, nieprzenikające barjery krwio-mózgowej, dają schorzenie o długim okresie wylegania. Większość toksyn należy do drugiej kategorii. Autorom chodziło o wyjaśnienie zagadnienia, od czego zależy możliwość przenikania toksyn przez barjerę krwio-mózgową. Przenikanie ciał chemicznych przez tę zaporę zależy od jednej z następujących 3 właściwości: rozpuszczalności w lipidach, albo wysokiego stopnia przenikliwości (*diffusibilitas*), albo wreszcie od własności zasadowych. Ostatnia właściwość, a więc charakter kwaśny lub zasadowy jest, zdaniem autorów, najbardziej decydująca. Można więc wnosić, że i toksyny o charakterze kwaśnym mogą barjerę przenikać, a kwaśne — nie. Jednak budowy chemicznej toksyn nie znamy, natomiast wiemy, że zasadowy lub kwaśny charakter jest związany z dodatnim lub ujemnym ładunkiem elektrycznym, który może być określony drogą kateforezy. Drogę tę autorzy obrali i stwierdzili, że toksyny, przenikające barjerę, mają ładunek obojętny (czerwona krowka) albo dodatni (jad kobry), nieprzenikające zaś barjery mają ładunek elektryczny ujemny (błonica, tężec, jad kielbasiany) w stosunku do Ph krwi. Barjera krwio-mózgowa tkwi w ścianach naczyń włosowatych mózgu; przepuszczalność ich jest więc równoznaczna z przenikaniem barjery.

Jerzy Fajwlewiec (Łódź).

UNDERWOOD. Formol-toksoid w profilaktyce błonicy. (The Lancet, 1934, Nr. 13).

W ciągu ostatnich dziesięciu lat TAM (toksoid-antitoksoid-mikstura) znalazła rozległe zastosowanie. U dzieci z dodatnim odczynem Schick'a po szczepieniu w ciągu trzech miesięcy trzema dawkami TAM otrzymywano potem odczyn Schick'a ujemny. Pozostawał jednak zawsze pewien odsetek dzieci, które i po szczepieniu zachowywały dodatni odczyn Schick'a. W Leeds na 549 dzieci po szczepieniu 138 pozostało Schick'a — dodatnimi, a więc 25%. Stąd eksperci, którzy zajęli się tą sprawą z ramienia Ligi Narodów, przyszli do wniosku, że należy szczepić materiałem bardziej czynnym. Zadanie to, zdaniem autora, spełnić ma FT (formol-toksoid). Autor stosował szczepienie FT również 3 razy w odstępach 14-todniowych. Za każdym razem stosował jeden centymetr sześcienny o mocy 20 jednostek i otrzymywał potem 84 — 96% ujemnego odczynu Schick'a po 4 tygodniach, a 90 — 100% — po 8 tygodniach. Jeżeli po tem szczepieniu występowały przykre objawy uboczne, to miały one charakter przejściowy.

Jerzy Fajwlewiec (Łódź).

BUICE. Wpływ tonsyllektomji na odporność względem antytoksyny błonicznej. (The Lancet, 1934, Nr. 15).

Wykonany został odczyn Schick'a u 232 wiejskich dzieci szkolnych w wieku od 6 do 15 lat. Dodatkowo wypadł u 68 dzieci, a więc u 62% u tych, którym usunięto migdałki, a u 84 (69%) dzieci, którym nie usuwano migdałków. Wynika stąd, że tonsyllektomia w kierunku badanym wpływu żadnego nie wywiera. Wynik ten jest różny od wyniku, otrzymanego przez Zingher'a i innych, którzy pracowali na materiale dziecięcym w dużych miastach. Im mniejsze jest skupienie, tem większy jest odsetek dodatnich odczynów Schick'a wogóle.

Jerzy Fajwlewiec (Łódź).

Choroby płuc.

F. HASLINGER. Obce ciała w oskrzelach i ich znaczenie dla medycyny ogólnej. (Wien. kl. Woch. Nr. 4 1933).

Za pomocą opukiwania i osłuchiwania stwierdza się zniszczenie szmerów oddechowych w jednym płucu lub jednym płacie płuca, dalej zmniejszoną ruchomość oddechową. W częściowym zamknięciu oskrzela słyszy się szorstki lub syczący szmer tarcia. Badanie rentgenowskie nie we wszystkich przypadkach oddaje jednakowe usługi. Pewne rodzaje ciał obcych dają wyraźny cień (metale), inne, jak: groch, fasola i t. d., nie dają same cienia, lecz można przytem stwierdzić niedodmę całego płuca (przy uniedroźnieniu głównego oskrzela), zaś cień śródpiersia jest przesunięty ku stronie chorej, ruchomość przepony po stronie chorej może być zmniejszona. Jeżeli ciało obce dostanie się jeszcze niżej, niedodma może się ograniczyć do nieznacznego odcinka płuca. Bezpośrednio po dostaniu się ciała obcego do oskrzeli nie musi się już wytworzyć niedodma. W tych przypadkach zdjęcie rentgenowskie może nie być wykazać, pewne wskazówki może raczej dać dokładne skontrolowanie płuc przy prześwietleniu. W zupełnym zamknięciu światła oskrzela przez ciało obce cień śródpiersiowy ulega przy każdym wdechu przeciągnięciu ku stronie chorej. Przepona jest ustawiona po stronie chorej wyżej (Holtzkecht). W razie działania wentylowego podczas wdechu, kiedy istnieje komunikacja z tchawicą, przepona stoi po obu stronach na jednakowej wysokości, cień śródpiersia znajduje się na swym normalnym miejscu. Podczas wydechowego zwężenia oskrzela powietrze zostaje w odpowiednim odcinku płuca zamknięte, powstaje rozedma, przepona unosi się, cień śródpiersia przesuwają się ku stronie zdrowej. W pewnej grupie przypadków, a mianowicie tam, gdzie chodzi o mniejsze ciała obce, jak: drobne kostki, ości rybne, kawałki drzewa i t. p., wszystkie wyżej wymienione badania nie pomagają. Nie można ich zobaczyć jako cieni, nie powodują one objawów niedrożności, nie dają żadnych objawów osłuchowych, ani opukowych, czynią jednak ze swego nosiciela chorego na przeciąg miesięcy i lat, nie będąc rozpoznaniem. Rozpoznaje się w tych razach nieżyty oskrzeli, odoskrzelowe zapalenia płuc, rozstrzenie oskrzeli. W tych przypadkach tylko bronchoskopia może doprowadzić na właściwą drogę i spowodować po wieloletniej chorobie wyzdrowienie. Dlatego też badanie płuc na obecność ciała obcego można uważać za ukończone tylko wtedy, gdy wykonano również bronchoskopję.

A. Neumann (Baden-Wien).

P. BIRKENHOLZ. O preparacie „Cardiazol-Chinin” (Wien. kl. Woch. Nr. 39 1933).

W leczeniu pneumokokowego zapalenia płuc, jak również grypowego zapalenia płuc i gorączkowego nieżyty oskrzeli cenne usługi świadcza podawanie 3 ziaren „Cardiazol - Chinin” albo też 2 wstrzykiwania wśródmięśniowe lub wśródżyłne

tego preparatu. Również grypcę bez zapalenia płuc można leczyć w ten sposób z dobrym wynikiem.

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

BRAY i WITTS. Pseudoefedryna w leczeniu dychawicy oskrzelowej. (The Lancet, 1934, Nr. 15).

Pseudoefedryna, podawana doustnie, okazała się skuteczniejsza od efedryny w sensie zmniejszenia częstości napadów dychawicy oskrzelowej u dzieci, natomiast okazała się mniej skuteczna w zwalczaniu napadów dychawicy oskrzelowej u dorosłych. Stwierdzono pozatem, że pseudoefedryna jest mniej toksyczna od efedryny, jednak w dużych dawkach powoduje te same objawy uboczne, co i efedryna. Pseudoefedryna jest cennym lekiem w leczeniu dychawicy u dzieci oraz u tych dorosłych, którzy okazują brak tolerancji względem efedryny. Ani efedryna, ani pseudoefedryna nie były tak skuteczne w zwalczaniu napadów dychawicy, jak zastrzykiwania adrenaliny.

Jerzy F a j w l e w i c z (Łódź).

Choroby serca i naczyń.

F. MATTAUSCH. O leczeniu zaburzeń krążenia w gruźlicy płuc. (Wien. kl. Woch. Nr. 33/1933).

Zarówno w toksycznych, jak i w mechanicznych zaburzeniach krążenia dobry wpływ wywierało podawanie Cardiazol - Ephedrin z początku w dawce 3 razy dziennie po 15 kropli lub jednej tabletki, później w mniejszej.

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

L. PRESSMAN. Pewne dane co do stanu mięśnia sercowego i o szmerach skurczowych w ostrym gościcu stawowym. (Klin. Med. t. X, Nr. 17-18).

U zdrowych młodych osób (żołnierzy), chorujących po raz pierwszy na ostry gościec stawowy, skurczowa czynność serca nie ulega zaburzeniom w sposób uchwytany, jeżeli sądzić o tem w braku tętna naprzemiennego i nierównego u nich podczas choroby zarówno w warunkach zwykłej, jak i uciskowej sfigmografji. Prawdziwe tętno nierówne należy odróżniać od oddechowego tętna nierównego, spotykanego nierzadko, sądząc ze spostrzeżeń autora, i świadczącego o następujących w przebiegu choroby zmianach w napięciu roślinnego układu nerwowego. Często jednoczesność występowania szmerów skurczowych w sercu i zjawiania się oddechowego tętna nierównego a także nadzwyczajna zmienność szmerów u chorych z taką nieprawidłowością tętna stanowi powód do przypuszczenia w tych przypadkach współdziału roślinnego układu nerwowego w powstawaniu szmerów skurczowych.

Henryk J. L a n d a u.

K. HITZENBERGER. O zaburzeniach świadomości u sercowo chorych wskutek braku tlenu. (Wien. kl. Woch. Nr. 28/1933).

Autor spostrzegł u sercowo chorych, a zwłaszcza u dwóch chorych z rozedmą płuc obraz chorobowy, który można scharakteryzować w następujący sposób: sinica bardzo silnego stopnia, lecz przytem nieznaczna tylko duszność, nieznaczna *orthopnoë* lub nawet zupełny jej brak, umiarkowane obrzęki. Chory spokojnie leży w łóżku, nie wykazując żadnego zainteresowania dla otoczenia, ani dla stanu swego zdrowia, ciągle zasypia w ciągu dnia, natomiast w nocy sen ulega zaburzeniom. Pod względem psychicznym wykazują duże zaburzenia w orientacji aż do zupełnego zamroczenia świadomości z majaczeniami i śpiączką. Istnieją wszelkie fazy przejściowe między silnym niepokojem psychomotorycznym a apatią. U chorych takich stwierdzano dobre tętno, często też normalne ciśnienie. Nie chodzi tutaj też właściwie o zaburzenia w krążeniu jako takie; najważniejszy jest fakt, iż nasycenie krwi tlenem ulega bardzo znacznemu zmniejszeniu, a CO₂ jest ogromnie zwiększone. Również zdrowi ludzie są

narażeni na niebezpieczeństwo przy niedostatecznym dowozie tlenu, np. przy wznoszeniu się balonem (lot do stratosfery) albo też przy oddychaniu powietrzem ubogiem w tlen: przychodzi do utraty świadomości i drgawek padaczkowych, może nawet nastąpić śmierć. Że to brak tlenu stanowi przyczynę tych stanów, dowodzi fakt, że zaraz po podaniu tlenu następuje poprawa. Autor dochodzi do wniosku, że część ludzi z zaburzeniami krążenia ginie wskutek tego braku tlenu, podobnie jak zagazowani podczas wojny.

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

P. NEUDA. O zakrzepo - zatorze. (Wien. kl. Woch. Nr. 30/1932).

Podczas gdy surowica pęcherza, otrzymana za pomocą plastra kantarydowego, nieswoiście aglutynuje czerwone ciała krwi, przy zmieszaniu własnej surowicy chorego z jego czerwonymi ciałkami krwi (wykonanem, jak przy określaniu grup krwi) przychodzi do aglutynacji w przypadkach zakrzepu. Jeżeli jednakże dodać niewielką kroplę campolonu (preparat wątrobowy I. G. Farbenindustrie) do tej mieszaniny, aglutynacja nie następuje. Jeżeli aglutynacja już przedtem nastąpiła, to dzięki campolonowi udaje się ją w silnym stopniu cofnąć. Te spostrzeżenia skłoniły autora do wykonania prób leczniczych w zakrzepowym zapaleniu żył. Liczba przypadków jest zbyt mała, aby już wyciągać wnioski, jednakże środek ten, jak się zdaje, posiada pewien wpływ na przebieg choroby.

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

Choroby krwi i narządów krwiotwórczych.

K. SINGER. W sprawie trwałego leczenia i opieki przychodni nad stanami chorobowymi krwi. (Wien. kl. Woch. Nr. 44/1932).

Ponieważ chorzy z niedokrewnością złośliwą po tymczasowym wyleczeniu, pozostawieni samym sobie, zaniedbują przeważnie leczenia wątroby i narażają się na nawroty, nawołuje autor do wprowadzenia w przychodniach godzin przyjęć dla stałego leczenia i opieki nad pacjentami z chorobami krwi. Należałoby wprowadzić takie instytucje przede wszystkim w szpitalach i kasach chorych. Jako tani preparat do zastrzykiwań poleca autor opakowanie kasowe Degewop (50 ampulek około 22 szylingów).

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

H. DIMMEL. Postacie agranulocytozy. (Folia haematologica. T. 49, Nr. 3.4 - 1933).

Liczni autorzy w ciągu ostatnich lat opisali szereg przypadków agranulocytozy, która przebiegała odmiennie, niż to podawał S c h u l t z. Okazało się, że przebieg nie zawsze jest ostry, że istnieją przypadki z tendencją do zwolnień i nawrotów, że niekiedy niema ostrej granicy między agranulocytozą S c h u l t z a a aleukją. Autor opisuje trzy przypadki agranulocytozy o pomyślnym przebiegu. Na uwagę głównie zasługuje przypadek pierwszy, który dotyczy 49-letniej kobiety, obserwowanej przez autora w ciągu 9 lat; w ciągu tego czasu chora kilkanaście razy miała jakby napady agranulocytozy z bardzo znaczną leukopenją, prawie zupełnym zanikiem granulocytów, owrzodzeniami w jamie ustnej i na skórze. Napady te występowały okresowo przeważnie na wiosnę i jesienią; napad zwiastowało uczucie zmęczenia; na szczycie granulopenji występował cukromocz dość znaczny z hiperglikemją, które znikały po napadzie, choć chora spożywała djetę obfitą w węglowodany. Pozatem zaobserwowano, że przed napadem skóra chorej w miejscach, wystawionych na światło słoneczne, ulegała znacznemu ściemnieniu; w okresie zwolnienia zmiany barwnikowe cofały się. Erytrocyty i trombocyty nie przedstawiały odchyłań od normy. Autor sądzi, że w opisanym przypadku w powstawaniu zmian chorobowych brał udział układ nerwowy wegetacyjny, zaczem przemawiają okresowość napadów, cukromocz, zmiany barwnikowe i dobry wynik leczenia adre-

nalina. Etiologia schorzenia jest dotąd niejasna. Bardzo często głównym momentem etiologicznym jest infekcja, która u osobników ze wzmoczoną wrażliwością szpiku kostnego na bakterie i toksyny daje obraz agranulocytozy. Leczenia specyficznego nie mamy. Należy zwalczać objawy septyczne, stosować czynniki drażniące szpik i wreszcie podtrzymywać czynność serca.

Jakób P e n s o n.

MARRIOT. Angina agranulocytotica leczona pentozą nukleotydową. (The Lancet, Nr. 9, 1934).

Metoda lecznicza, podana w 1931 r. przez autorów amerykańskich. Preparat jest w sprzedaży w ampulkach do zastrzykiwań domięśniowych; każda ampulka zawiera 0.7 grm. substancji leczniczej. Chory otrzymuje codziennie 2 ampulki tak długo, aż zwiększy się liczba granulocytów we krwi; w przypadkach rozpaczliwych wolno dawkę podwoić. Obok tego stosuje się przelewanie krwi (pierwszego dnia 500 ccm., drugiego — 350, siódmego — 400), płynne pożywienie, codziennie ½ funta surowej cielęcej wątroby. Należy szczególnie dbać o czystość jamy ustnej. Preparat amerykański nazywa się „Pentnucleotide”; ma on działać jako *stimulans* dla leukopoezy. Według J a c k s o n a bodziec taki istnieje w normalnej krwi ludzkiej. Autor miał również wynik leczniczy dobry w przypadku ciężkiej agranulocytozy typu S c h u l t z a.

Jerzy F a j w l e w i c z (Łódź).

W. HABERFELD i M. RUDOLPH. Agranulocytoza po spirocidzie w przebiegu anginy limfocytarnej. (Wien, kl. Woch. Nr. 30 1933).

Typowa, silnie wyrażona angina limfocytarna (*angina lymphocytica*) (jednakże prawie bez objawów anginy) przeszła w dalszym przebiegu dość nagle w zupełną agranulocytozę. Angina była połączona, jak to się zresztą prawie zawsze zdarza, ze względną oraz również nieznacznie bezwzględnie leukopenią. Zmniejszona odporność ustroju z jednej strony, podawanie zaś spirocidu z drugiej strony wywołały powstanie agranulocytozy. Wiemy przecież, że arsen, zwłaszcza w postaci arsenobenzolu, może wywołać agranulocytozę. Po stwierdzeniu agranulocytozy zastosowano z szybkim i dodatnim wynikiem omnadinę (*post hoc* czy *propter hoc*?).

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

Choroby kobiet i położnictwo.

L. L. MACKENZIE. Zatrucia ciążowe ze szczególnym uwzględnieniem wątroby. (Amer. J. Obst. and Gyn. t. XXIV, Nr. 2/1932).

Szereg zatruc ciążowych zbadano z punktu widzenia klinicznego i laboratoryjnego. Klasyfikację przeprowadzano klinicznie, a następnie rozpatrywano wyniki badań laboratoryjnych. Czynność wątroby badano za pomocą określania frakcji azotowej i ilościowego oznaczania urobiliny w moczu. Zwykle badanie chemiczne krwi i moczu nie posiada większego znaczenia dla oznaczania ciążowych zatruc wątrobowych i nerkowych. Urobilinurję stwierdza się zwykle również w zatruciu nerkowym, lecz naogół jest ona oznaką zatrucia wątrobowego. Urobilinurja dostarcza dodatkowej wskazówki przy ustalaniu jednego z tych dwóch typów zatrucia ciążowego.

L. J.

W. F. MENGERT, H. P. LEE. Zmiany w drogach moczowych podczas ciąży. (Amer. J. Obst. and Gyn. t. XXIV, Nr. 2/1932).

Każda z 41 badanych w tym kierunku pacjentek wykazywała przed rozwiązaniem pewien stopień rozszerzenia dróg moczowych po stronie prawej, zaś większość wykazywała również rozszerzenie po stronie lewej. Rozszerzenie przedporodowe wykazują częściej pierwsiastki, aniżeli wieloródki, później też następowało u nich zwijanie się poporodowe. Silne zmniejszenie

się wymiarów dróg moczowych w ciągu 24 godzin po porodzie stwierdzono w 8 przypadkach. U 12 normalnych powrót do normy następował w całości przeważnie między dziewiątym a jedenastym dniem. Większość spośród 41 pacjentek wykazywała wyraźne zmniejszenie się wymiarów dróg moczowych po upływie 12 dni od porodu. 5 pacjentek z pociąganiem gorączkowym wykazało powolny powrót do normy; autorzy przypuszczają, że ta zwłoka może być pierwszym czynnikiem, sprzyjającym powstawaniu pociągowego zapalenia miedniczek nerkowych.

L. J.

A. NIKOŁAJEW. W sprawie samoistnych pęknięć macicy. (Gin. i Akusz. Nr. 5—6/1932).

W etiologii pęknięć macicy nie należy widzieć i brać pod uwagę tylko jednego jakiegoś momentu przyczynowego. Niewątpliwie działa tutaj całość ich, przyczem tę ostatnią można sobie przedstawić w postaci dwóch zasadniczych czynników przyczynowych: 1) czynnika uspasabiającego (kruchosć ściany macicy na podłożu jej zmian patologicznych w związku z wielokrotnymi poronieniami, dziecięcnością, stanami zapalnymi) (w ich liczbie przymiotem), bliznami po cesarskich cięciach, starymi przedziurawieniami i t. d. i 2) czynnikiem wywołującym (niestosunek pomiędzy główką a miednicą, nieprawidłowe położenie i przodowanie, wczesne odejście wód, zastrzyknięcie pituitryny, bliźnięta, uraz i t. d.). Czynnikiem uspasabiającym nie może się ujawnić bez czynnika wywołującego, ten ostatni zaś jest nieskuteczny bez pierwszego. W przypadku, opisywanym przez autora, czynnikiem uspasabiającym było zapalenie macicy i błony śluzowej szyi, które powstały, być może, na podłożu przymiotu (przed zapadnięciem na przymiot trzy normalne porody); czynnikiem wywołującym była prawdopodobnie pituitryna, przyczem małoznaczność drugiego czynnika w danym przypadku podkreśla znaczenie czynnika uspasabiającego, który należy uważać za zasadniczy. Ciekawy jest w danym przypadku również ospały przebieg pęknięcia, które nastąpiło bez zwiastunów i wywołało nieznaczne objawy przedmiotowe i podmiotowe. Przypadek ten dowodzi, że w pęknięciach macicy wkroczenie w porę i radykalizm tego wkroczenia stanowią znaczną gwarancję pomyślnego zejścia schorzenia. Wykazał on również niestałość i zawodność objawów G u e n e t a i P e h a m a. Wreszcie jest on pouczający i ze względu na zastosowane leczenie pomocnicze: nader wybitne zatrucie ustroju chorej przez zły, jak się zdaje, preparat nowosalwarsanu.

J.

K. SZATERNIK i D. KANTAROWICZ. Dwa przypadki samoistnego pęknięcia macicy. (Gin. i Akusz. Nr. 5—6/1932).

Przewlekły proces zapalny mięśnia macicy może stanowić czynnik etiologiczny samoistnego pęknięcia macicy podczas porodu. Blizna macicy po przebytej operacji cięcia cesarskiego stanowi *locus minoris resistentiae* przy następnych porodach i poronieniach, w szczególności w razie istnienia *placentae praeviae caesariae* z głębokim wrastaniem kosmków do tkanki blizny. Chore, które przebyły operację cesarskiego cięcia, należy z reguły umieszczać w szpitalu krótko przed rozpoczęciem czynności porodowej. Płód przy pęknięciach może się czasami urodzić przez drogi naturalne. Przetaczanie krwi po wkroczeniach operacyjnych z powodu pęknięcia macicy stanowi czynnik, który poprawia znacznie szanse wyzdrowienia.

J.

Choroby dzieci.

A. RONALD. Wychowanie trudnych do wychowania dzieci. (Wien, kl. Woch. Nr. 39—40/1932).

Chodzi tutaj o dzieci, przeważnie o chłopców w wieku 4 — 6 lat, z wybitnymi objawami patologicznymi: nadpobudliwością nerwową bardzo silnego stopnia, nieprzerwanym niepokojem ruchowym, z napadami krzyków i płaczu, szału darcia

i niszczenia, brakiem jakiejkolwiek zdolności do skupienia się. Poza karami cielesnymi stosowano wszelkie możliwe środki wychowawcze, nie trzymając się ściśle żadnego określonego systemu: zajęcia, dobre przykłady, upomnienia, nagrody, kary. Okazało się, że już w tym wieku również możliwe jest wychowywanie społeczne.

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

F. REITER. **Zwracanie w wieku niemowlęcym.** (Wien. kl. Woch. Nr. 39—40/1932).

Autorka jest tego zdania, że zwracanie stanowi nawykową, mniej lub więcej dowolną czynność, sprawiającą dziecku przyjemność, która występuje u dzieci neuropatycznych i jest pokrewna innym zespołom objawowym, dającym dzieciom zadowolenie, jak np. ssanie palców, trzęsienie głową.

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

M. LANGER. **O wynikach leczenia oparzeń u dzieci tanniną.** (Wien. klin. Wschr. Nr. 22/1933).

Leczenie świeżych oparzeń u dzieci tanniną obniżyło liczbę przypadków śmierci do połowy. Poza okładami z tanniny podawano duże ilości napojów, stosowano środki nasercowe, przy objawach toksemii (sinica, drgawki ogólne, częste i drobne tętno, duszność, ciężko prostracja) wykonywano przetaczanie krwi. Po przetaczaniu krwi wstrzykiwano wśródżynie 10 — 20 cm.³ 20% roztworu tiosiarczanu sodowego. Przetaczanie krwi i wstrzykiwanie powtarzano ewentualnie następnego dnia i po 2 dniach. Liczba powikłań, występujących w związku z oparzeniem, nie ulega, jak się zdaje, przy tej metodzie leczenia zmniejszeniu.

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

A. BRATUSCH-MARRAIN. **Choroby żołądka w wieku dziecięcym.** (Wien. kl. Woch. Nr. 14/1933).

Autor podaje przegląd schorzeń żołądka, występujących u niemowląt i dzieci. Nieżyt żołądka nie występuje w wieku dziecięcym. Znane są wymioty i brak łaknienia w ciężkich ostrych schorzeniach biegunkowych. Pozatem spotyka się wymioty w kurczu odźwiernika oraz w wymiotach nerwowych lub nawykowych. W pierwszych spostrzega się często w okolicy żołądka stawianie się, perystaltykę i wymacuje się zgrubienie mięśniówki odźwiernika. Liczba przypadków tej choroby zwiększa się, idąc od Wschodu ku Zachodowi, jest to choroba narodów cywilizowanych, która rzadko występuje na wsi, często zaś w mieście, u chorych stwierdza się szczególnie często obarczenie nerwowe. Leczenie polega na podawaniu stężonych pokarmów, podzielonych na wiele posiłków, stosowaniu atropiny, w razie konieczności nacięcia odźwiernika (*pylorotomia*). Również bez kurczu odźwiernika zdarzają się przy dobrym łaknieniu wymioty, powstające na drodze nerwowej. Bywają one często, jak się zdaje, celowo wywoływane, a mianowicie, żeby zmusić rodziców do zajmowania się chorem dzieckiem. I tutaj również leczenie polega na podawaniu małych, lecz częstych posiłków, ewentualnie atropiny, papaweryny i psychoterapii, polegającej na tem, że po wymiotach przeprowadza się jakąś niemilą dla dziecka procedurę, np. oblanie zimną wodą. U starszych dzieci leczy się ostre przeładowanie żołądka środkami przeczyszczającymi. Wymioty szkolne i stały brak łaknienia wymagają leczenia psychoterapeutycznego. Również przypadki, które przypominają nieżyt żołądka u dorosłych, należy uważać za nerwowe, co potwierdza skuteczność metod sugestywnych. Wrzód żołądka należy do wybitnie rzadkich schorzeń w wieku dziecięcym.

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

A. ZANKER. **Objawy nerwowe w wieku dziecięcym.** (Wien. kl. Woch. Nr. 39-40/1932).

Objawy nerwowe powstają zewnątrzpo pochodnie, t. zn. w związku ze spostrzeżeniami ze świata zewnętrznego (we-

dług przykładów w rodzinie lub dalszem otoczeniu), lub też zewnątrzpo pochodnie na podłożu słabości narządowej. Z tych źródeł czerpiąc, stwarza nerwowe dziecko swe objawy, jeżeli wskutek wadliwego wychowania (przeczułone lub zbyt oschłe postępowanie) lub mniejszej wartościowości narządowej nie jest przygotowane do życia, jak to wykazał Alfred Adler.

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

Choroby dróg moczowych.

I. CSAPÓ i E. KERPEL FRONIUS. **W sprawie kwasicy w mocznicy.** (Wien. kl. Woch. Nr. 39/1933).

Pomimo niezliczonych prac mechanizm kwasicy nie jest jeszcze wyjaśniony. Nie wystarcza oznaczyć tylko Ph i ub dwuwęglan sodowy albo chlor. Jasny obraz uzyskać można tylko za pomocą badania wszystkich składników, wchodzących w rachubę. Z oznaczeń, przeprowadzanych w przypadkach autorów, widać, że kwasica mocznicowa jest wywołana przez kwasy organiczne. Stopień tego nagromadzenia kwasów może dorównać wartościom, znajdowanym w śpiączce cukrzycowej. Wyrównanie tego nadmiaru kwasów odbywa się za pomocą zwiększenia stałych zasad lub zmniejszenia chloru albo dzięki obu tym czynnikom, przyczem zasób zasad jest oszczędzany. Tam, gdzie występowały obie te zmiany, mówiono dawniej o hiperchloremji (?), przy zmniejszeniu się chloru — o hipochloremji. Słuszniejszym byłoby jednak, jak dowodzą autorzy w swej pracy, mówić o hipersalemji, względnie hiposalemji.

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

P. BLATT. **Znaczenie niezaburzonej czynności moczowodów dla fizjologii i patologii nerek.** (Wien. kl. Woch. Nr. 39/1933).

Jest to streszczenie poglądowe i zbiorowe, wykazujące, że nie tylko duże uszkodzenia anatomiczne moczowodów wywierają wpływ na czynność nerek, lecz również nieznaczne zmiany, jak np. zmiany w czasie ciąży i miesiączki albo zmiany spowodowane przez cystoskopję lub cewnikowanie moczowodów, wystarczają do wywołania zaburzeń czynności nerek i to nie tylko nerki tej samej strony, lecz często obu.

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

KERRIDGE. **Proteinurja w przebiegu przewlekłego zapalenia nerek.** (The Lancet, 1934, Nr. 13).

Jest to praca doświadczalna, która dowodzi, że proteiny, wydalone z moczem u chorych na przewlekłe zapalenie nerek, właściwościami fizyczno-chemicznymi zupełnie różnią się od protein osocza krwi. Pracę wykonano w ten sposób, że u tych chorych oddzielono proteiny z moczu drogą dializy do roztworu soli kuchennej, poczem koncentrowano ten roztwór w t° 38°C i wstrzykiwano dożylnie kotom, które tych protein nie wydalają.

Jerzy F a j w l e w i c z (Łódź).

MUIR. **Rak gruczołu krokowego.** (The Lancet, 1934, Nr. 13).

Ocena różnych metod postępowania leczniczego napotyka tu duże trudności ze względu na duże różnice indywidualne w nasileniu objawów i przebiegu samego schorzenia. Większość chorych, gdy się zgłasza do lekarza, nie nadaje się już do radykalnego zabiegu, ponieważ cierpienie przez długi czas przebiega bez objawów. Objawy występują w okresie późnym. O ile narastające utrudnienie w oddawaniu moczu zmusza do zabiegu, zostaje wykonana rezekcja endoskopowa. Głęboka terapia promieniami R o e n t g e n a przedłuża życie chorego. W przypadkach wczesnych przez próbną rezekcję endoskopową należy dążyć do możliwie wczesnego ustalenia utkania histologicznego guza.

Jerzy F a j w l e w i c z (Łódź).

Streszczenia pojedyncze.

Patologia kliniczna i doświadczalna.

K. SINGER. **Zapalenie mięśni a eozynofilja.** (Dtsch. Arch. klin. Med. t. 175, z. 3).

Autor podaje opis przypadku eozynofilji krwi bardzo silnego stopnia z licznymi niedojrzałymi kwasochłonnymi elementami komórkowymi w histologicznie stwierdzonym ciężkim przewlekłym zapaleniu wielomięśniowym (*polymyositis chronica*). Zmiany zapalne w mięśniach, szczególnie podostre i przewlekłe, mogą przebiegać bez wyraźnie na nie wskazujących objawów, jak obrzmienie i bolesność muskulatury, i uchwytnych zaburzeń czynnościowych, wykazywać zaś jedynie eozynofilję krwi bardziej lub mniej wybitnego stopnia. Dlatego też te obrazy chorobowe powinny być w silniejszym, niż dotychczas, stopniu uwzględniane w rozpoznawaniu różniczkowym niejasnych etiologicznie eozynofilij, należy również częściej stosować w praktyce pozbawione niebezpieczeństwa dla pacjenta próbne wycięcie kawałków mięśni. Dzięki wykazaniu, że również w innych stanach zapalnych mięśni, a nie tylko w zapaleniach mięśni, wywołanych przez włóśnie (*trichinae*), może występować eozynofilja bardzo znacznego stopnia, prawdopodobny wydaje się ten sam mechanizm powstawania eozynofilji we wszelkich zmianach zapalnych mięśni, a mianowicie jako odczyn na dostające się do krwi produkty rozpadu tkanki mięśniowej.

Henryk J. L a n d a u.

LOEPER, MAHOUEAU, TONNET. **Poziom kwasu szczawiowego we krwi chorych na serce.** (Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôpit. de Paris, Nr. 3, 1934).

Kw. szczawiowy powstaje przeważnie jako produkt przemiany węglowodanów, bądź z ich przeróbki w jelitach przez pewne drobnoustroje, bądź też wskutek niecałkowitego spalania ich w samych tkankach. Oksalemia występuje w cukrzycy, przy odżywianiu węglowodanami, w skazie szczawikowej. Insulina obniża równolegle poziom cukru i kw. szczawiowego we krwi (V i a l e, L o e p e r). Tworzeniu kw. szczawiowego sprzyja, jak się wydaje, zwiększenie zasadowości krwi (G o i f f o n) i k a r b o n e m j a (R e a l i B o e r i). Karbonemja występuje bardzo często w pewnych cierpieniach płucnych, u niektórych chorych na serce oraz w zespole sercowo - nerkowym w okresie niedomogi sercowej. Wobec powyższego autorzy wykonali szereg określeń poziomu kw. szczawiowego we krwi chorych w stanie niedomogi mięśnia sercowego z objawami duszności i sinicy. W przeważnej liczbie przypadków poziom okazał się wyższy od 0.02 (górna granica normy 0.015), a w jednym przypadku (wada zastawkowa) osiągnął 0.075. Zdaniem autorów, dieta oraz stan wątroby nie odegrał roli w powstawaniu oksalemji u zbadanych chorych. Nie można też zjawiska tego wiązać z hipertonją nerwu błędnego, ani z nadczynnością tarczycy, skoro stany te same przez się mogą również stać się przyczyną oksalemji. Badania doświadczalne wykazały, że kw. szczawiowy powstaje w narządach, zawierających glikogen, gdy narządy te umieścimy w cieplarni. Również mięsień sercowy, zawierający glikogen, glikozę i kw. mlekowy, wytwarza w cieplarni kw. szczawiowy kosztem zawartego w nim glikogenu. Powstający w mięśniu kw. szczawiowy wpływa niewątpliwie ujemnie na czynność włókna mięśniowego, gdyż spala się w mniejszym stopniu, niż kw. mlekowy, i trudniej przetwarza się w glikogen. Zdaniem autorów powstanie kw. szczawiowego *in situ*, zwłaszcza w pęczku łączącym, zawierającym największe ilości glikogenu (A s c h o f f, L o e p e r), jest przyczyną szeregu przypadłości i zaburzeń sercowych.

H. S z p i d b a u m.

J. M. HAYMAN, J. A. BENDER. **O białkomoczu nerkowym i pozanerkowym.** (Archives of Internal Med. T. 51 — Nr. 3 — 1933).

Od czasów B r i g h t a każdy białkomocz łączono ze zmianami w mięszu nerek. W ostatnich czasach liczni autorzy tłumaczyli powstawanie białkomoczu zmianami w białkach surowicy; np. E p s t e i n uważa, że białkomocz w nerczyce lipidowej zależy wyłącznie od zmian białek surowicy. Z poglądem tych autorów przemawia fakt, że wstrzyknięcie dożylnie obcego (kurzego) białka powoduje białkomocz. Jeśli białkomocz zależał od zmian białek surowicy, które zostają wydalone z ustroju, należałoby się spodziewać, że surowica chorych nerkowych, wstrzyknięta osobie zdrowej, powinna wywoływać białkomocz. Autorzy wstrzykiwali 50 do 200 cm³ surowicy 3 nerkowo chorych osobom zdrowym, o odpowiedniej grupie krwi; w żadnym przypadku u zdrowych nie stwierdzono białkomoczu pomimo wielokrotnego badania moczu w ciągu 24 — 48 godzin po wstrzyknięciu surowicy. Wyniki doświadczeń, zdaniem autorów, przemawiają przeciwko teorii, że białkomocz w schorzeniach nerek zależy od obecności obcych, toksycznych białek we krwi.

Jakób P e n s o n.

B. A. HOUSSEY. **Wyciąg z przedniego płata przysadki, jako czynnik wywołujący hiperglikemję.** (Klin. Woch. Nr. 20 — 1933).

Autor sądzi, że przedni płat przysadki, stanowi narząd centralny w układzie gruczołów dokrewnych; poza zachowaniem gatunku i normalną czynnością osobnika, odgrywa przodującą rolę w czynności i rozwoju pozostałych gruczołów dokrewnych. Rola przedniego płata przysadki w przemianie materji była przedmiotem wielu prac autora i jego współpracowników; prace te, przeważnie doświadczalne, wykonywane na zwierzętach, dowiodły, że wyciąg z przedniego płata przysadki jest wybitnym czynnikiem hiperglikemizującym. Stosowanie dużych dawek wyciągu psom wywołuje po paru dniach następujące objawy: hiperglikemja, cukromocz, ketonurja, lipidemja, cholesterynemja, wzmożenie przemiany podstawowej, oporność na insulinę i wzrost zawartości jodu we krwi. Psy z cukrzycą, osiągniętą przez wycięcie trzustki, wykazują po zastosowaniu wyciągu z przedniego płata przysadki znaczne nasilenie cukrzycy; natomiast wycięcie przysadki u takich psów daje poprawę cukrzycy. Patologia ludzka potwierdza wyniki badań na zwierzętach; wiadomo, że akromegaliccy wykazują w 25 — 40% cukromocz, a w 12 — 35% prawdziwą cukrzycę.

Jakób P e n s o n.

Choroby przemiany materji i gruczołów wewnątrztkankowych.

GODIAS, J. DROLET. **Śmiertelność z powodu cukrzycy w mieście New-York w trzydziestoleciu 1901 — 1931.** (The Journ. Amer. Medic. Assoc. Vol. 100 Nr. 10, 1933).

Autor przeprowadza analizę danych liczbowych, dotyczących śmiertelności na cukrzycę w mieście New York pośród ogółu ludności, Żydów i Murzynów. W ciągu rozpatrywanego okresu śmiertelność wzrosła z 503 do 1921; w liczbach względnych z 14.2 na sto tysięcy do 27.1. Wśród kobiet śmiertelność wzrosła znacznie szybciej, zaznacza się przytem we wcześniejszym wieku (45 lat dla kobiet, u mężczyzn po 55 r. życia). Żydzi stanowią 30% ogółu ludności New Yorku; w tej grupie rasowej cukrzycą, jako przyczyną śmierci, figuruje znacznie częściej, aniżeli pośród nie-żydów rasy białej. U kolorowych (Murzyni) cukrzycą jest rzadszą przyczyną śmierci niż u białych; różnica płciowa w śmiertelności na cukrzycę zaznacza się w tym samym kierunku, co u białych. Pogorszenie odżywiania w czasie wojny światowej spowodowało pewne

zmniejszenie śmiertelności na cukrzycę; w prowadzenie insuliny do terapii od 1923 r. dało początkowo nieznaczne zmniejszenie śmiertelności, które jednak już w latach następnych zanikło.

Sz. S z p i d b a u m.

ROSENBERG. Przyczynę do diety bogatej w węglowodany i ubogiej w tłuszcze stosowanej w cukrzycy. (D. m. W. Nr. 9. 1933).

Od czasu wprowadzenia insuliny dieta chorych na cukrzycę ulegała różnym wahaniom od ubogiej w węglowodany, i białko, a bogatej w tłuszcze, do bogatej w węglowodany, a ubogiej w tłuszcze, a ostatnio zalecanej przez autorów amerykańskich *A d l e r s b e r g a i P o r g e s a* dla cukrzyki dziecięcej. Zrozumiałą jest rzeczą, że należy podnieść wówczas także ilość podawanej insuliny. Autor nie jest zwolennikiem tej ostatniej diety, gdyż niejednokrotnie spostrzegł jej zły wpływ na tolerancję chorych cukrzycowych zarówno dzieci, jak i dorosłych, i nie widzi powodów do zmiany dotychczasowego postępowania leczniczego, umiarkowanej ilości węglowodanów i potrzebnej ilości insuliny. R. nie zgadza się ze zdaniem zwolenników diety bogatej w węglowodany i ubogiej w tłuszcze, jakoby miała ona jakiś specjalny wpływ leczniczy. Dobre wyniki, uzyskane po tego rodzaju diecie, można również dobrze wytłumaczyć samoistną poprawą tolerancji, tak często spotykaną u każdego chorego na cukrzycę, jak również znanym faktem, że przy wzmożonym podawaniu węglowodanów zwiększenie dawki insuliny odbywać się może w znacznie mniejszym stopniu. Pomimo takiego zapatrywania na sprawę diety bogatej w węglowodany, autor zastosował w grupie ciężko chorych na cukrzycę, t. zw. wegetatywnie chwiejnych, dietę, składającą się z 200 gr. węglowodanów, z niezmienną ilością białka i zmniejszonej ilości tłuszczów do 40 — 50 gr. Wyniki otrzymano różne: u jednych dobre, u innych słabe, a u niektórych chorych wogóle żadnej zmiany nie zauważono. Ta zmiana diety, przychylnie powitana przez chorych, miała swoje usprawiedliwienie także we wskazaniach społecznych i możliwości ścisłej obserwacji klinicznej. W chwili obecnej trudno sobie wytłumaczyć tak różne wyniki, jednak nie jest to specjalny wpływ leczniczy tej diety. Także nie można tego tłumaczyć zmniejszeniem ilości podawanych kalorii. Zdaniem autora, wytłumaczenia dobrego go wpływu tej diety należy szukać w dużej skłonności tych chorych do stanów hipoglikemicznych, w czasie których przychodzi do pobudzenia antagonistów trzustki.

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

G. MAXINESCO, E. FAÇON, A. BRUCH, A. PANNESCO-PODEANO. Postać narkoleptyczna wstrząsu hipoglikemicznego. (Annales de Médecine T. 33, Nr. 2 1933).

Autorzy opisują przypadek hipoglikemii samoistnej o rzadkim przebiegu. Chory, lat 47, skarży się na napadową senność; chory sam zauważył, że napady te częściej występują o głodzie; prócz głodu wszelkie przejścia nerwowe mogą powodować napad senności. Napad u chorego rozpoczyna się od uczucia ociężałości, po 15 — 20 minutach występuje nieznaczne podniecenie, drżenie kończyn, obfite poty i wreszcie głęboki sen. W czasie napadu cukier we krwi wynosi około 50 mg.%; po podaniu węglowodanów chory szybko się budzi i wraca do przytomności. Chory ma wygląd nieco akromegaloïdny, cierpi na silne bóle głowy i źle odróżnia kolory. Zdjęcie czaszki wykazało rozszerzenie siodełka tureckiego. Reakcja *W a s s e r m a n n a* we krwi ujemna. Najczęstszym powodem napadowej hipoglikemii w przypadkach, dotąd w piśmiennictwie ogłaszanych, były nowotwory trzustki. W danym przypadku, zdaniem autorów, sprawa nie zależy od trzustki, obciążenie bowiem glukozą wykazało sprawność trzustki. Brak danych, świadczących o niewydolności nadnerczy, zwrócił uwagę autorów w kierunku przysadki mózgowej, tembardziej, że

niektóre dane kliniczne przemawiały za cierpieniem przysadki. Wiadomo, że glikemja utrzymywana jest na stałym poziomie dzięki antagonistycznej grze hormonów trzustki i nadnerczy; czynność ta jest regulowana przez układ nerwowy roślinny, który otrzymuje bodźce od centrów glikoregulacyjnych śródmózgowia; ośrodki te stoją w ścisłej łączności z przysadką, która w ten sposób wywiera pośredni wpływ na przemianę węglowodanów. Zaburzenia czynności przysadki mogą więc prowadzić do hiperglikemji (np. w akromegalii) lub hipoglikemji (*W i l d e r*). *W i l d e r* sądzi, że hipoglikemja powstaje wskutek niedoczynności przysadki mózgowej; hormon przysadki w normie przeciwdziała insulinie, brak owego hormonu powoduje wtórną nadczynność trzustki. Objawy akromegaloïdalne, stwierdzone w przypadku autorów, nie przemawiają przeciwko przypuszczeniu hipofunkcji przysadki, gdyż są wyrazem przejściowej nadczynności, która może istnieć na początku dystrofji przysadki z ostatecznym zmniejszeniem czynnościowym. Dla wytłumaczenia zaburzeń nerwowych wstrząsu hipoglikemicznego, a zwłaszcza napadowej senności, autorzy wysuwają następującą hipotezę. Wiadomo, że przysadka odgrywa ważną rolę w fizjologii snu; w śpiączce nagminnej ze stanami senności stwierdzono zmiany w okolicach przysadki *M a u t h n e r, H o l z e r*; ostatnie wreszcie prace *Z o n d e k a* dowiodły, że przysadka jest zbiornikiem bromu w ustroju i że podczas snu znaczna ilość bromu ulega przesunięciu z przysadki do różnych ośrodków nerwowych rdzenia przedłużonego i do płynu mózgowo-rdzeniowego. Autorzy sądzą, że nagły spadek glikemji powoduje usiłowanie ze strony przysadki do wyrównania tego zaburzenia, co między innymi wyraża się nadmierną produkcją przedniego płata przysadki, wydzielającego hormon o obfitej zawartości bromu (*Z o n d e k*), i powoduje senność napadową. Być może, że hipoteza tu tłumaczy stan śpiączki hipoglikemicznej, której mechanizm jest dotąd niezbadany.

Jakób P e n s o n.

M. ROSENSTEIN. Blepharochalasis z wolem i podwójnymi wargami. (Wien. kl. Woch. Nr. 33 1932).

Blepharochalasis, zwiotczenie powiek, wystąpiło u mającej obecnie 16 lat pacjentki jednocześnie z wolem i obrzmieniem obu warg w związku z grypą, przebiegającą z gorączką, 3 miesiące przed rozpoczęciem miesiączkowania w jedenastym roku życia. Zgrubienie warg było uwarunkowane przez podwojenie się błony śluzowej. Czasowy związek z rozpoczęciem miesiączkowania pozwala myśleć o wpływach hormonalnych.

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

H. MAGISTRIS. Hormon przemiany materji przedniego płata przysadki mózgowej. (Wien. kl. Woch. Nr. 29 1933).

Z przedniego płata przysadki mózgowej wyosobnił autor hormon, który reguluje przemianę tłuszczową. Dla standardyzowania tego hormonu proponuje autor jednostkę króliczą, to znaczy, tę najmniejszą ilość hormonu, która po pięciogodzinnym głodzeniu zwiększa się w dwójnasób zawartość ciał ketonowych we krwi dorosłych samców króliczych wagi 2 kg., trzymany na diecie owsianej i w jednostajnej ciepłocie.

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

Choroby dzieci.

A. REUSS. Najbliższe zadania opieki nad niemowlętami. (Wien. kl. Woch. Nr. 39-40 1933).

Autor domaga się ponownie, ażeby przy zakładach położniczych tworzone oddziały dla niemowląt, któreby prowadzili lekarze, wyspecjalizowani w pedjatrii.

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

E. MAURER. O próbach żywienia osesków pokarmami o zwiększonej zawartości jodu. (Wien. kl. Woch. Nr. 45 1932).

Dzieci otrzymywały mleko krów, którym wraz z paszą

podawano odpowiednią dawkę jodu, oraz jarzyny, wyrosłe na gruncie, użyźnionym jodem. Zawartość jodu była o 100% wyższa, niż to odpowiada normie. Pomimo to dzieci rozwijały się tak, jak normalnie żywione. A więc i te doświadczenia przemawiają przeciwko przypuszczeniu, że zaburzenia gruczołu tarczowego w znaczeniu *thyroetoxicosis* stają się częstsze przy stosowaniu diety o zwiększonej zawartości jodu (np. tak zwanej pełnej soli — Vollsatz, zawierającej sól kuchenną z nieznaczną domieszką jodu).

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

Choroby nerwowe i psychiczne.

G. TOROK. **Znaczenie zawartości chloru w płynie mózgowo-rdzeniowym dla wczesnego rozpoznania choroby Heine-Medina.** (Wien. kl. Woch. Nr. 38/1933).

Podczas gdy w gruźliczych zapaleniach opon mózgowych zawartość chloru w płynie mózgowo-rdzeniowym znajduje się poniżej normy, w chorobie Heine-Medina znajduje się normalną lub nieco zwiększoną jego zawartość tak, że na podstawie tego badania można różniczkować między postaciami oponowymi choroby Heine-Medina a gruźliczym zapaleniem opon mózgowych. Również w przedporażanym okresie choroby Heine-Medina ten wynik badania może naprowadzić na właściwe rozpoznanie.

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

M. S. ANDERSEN i F. WULFF. **Meningitis acuta serosa idiopathica benigna.** (Acta pathologica et microbiologica scandinavica 1933. Z. 2, str. 21—40).

Autorzy podają z materiału 2-ch szpitali kopenhaskich 35 przypadków względnie rzadkiej postaci idjopatycznego ostrego zapalenia surowiczego opon mózgowych. Symptomatologia przypomina w głównych zarysach zwykłą oponową, cechuje ją ostry początek, szybki i łagodny przebieg i pomyślne *quoad vitam* rokowanie. Z 35 przypadków wiadome jest zejście 30-tu. Z tych u 2-ch został obraz *encephalitis chronicae*. Wszyscy byli poniżej lat 30-tu, 2/3 była płci męskiej. W Danii postać ta znana jest od r. 1920, gdy grasowała śpiączka nagminna. Występuje ona coraz częściej. Trwa 3 do 13 dni. Płyn jest zazwyczaj przezroczysty, rzadko zawiera komórki, nieraz do 1000 limfocytów. Etiologia jest ciemna. Związek z zapaleniem mózgowia nie wyłączony.

H. H i g i e r.

A. SARBÓ. **W sprawie techniki nakłucia zbiorników płynu mózgowo-rdzeniowego.** (Wien. kl. Woch. Nr. 32/1933).

Prowadząc palec wskazujący od guzowatości potylicznej zewnętrznej wdół, natrafia się nim na zagłębienie, dalej zaś ku dołowi na wyrostek kołczasty drugiego kręgu szyjnego. Miejsce wkłucia znajduje się o 1 cm. powyżej tego wyrostka kołczastego w linii środkowej. Igłę długości 6 cm. o średnicy światła 1/2 mm. wkłuwają się swobodnie w tym miejscu w kierunku gładziny. Po przebicciu skóry nie wyczuwa się prawie oporu, posuwa się igłę o 3 1/2 do 4 cm. przeważnie naprzód i w ten sposób dociera się do zbiornika. Nakłucie wykonywa się na pacjencie w pozycji leżącej z głową pochyloną ku przodowi. Igła do nakłucia w ten sposób leży prawie równolegle do dna czwartej komory tak, że uszkodzenie komory jest prawie wyłączone. Metoda ta nigdy nie zawodzi, ani nie powoduje żadnych nieprzyjemnych wypadków. Główne wskazania do niej stanowią przypadki, w których należy wykonywać częsty upust płynu mózgowo-rdzeniowego dla celów rozpoznawczych (przymiot) lub leczniczych (padaczka, zapalenie opon mózgowych). Zaletami tej metody są: nieznaczna bolesność i możliwość chodzenia już po upływie dwóch godzin, które pacjent spędza w pozycji siedzącej.

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

DAVISON, GOODHART and NEEDLES. **Lokalizacja mózgowa w przebiegu chorób naczyń mózgowych.** (Archives of Neurology and Psychiatry. t. 30, N. 4, 1933).

Autorzy zajęli się zespołami klinicznymi, charakterystycznymi dla zajęcia tętnic mózgowych przedniej, środkowej i tylnej, przyczem nie wypowiadają się, czy słuszne są poglądy Broca, Wernickiego i Wilsona, których zdaniem, określone miejsca w korze zarządzają określonymi funkcjami, czy też funkcje mózgowe posiadają obszerniejszą i rozsiałą reprezentację w korze mózgowej, jak sądzą Monakow, Head, Freud i Goldstein. W każdym razie fakt, iż dwaj badacze tej miary, co Heuschke i Niesl, po zbadaniu 1200 przypadków klinicznie i sekcyjnie, lokalizują niemotę ruchową w dwu różnych miejscach, zmusza do ostrożności w wyciąganiu wniosków. Z drugiej strony, nie należy zapominać o poglądach Jacksona, który twierdzi, że, jeżeli uszkodzenie jakiejś okolicy kory wywołuje określone zaburzenia funkcjonalne, to nie należy jeszcze stąd wyciągać wniosku, iż funkcja powyższa jest zlokalizowana w tym właśnie punkcie. Autorzy uwzględnili w swej pracy 200 przypadków schorzeń naczyń mózgowych, przypadki były zbadane klinicznie i anatomicznie. We wnioskach autorzy opierają się jedynie na przypadkach, zbadanych dokładnie pod względem klinicznym, z ogniskami pojedynczymi i dotyczącymi kory; takich przypadków autorzy zbadali 48. Autorzy dochodzą do następujących wniosków. Schorzenia naczyń mózgowych przy zajęciu tętnicy mózgowej przedniej, w przypadku całkowitego jej zamknięcia, dają naogół następujący zespół objawów: zaburzenia psychiczne o niewielkim nasileniu, porażenie kończyny dolnej, zaburzenia czuciowe w kończynie dolnej (jako skutek zniszczenia *lobulus paracentralis*) oraz apraksję. Autorzy podkreślają, iż zamknięcie przedniej tętnicy mózgowej zdarza się rzadko. Daleko częściej występuje zajęcie i zaczopowanie tętnicy mózgowej środkowej, parzczem, w tym przypadku, należy odróżniać: zaczopowanie niezupełne tej tętnicy, zaczopowanie zupełne, zaczopowanie niektórych korowych gałęzi i wreszcie zaczopowanie głębiej położonych jej gałęzi. Zupełne zaczopowanie środkowej tętnicy mózgowej daje następujący zespół kliniczny: objawy psychiczne, zupełne porażenie połowicze, połowicze zaburzenia czuciowe, hemianopsja i, jeśli sprawa dotyczy strony lewej, niemota czuciowa i ruchowa. Przy zajęciu gałęzi korowych tętnicy mózgowej środkowej występuje jedynie porażenie, względnie niedowład jednej kończyny. Przy zamknięciu wyłącznie głębokiej gałęzi tętnicy mózgowej środkowej występuje zespół z zajęcia *arteriae lenticulostriatae* oraz niemota ruchowa i czuciowa naskutek obrzęku odpowiednich ośrodków w korze. Tętnica mózgowa tylna ulega zamknięciu rzadziej, niż tętnica środkowa, ale częściej, niż przednia. Fox opisał zespół zamknięcia tej tętnicy: 1) hemianopsja, 2) aleksja, względnie niemota czuciowa i 3) zaburzenia czuciowe i ruchowe naskutek zajęcia *thalamus* i *pes pedunculi*. Autorzy znaleźli, że w przypadkach zajęcia *arteriae calcarinae* występuje *hemianopsia* częściowa: jeżeli ognisko znajduje się powyżej *fissurae calcarinae*, wtedy występuje *quadrantopsia* dolna, jeżeli zaś ognisko znajduje się poniżej *fissurae calcarinae*, wtedy *quadrantopsia* jest górna. *Alexia* występuje w przypadkach zajęcia *gyrus lingualis*.

J. M e l z a k.

MEYER Fr. **Drożdże jako bodziec chorobowy w t. zw. psychozach endogennych?** (Psychiatrisch-neurologische. Wochenschrift Nr. 39, 1932).

W kilku przypadkach psychoz samoistnych endogennych u osobników pozbawionych autor przy badaniu pośmiertnym drobnowidowem stwierdził w wątrobie, korze mózgowej i oponach miękkich skupiska komórek drożdżowych (*Mycelium*) gramododatnich, a za życia raz znalazł także komórki

i zbiorowiska, otorbione w płynie mózgowo-rdzeniowym. Fakt ten notuje autor, znany ze swej monografii „Das reticulo-endotheliale System der Schizophrenen“, licząc, że większe kliniki psychiatryczne zainteresują się bliżej tym faktem i określa dokładnie stosunek patogenetyczny. (Ostatnio Pichwarth z Birmingham zwrócił uwagę na częstość zakażenia zatok bocznych nosa u schizofreników i epileptyków. Refer.).

H. H i g i e r.

HURST. Leczenie parkinsonizmu postencefalitycznego. (The Lancet, Nr. 10, 1934).

Dawki *hyoscinum hydrobromicum*, które przyjęto stosować w *paralysis agitans*, są za małe; większe dawki wywołują przykre objawy uboczne w postaci dokuczliwej suchości w ustach i porażenia akomodacji. Tęgo działania ubocznego nie ma, jeżeli się równocześnie podaje pilokarpinę, przyczem wpływ łagodzący hyoscyny na tremor, wykryty przez Erb a jeszcze w 1895 r., nie staje się przez to mniejszy. W ten sposób mógł autor z dobrym wynikiem stosować duże dawki hyoscyny, a więc 0.0013 do 0.008 nawet 3 — 4 razy dziennie przez szereg lat. Przez długi czas stosowano również hyoscynę u parkinsoników; w 1926 r. stwierdzono, że tu lepsze wyniki daje *t-ra stramonii*, która zawiera atropinę i hyoscyaminę. Autor mógł i tu stosować bardzo duże dawki, o ile równocześnie podawał pilokarpinę; otrzymywał przytem doskonale wyniki. Hyoscyna działa dobrze w *paralysis agitans* tylko na tremor, a w parkinsonizmie tylko na sztywność mięśniową (*rigiditas*), co, zdaniem autora, obala przypuszczenie, że dla obu tych schorzeń poencefalitycznych istnieje ten sam podkład. W obu schorzeniach farmakoterapię wydatnie wspomaga psychoterapia. Jako trzeci rodzaj schorzenia poencefalitycznego spostrzega się czasami dużą senność w ciągu dnia i bezsenność w ciągu nocy u tego samego chorego (*lethargia diurna, insomnia nocturna*). Jest i jedna i druga łatwa do opanowania przez stosowanie małych dawek kofeiny, wzgl. efedryny w dzień, a luminalu, wzgl. medinalu w nocy.

Jerzy F a j w l e w i c z (Łódź).

LERICHE i FANTAINÉ. Wyniki chirurgicznego leczenia choroby Raynaud. (La Pr. Médicale Nr. 12-1933).

Opierając się na 400 zabiegach operacyjnych, wykonanych w ciągu ostatnich lat, autorzy sądzą, że choroba Raynaud a u d przeważnie winna być leczona operacyjnie, i nawołują ogół lekarzy do kierowania tego rodzaju chorych do chirurgów we wczesnym okresie, wtedy bowiem wyniki są najlepsze. Bardzo dobre wyniki autorzy uzyskali, stosując najprostszzy zabieg, a mianowicie sympatektomię okołotętniczą; niekiedy jednak zabieg ten nie wystarczał; wtedy stosowali wycięcie gałązek nerwu współczulnego lub wycinanie zwojów współczulnych. Autorzy zwracają uwagę, że niepodobna usunąć chirurgicznie unerwienia, zwężającego naczynia krwionośne, gdyż liczne drobne zakończenia nerwowe leżą w samej ścianie naczyni i posiadają automatyczną zdolność do pracy. Autorzy podkreślają, że po zabiegu upływa dużo czasu, zanim wystąpi wyraźna poprawa.

Jakób P e n s o n.

Choroby oczu.

De SAINT-MARTIN. W sprawie usuwania ciał obcych wewnątrzgałkowych. (Monde méd. Nr. 839 1934).

W przypadkach rany drażącej oka z prawdopodobną obecnością odłamka metalowego w oku postępowanie powinno być następujące: 1) Należy wykonać natychmiast zdjęcie rentgenowskie gałki ocznej, a nie bawić się w t. zw. próby „rozpoznawcze“ przy użyciu dużego elektromagnesu. Tę ostat-

nią metodę należy obecnie uważać za przestarzałą, nielogiczną i niebezpieczną. Jest ona niebezpieczna, gdyż natychmiastowe jej zastosowanie bez znajomości umiejscowienia i rozmiarów ciała obcego w gałce ocznej naraża chorego na niebezpieczeństwo. Jest nielogiczna, gdyż użycie magnesu jest tem skuteczniejsze i tem bardziej nieszkodliwe, im bardziej dokładnie zostanie on przyłożony w miejscu, gdzie się znajduje odłamek. Jest ona wreszcie przestarzała, gdyż usprawiedliwia się rutyną, którą można wybaczyć tylko tam, gdzie niemożliwe jest wykonanie zdjęcia rentgenowskiego, należy zaś potępić tam, gdzie znajdują się aparaty rentgenowskie, które obecnie powinny bezwzględnie stanowić nieodzowny przyrząd każdego zakładu oftalmologicznego. 2) Zastosowanie „ręcznego“ elektromagnesu, którego technikę użycia podaje autor. 3) Jeżeli metoda ta zawiedzie, użycie elbrzymiego elektromagnesu. W każdym dobrze zorganizowanym zakładzie te trzy zabiegi mogą i powinny być wykonane w czasie, nieprzekraczającym jednej godziny. W ten sposób stosowana technika usuwania ciał obcych wewnątrzgałkowych daje doskonale wyniki.

H. L.

A. CAUTIONNET. Poliopia jednooczna a początek zaćmy. (Monde méd. Nr. 840 1934).

Nie należy mieszać podwójnego widzenia obuocznego (*diplopia biocularis*), która jest objawem porażenia mięśni ocznych, z jednoocznym widzeniem podwójnym (przy patrzeniu tylko jednym okiem), które może być objawem nadwładności soczewki (*subluxatio lentis*), łatwego do stwierdzenia, lub początku zaćmy. Jeżeli jednak istnieje potrójne widzenie lub poliopia jednooczna, można powiedzieć z pewnością, że się ma do czynienia z rozpoczynającą się zaćmą. A zatem diplopia lub poliopia jednooczna są zawsze pochodzenia soczewkowego (nadwładności lub zaćmy) w przeciwieństwie do podwójnego widzenia obuocznego, które jest pochodzenia mięśniowego. To zaburzenie jednooczne można wykryć, każąc pacjentowi ustalić wzrok na malej lampce przy zamkniętym drugim oku. Objaw ten znajdowałoby o wiele częściej w początkowych okresach zaćmy, gdyby go tylko poszukiwano. A szukać go należy, gdyż ma ono bardzo ważne znaczenie rozpoznawcze. Nie wolno wzruszać ramionami, jeżeli pacjent oznajmia, że widzi on jednym okiem kilka światel, lecz należy dokładnie zbadać stan jego soczewek.

H. L.

D. MICHAİL. Obustronne rozrostowe zapalenie fałdów półksiężycowych pochodzenia nosowego. (Ann. d'Ocul. Nr. 9 1932).

Autor podaje opis przypadku, dotyczącego 18-letniego mężczyzny, cierpiącego na przewlekły śluzowo - ropny nieżyt nosa z ropnym zapaleniem ucha środkowego i wyrostkami adenoidalnymi. Spostrzegł on przed rokiem powstanie postępującego i wyłącznego przerostu swych fałdów półksiężycowych, któremu towarzyszył lekki stan obrzękowy powiek dolnych oraz dyskretne objawy podrażnienia oczu. Poza tem stwierdzono u chorego stan amfotonji roślinnej (napiecie nerwu współczulnego = 168, napiecie nerwu błędnego = 64 według próby D a n i e l o p o l u), wzmocnienie odruchu oczno-sercowego (—16) i wyraźne wzmocnienie przemiany podstawowej (+20,8%), we krwi natomiast zmian nie stwierdzono. Rozwój kliniczny przypadku wykazał jeszcze, że obustronny przerost fałdów półksiężycowych znikł z zadziwiającą szybkością pod wpływem zwykłego leczenia przeciwwązkowego ocznego i nosowego. Badanie histologiczne jednego z fałdów półksiężycowych wykazało wreszcie, że był on siedliskiem znacznego obrzęku i masywnego nacieczenia limfocytno - plazmatycznego, usianego licznymi mieszkami chłonnymi.

L.

Streszczenia pojedyncze.

Lecznictwo.

I. N. KAZAKOW. **Teoria i praktyka lizatoterapii.** (Klin. Med. Nr. 11-12/1932, doniesienie Wojskowo-Lekarskiej Akademii z 4.II.1934 i t. d.).

Hidrolizatami, których używa autor w swej nowej metodzie leczenia, nazywają się produkty daleko posuniętej hydrolizy narządów i tkanek, otrzymywane pod ciśnieniem 12—15 atmosfer w odpowiednio wysokiej cieplocie w obecności kwasów lub zasad. Zawierają one, jeżeli chodzi o składniki azotowe, tylko wielopeptydy i aminokwasy o stosunkowo małej drobinie. Azot hidrolizatów rozkłada się w następujący sposób: 80% azotu przypada na wielopeptydy i aminokwasy, 15%—na amoniak, 3—5% — na lotne związki aminowe i azot zasad purynowych, ksantynowych i t. p. Żaden ze stosowanych hidrolizatów nie zawiera albumoz, ani peptonów, ani wielopeptydów o dużej drobinie. Hidrolizaty zawierają również lipoidy i sole mineralne. Hidrolizaty nie mogą więc zawierać hormonów, które są po większej części związkami chwiejnymi, ulegającymi w tych warunkach rozkładowi. Jak widać z powyższego, lizatoterapia nie jest ani hormonoterapią, ani też leczeniem bodźcowym (proteinoterapią), ani też leczeniem czystymi aminokwasami, otrzymanymi w drodze syntetycznej lub też z tkanek roślinnych, czy zwierzęcych. Autor uważa ją za jedną z odmian niehormonalnej organoterapii. Jeżeli chodzi o mechanizm działania to działanie bodźcowe (podrażniające) nie wchodzi tutaj w rachubę, gdyż hidrolizaty autora nie wywierają działania toksycznego, nie powodują wstrząsów anafilaktycznych, lecz oddziałują wprost na przebieg procesów pośredniej przemiany materii w chorym ustroju, nie wykazując przytem zupełnie fazy ujemnej, jak hidrolizaty o dużych drobinach. Zawierając dużą ilość wysoce fizjologicznych substancji, hidrolizatoterapia może nie tylko wkraczać czynnie w przebieg głębokich procesów tkankowej przemiany materii, lecz dzięki temu, że każda z tych substancji wyróżnia się pewną swoistością, daje możliwość celowego zadziałania na ten lub inny odcinek przemiany materii, wybiórczego zadziałania na tę lub inną grupę narządów. W sprawie swoistości narządowej autor zajmuje pośrednie stanowisko między zwolennikami teorii ścisłej swoistości narządowej (M i a g a v a, T u s z n o w i inni), a ich przeciwnikami, odrzucającymi całkowicie zasadę wybiórczego działania niehormonalnych organopreparatów. Nie sądzi on, by każdy organopreparat mógł być przyswajany wyłącznie przez jednoimienny narząd, uważa natomiast, że każdy z jego hidrolizatów posiada pewne swoiste dlań własności i działa na ustrój w określony sposób. Hipotezę tę potwierdziły badania histologiczne i anatomiczne, przeprowadzone w stworzonym w Moskwie specjalnie dla tego celu Państwowym Instytucie Naukowo-Badawczym przemiany materii i zaburzeń wewnątrzwydzielniczych, którego kierownikiem został autor. Podkreślić należy fakt, że hidrolizaty są substancjami nader czynnymi w patologicznie zmienionym ustroju, pozostają natomiast bez wpływu na normalny organizm, co potwierdziły badania pracowni histologicznej, hematologicznej, fizjologicznej z jednej, z drugiej zaś strony kliniki, wykazując normalizujący wpływ hidrolizatów na wskaźniki przemiany materii w najrozmaitszych stanach chorobowych. Za jeden z najważniejszych wpływów hidrolizatoterapii uważa autor zmiany w stanie rozproszenia koloidów ustrojowych w sensie zwiększenia ich stanu rozproszenia, co pociąga za sobą zwiększenie napięcia powierzchniowego, zwiększenie ładunku elektrycznego koloidów, zmniejszenie oporu elektrycznego, stawianego wysoko - częstotliwym prądom, zwiększenie prze-

puszczalności komórek. Drugim punktem uchwytu działania hidrolizatów jest układ nerwowy chorego ustroju, w którego procesach przemiany materii biorą hidrolizaty nader energiczny udział, jak tego dowodzą badania histologiczne. Dalszą czynność hidrolizatów polega na ich własnościach odpornościowo-biologicznych i współdziałania w usuwaniu toksycznych produktów, zalewających ustrój w stanach chorobowych. Te toksyczne substancje mogą stanowić produkt dysymilacji poszczególnych narządów i tkanek i gromadzić się w ustroju w czasie choroby. Hidrolizaty, będąc chemicznie czynnymi substancjami, mogą, dzięki swym wolnym wartościowościom i złączynom, które do nich przeszły, wstępować w związki z temi toksycznymi produktami, doprowadzać do związków o małej drobinie i zamieniać bądź w materiał budowlany, nadający się do procesów asymilacji, bądź w dezaminowane niedopalki, ulegające wydaleniu. W jednym i drugim przypadku hidrolizaty zwiększają przemianę, uwalniając ustrój od nagromadzonych w czasie choroby niedopalków i sprzyjają przywróceniu normalnej czynności narządów. Zasadniczą czynność hidrolizatów stanowi możliwość wyzyskania ich jako materiału plastycznego dla poszczególnych narządów lub grup synergicznych. Czynność ta może być uskuteczniata bezpośrednio lub pośrednio, dzięki uprzedniemu wytworzeniu nowych łańcuchów i pierścieni wielopeptydowych. Nie przeczy temu mała ilość wprowadzonych do ustroju hidrolizatów, gdyż mogą one działać w myśl prawa *minimum* w żywieniu lub podobnie do zasady zwiększania wartości odżywczej białka przez dodanie jakiegoś brakującego składnika. Hidrolizaty zwiększają procesy utleniania, które w ustroju chorym zmniejszają się albo nie są doprowadzone do samego końca. Wreszcie, jako odrębną czynność hidrolizatów wymienić należy ich bezpośredni wpływ na równowagę kwasowo-zawodową. Produkty rozkładu białek zwierzęcych, doprowadzone do wielopeptydów i aminokwasów, są amfolitami i działają, jak ciała buforowe. Hidrolizaty hamują przesunięcie odczynu aktualnego ustroju w stronę kwaśną. Na zarzuty, stawiane lizatoterapii, że stosuje się ją w zbyt różnorodnych cierpieniach, można odpowiedzieć to, iż zasadniczą przyczyną większości schorzeń są zaburzenia w dynamice przemiany materii, głównie zaburzenia równowagi kwasowo-zasadowej i przesunięcie jej w stronę kwaśną, co pociąga za sobą zaburzenia w czynności narządów i układu nerwowego, w zakresie zjawisk kurczowych, układu naczyniowego, w stanie koloidów ustrojowych i t. d. Wobec tego, iż, zdaniem autora, większość schorzeń stanowi zaburzenia w przemianie materii, wskazana jest w nich lizatoterapia, gdyż w ten sposób działa się nie na objaw, lecz na przyczynę schorzenia. Metodyka stosowania hidrolizatów nie jest bynajmniej prosta i jednostajna. Te 40—50 preparatów, które rozporządza autor, dają możliwość otrzymania ogromnej liczby wzorów. Cała trudność lizatoterapii polega właśnie na prawidłowym doborze tych wzorów i na znalezieniu nie tylko ich najlepszej kombinacji, lecz również najlepszego ich dawkowania. Opracowanie metodyki lizatoterapii odbywa się, oczywiście, drogą doświadczalną. Nieodzownym warunkiem zastosowania lizatoterapii jest dokładna znajomość stanu chorego, osiągnięta za pomocą szeregu badań laboratoryjnych, prób czynnościowych, obarczania i t. d. Badania te należy powtarzać również w czasie leczenia. Najważniejszą rzeczą jest zdanie sobie sprawy ze stanu przemiany materii i gruczołów wewnątrzwydzielniczych. Ponieważ badanie przemiany materii i stanu gruczołów wewnątrzwydzielniczych zawsze wykazuje obraz wielogruczowy, dlatego też leczenie bywa zasadniczo wielolizatowe, t. j. polega na wprowadzeniu połączeń 10—15 pre-

paratów w odpowiednich dawkach i stosunku. Tej zasadzie wielolizatowości przypisuje autor wyjątkowo wielkie znaczenie. Zasada układania wzorów leczniczych, oparta jest zarówno na hipotezie mechanizmu działania lizatów, jak i na schemacie korrelacji narządów. Opierając się na tej ostatniej, wprowadza autor z jednej strony preparaty synergistów osłabionych narządów, z drugiej zaś preparaty antagonistów narządów, będących w stanie nadeczynności. Ma to na celu zapewnienie narządom możliwej pełni materiału plastycznego, niezbędnego do przywrócenia ich normalnej czynności, a następnie — uwolnienie pewnych narządów od toksycznych produktów rozpadu. Pewne preparaty wprowadza się celem spótygowania procesów utleniania oraz wykorzystania ich własności farmakodynamicznych, jak: wp.yw na ciśnienie krwi, ruchy robaczkowe przewodu pokarmowego i t. d. Konieczna jest jaknajdalej posunięta indywidualizacja, ażeby dla każdego chorego dobrać *optimum* połączenia lizatów. Dawki wahają się od 0,1 — 1,0 cm³ dla każdego lizatu na jedno wstrzyknięcie. Preparaty wprowadza się zasadniczo wśródmięśniowo, przyczem robi się 2—3 wstrzykiwania w ciągu 6 dni. W pewnych przypadkach wzamian wstrzykiwań wśródmięśniowych lub obok nich wprowadza się preparaty doustnie lub za pomocą jontoforezy. Przeciętny okres leczenia wynosi 1½ — 2 miesięcy, przyczem w przewlekłych przypadkach powtarza się serie leczenia 2—3 krotnie. Metodę swą stosował autor w ciągu 9 lat u 4000 chorych, należących do 50 grup schorzeń. Stuprocentowego wyleczenia wszystkich chorych lizatoterapią, oczywiście, nie daje, lecz w większości przypadków osiągnięto znaczną poprawę. Metoda zawiodła w 3 — 10% przypadków, zależnie od rodzaju schorzenia. Wszystkie schorzenia, w których zastosowano lizatoterapię, można podzielić na 2 grupy: 1) Rozmaite zaburzenia przemiany materji, w których udawało się osiągnąć nawet zupełne wyleczenie chorych. Należą do tej grupy: choroba B a s e d o w a, dychawica oskrzelowa, wyprysk, łuszczyca, zaburzenia jajnikowo - miesiączkowe, *lactorrhoë*, schorzenia przewodu pokarmowego (w tem wrzód żołądka i dwunastnicy), zgorzel samoistna, schizofrenja, padaczka i t. d. 2) Druga grupa obejmuje schorzenia, w których największy wynik lizatoterapii polegał na powstrzymaniu procesu, nieublaganie postępującego, i ewentualnie na cofnięciu się schorzenia, uchodzącego za nieuleczalne. Należą do niej *otosclerosis*, *spondylarthritis ankylopoëtica*, moczówka cukrowa, jaskra, *parkinsonismus postencephaliticus* i t. d. Lizatoterapia nie robi cudów, lecz daje możność przywrócenia choremu praktycznego zdrowia społecznego, zdolności do pracy i zapewnienia mu równowagi pod warunkiem przestrzegania nieuciążliwych i nie odrywających go od pracy środków zapobiegawczych, co należy uważać za duży postęp leczniczy. Pod tym względem lizatoterapia zdała znakomicie swój pierwszy egzamin.

Henryk L a n d a u.

Gruźlica.

A. ŁAZAREWICZ. **Wzajemne stosunki między gruźlicą a ciążą.** (Wopr. Tuberk. Nr. 10-11/1931).

Z danych statystycznych II przychodni moskiewskiej wynika, że w większości przypadków ciąża, tak zakończone porodem, jak i poronieniem, nie wykazują widocznego wpływu na przebieg procesu gruźliczego. Z liczby przypadków pozostałych bez zmiany po porodzie, większość przypada na wyrównane przypadki włóknisto - marskie, a z liczby niezupełnie wyrównanych na przypadki z nieznacznymi objawami naciekowymi i z nieznacznym wyrażeniem zatruciem. W tych przypadkach niema potrzeby uciekania się do poronienia, jeżeli niema wskazań społecznych. W przypadkach z bardziej znacznymi naciekami i wybitną toksją wskazane jest poronienie nie później, niż w trzecim miesiącu ciąży. W ciężkich

przypadkach poronienie w drugiej połowie ciąży jest przeciwwskazane, t. j. nie zmienia przebiegu procesu, lecz, urażając ustrój, może nawet ten proces pogorszyć. Leczenie uciskowe, zastosowane we właściwym czasie i w odpowiednich przypadkach, nawet obustronne, bywa dobrze znoszone w ciąży i daje dobre wyniki. Czerwona krew przedstawia podczas ciąży w większości przypadków obraz czerwonej krwi kobiety z liczbą czerwonych ciałek, przewyższającą o kilka procent górną granicę normy. Po porodzie liczba czerwonych ciałek zmniejsza się, ilość hemoglobiny waha się bardzo nieznacznie. W białym obrazie krwi spostrzega się nieznaczne zwiększenie liczby białych ciałek krwi i przesunięcie w lewo obojętnochłonnych. Po porodzie liczba białych ciałek obniża się do dolnej granicy, a obojętnochłonne wracają do normy, lub następuje przesunięcie ich naprawo. Szybkość opadania krwinek przed ciążą i po ciąży odpowiada zwykle stopniowi wyrównania procesu gruźliczego, podczas ciąży odpowiednio do jej postępowania ulega znacznemu zwiększeniu. Odczyn P i r - q u e t a jest podczas ciąży w ogromnej większości przypadków dodatni; po porodzie odczyn mało się zmienia. Ciśnienie krwi podczas ciąży nie jest podniesione, odwrotnie, przeważa podciśnienie. Ze zbadanego materiału widać, że niezawse można postawić rokowanie każdego przypadku; zagadnienie to wymaga dalszych badań zarówno obrazu klinicznego, jak i podstaw biochemicznych odporności względem gruźlicy.

Henryk J. L a n d a u.

J. C. BAYLE. **Splenoterapia, leczenie ogólne gruźlicy.** (Monde méd. Nr. 810/1932).

Pierwsze wyniki leczenia śledzionowego otrzymuje się szybko: znika stan niedokrewności, podnoszą się siły, szybko następuje przyrost wagi. Naogół przyrost wagi w ciągu pierwszych 3—4 tygodni wynosi 3 lub 4 kg. Badanie krwi wykazuje już po pierwszych 48 godzinach wzrost o 1.000.000, 2.000.000, a nawet więcej liczby czerwonych krążków, od piątego dnia naogół zaczyna się zwiększać ilość hemoglobiny. Wyniki te nie są przemijające pomimo chwilowych czasami spadków; przeciwnie, utrzymują się one lub wzmagają w miarę prowadzenia leczenia. Po upływie 2 miesięcy kaszel i odpluwanie naogół wyraźnie się zmniejszają. W obrazie rentgenowskim następuje wyjaśnienie począwszy od 6 — 8 miesiąca, obraz wykazuje później gojenie się bądź dzięki wessaniu się, bądź dzięki zwapnieniu. Liczba prątków w płwocinie w przypadkach lżejszych zmniejsza się szybko, tak, że w krótkoce znikają one; znikają one również w około 50% przypadków ciężkich.

Henryk J. L a n d a u.

W. W. ONOSOWSKI. **Gruźlica gruczołów krezkowych u dzieci.** (Wopr. Tuberk. Nr. 10-11/1930).

Gruczoły krezkowe, dające się wymacać poprzez powłoki brzuszne, spotyka się u dzieci rzadko. Gruźlicę gruczołów krezkowych wykazują o wiele częściej dzieci od 0 do 7 lat. Gruźlicę gruczołów krezkowych spotyka się na sekcji najczęściej w okresie zwyrodnienia serowatego. Odosobnioną gruźlicę gruczołów krezkowych spotyka się wyjątkowo rzadko. Najbardziej stałym objawem klinicznym gruźlicy gruczołów krezkowych jest bolesność brzucha przy obmacywaniu.

Henryk J. L a n d a u.

D. D. ŁOCHOW i I. M. LEWITAU. **Zmiany anatomiczno-patologiczne u królików gruźliczych, szczepionych BCG.** (Wopr. Tuberk. Nr. 12/1931).

W wyniku doświadczeń na 42 królikach okazuje się, że szczepionka BCG jest nieszkodliwa, ale nie bezskuteczna. Zakażenie BCG powstrzymuje postępowanie gruźlicy (dłuższy czas trwania procesu i mniejsze zmiany anatomiczno-patologiczne pomimo dłuższego czasu od chwili zakażenia).

Henryk J. L a n d a u.

Choroby serca i naczyń.

S. WEISS, G. P. ROBB. **Astma sercowa.** (The Journ. of the Am. Med. Assoc. T. 100, Nr. 23—1933).

Materiał autorów obejmuje 82 przypadki astmy sercowej. We wszystkich prawie przypadkach stwierdzono przerost lewej komory serca i zmiany w naczyniach wieńcowych serca. W 71% wiek chorych przekraczał 40 lat życia; w 2 przypadkach schorzenie to wystąpiło u dzieci z przewlekłym zapaleniem nerek i nadciśnieniem. Badanie krążenia obwodowego w przeważnej liczbie przypadków wykazało wartości normalne, natomiast szybkość przepływu krwi w płucach była znacznie zmniejszona. We wszystkich przypadkach stwierdzono zmniejszenie ilości powietrza wdechowego i zwiększenie powietrza zalegającego; w 63% wykryto rozedmę płuc, w 10% — przewlekłe zapalenie oskrzeli i rozstrzenie oskrzeli. Autorzy sądzą, że ważną rolę w powstawaniu astmy sercowej odgrywa nadciśnienie w naczyniach włosowatych płuc. Autorzy opisują dokładnie kliniczny przebieg napadu astmy sercowej; pozatem zwracają uwagę na niektóre badania laboratoryjne. Badania ilościowe, uzyskane za pomocą wydzielania pewnych barwników, wykazują, że w czasie napadu objętość krwi, przepływająca przez płuca, ulega zwiększeniu; następstwem tego jest zastój krwi, wzmożenie ciśnienia w krążeniu płucnym i przesiek surowicy. Do czynników, przyspieszających powstawanie napadu astmy sercowej, należy pozioma pozycja ciała i zawartość wody w tkankach. Zdaniem autorów, chorzy ze skłonnością do astmy sercowej wykazują pewne zatrzymanie wody w tkankach; w nocy obwodowe ciśnienie hydrostatyczne zmniejsza się, co ułatwia przejście płynów z tkanek do łożyska krwi; przemawia za tem spostrzeżenie, że we wczesnym okresie napadu zawartość wody we krwi tętniczej jest znacznie mniejsza, niż we krwi żyłnej. Dlatego też autorzy radzą w groźącym napadzie stosować środki silnie moczopędne.

Jakób P e n s o n.

W. FALTA. **Endocarditis lenta.** (Wien. kl. Woch. Nr. 22 1933).

Chorzy czują się już przez dłuższy czas niedobrze, nie są zdolni do pracy, miewają od czasu do czasu podniesienia ciepłoty, często suchy kaszel, później przyłącza się do tego bicie serca. Czasami przychodzi do powstawania zatorów, obrzmień stawowych, nie znikających pod wpływem salicylu. W połowie przypadków schorzenie sercowe było poprzedzone przez ostry gościec stawowy, ewentualnie płasawicę albo anginę. Przedmiotowo stwierdza się objawy zapalenia wsierdza, które może zająć wszystkie zastawki z ogromnymi często złożami, które mogą właśnie stanowić punkt wyjścia dla nigdy nie ropnych zatorów do śledziony, nerek, mózgu i t. d. W nerkach powstaje ogniskowe zapalenie (Herdnephritis), albo rozlane kłębuszkowe zapalenie (*glomerulonephritis diffusa*). W skórze palców rąk i nóg powstają ważne pod względem rozpoznawczym guzki O s l e r a, czerwone, bolesne, wyniosłe plamki skóry. W tętnicach prowadzą zatory do martwicy lub tętniaków, które mogą pękać. Charakterystyczne jest coraz bardziej wzrastająca niedokrewność i typowe szare zabarwienie twarzy. Szybkość opadania czerwonych ciałek krwi jest zwiększona, obraz leukocytny ulega przesunięciu wlewo, zwiększa się liczba monocytów. Za zarzek tego schorzenia uważa S c h o t t m u e l l e r paciorkowca zieleniejącego (*streptococcus viridans*), lecz, chociaż się go bardzo często znajduje, nie jest on wyłącznym zarzkiem, niema tutaj jednolitej etiologii. Pod względem leczniczym w rachubę wchodzi usunięcie ropnych migdałków, chorych zębów, leczenie schorzeń jamy czołowej i szczękowej. Niestety, widoki leczenia operacyjnego wrót wtargnięcia zakażenia są bardzo nikłe. Leczenie operacyjne metodą B i e r a, to znaczy obnażenie w okolicy serca płata skórno wielkości dłoni i wywołanie

pod nim w głębi rany zgorzelinowej, nie daje przekonywających wyników. Również leczenie autoszczepionkami nie ma widoków powodzenia, lepiej je już stosować w połączeniu z przetaczaniem krwi. Upřednie szczepienie dawców zarzka, wyhodowanymi ze krwi chorego, i kilkakrotne przetaczanie takiej uodpornionej krwi możeby mogło mieć powodzenie w początkowym okresie choroby.

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

G. NOBL i M. WOLF. **Czy czasowe podawanie wapnia może wpłynąć na gotowość zakrzepową?** (Wien. kl. Woch. Nr. 38/1933).

Autorzy sprawdzali doniesienia B u m m a, że niezbyt duże żyłaki zmniejszają się lub ulegają wyleczeniu pod wpływem pozajelitowego podawania wapnia; dalej robiono badania nad zagadnieniem, czy wapń może uspokoić lub skrócić czas trwania samoistnego albo sztucznie wywołanego zakrzepowego zapalenia żył. Autorem nie udało się potwierdzić tych spostrzeżeń, aczkolwiek ta metoda lecznicza wywierała promyślny wpływ na podmiotowe objawy, towarzyszące samoistnemu lub sztucznie wywołanemu zakrzepowemu zapaleniu żył.

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

P. MEYER. **Elektrokardjogram przypadku śmierci nagłej w przebiegu przewlekłego schorzenia mięśnia sercowego.** (Archives des maladies ou coeur Nr. 1, 1934).

Przypadek dotyczy chorej z ciężką niedomogą serca. Akcja serca miarowa (110 — 120 na minutę). Ciśnienie tętnicze 160/90 mm. Hg. Podczas leczenia szpitalnego za pomocą ouabainy i kamfory nastąpiła poprawa. Lecz wkrótce stan ponownie się pogorszył. Nadto wystąpiły skurcze dodatkowe, zaś ciśnienie tętnicze zaczęło opadać (120/80 mm. Hg.). Zastosowano odnośne leczenie, jednak bez skutku. Wówczas postanowiono wykonać badanie elektrokardjograficzne. Uzyskano krzywą w I-em odprowadzeniu. Z krzywej tej wynikało, iż chora jest dotknięta ciężkim uszkodzeniem mięśnia sercowego. Podczas przygotowania do uzyskania krzywej w II-em odprowadzeniu nastąpiło nagle zaślabnięcie i zgon chorej. Po ustaniu czynności serca oddech utrzymywał się jeszcze w ciągu 1-ej minuty. Zastosowano natychmiast masaż serca, dosercowe wstrzyknięcie adrenaliny oraz sztuczne oddychanie. Powyższe zabiegi nie odniosły skutku. W ciągu 1 minuty chora zmarła. Wobec tego, iż chora bezpośrednio przed zgonem była badana elektrokardjograficznie, udało się uzyskać znamienne krzywą migotania komór. Na powyższej krzywej stwierdza się silne falowanie o nierównej wysokości, częstości 370 na minutę. Brak wszelkich składników prawidłowego elektrokardjogramu. Mimo braku objawów dławicowych M e y e r przypuszcza, iż w danym przypadku tłem migotania komór były zmiany chorobowe w obrębie naczyń wieńcowych. Przypadek jest o tyle wyjątkowy, iż stwierdzenie migotania komór nastąpiło zupełnie niespodzianie.

N. S z y k.

Choroby dzieci.

E. LEENHARDT i J. CHAPTAL. **Rzekomogruźlicze schorzenia płuc u dzieci.** (Médecine Nr. 11 1933).

Badania przypadków doprowadziły do podziału przewlekłych rzekomo gruźliczych schorzeń płuc na kilka grup, przyczem klasyfikacja opiera się zasadniczo na danych etjologicznych, gdyż zespół kliniczny pozostaje w głównych zarysach prawie identyczny. 1) Przewlekłe rzekomo - gruźlicze schorzenia płuc w następstwie ostrego zakażenia płuc typu zapalenia płatowego płuc, odoskrzelowego rzekomo-płatowego zapalenia płuc i nieżytowego zapalenia płuc. Czasami płatowe, odoskrzelowe rzekomo-płatowe i banalne odoskrzelowe zapalenia płuc nie kończą się zwykle spostrzeżaniem wyleczenia całkowitem, i, pomimo, że gorączka ustępuje po pewnym czasie, miejscowe objawy płucne nie cofają się, lecz utrzymują się

przez dość długi czas. To następstwo ostrego zakażenia płucnego odbija się wyraźnie na stanie ogólnym; waga pozostaje bez zmiany, dziecko nie ma apetytu, jest ospale, ciepota jest normalna lub podniesiona o kilka kresiek. Wreszcie po różnym okresie czasu (od 15 dni do kilku miesięcy) objawy płucne stopniowo się cofają i ustępują, podczas gdy stan ogólny szybko się poprawia. Po starannem wyłączeniu pochodzenia gruźliczego, można powiedzieć, że chodzi tutaj o skutki banalnego płatowego lub odoskrzelowego zapalenia płuc, którym należy udzielić miejsca obok znanych przypadków przeciągającego się płatowego lub odoskrzelowego zapalenia płuc. Autorzy uważają, że tych następstw płatowego lub odoskrzelowego zapalenia płuc, cechujących się utrzymywaniem objawów zagaśszczenia mięszu płucnego przez czas dłuższy po spadku gorączki, nie można zaliczać nozologicznie ani do przewlekających się, ani do wędrujących, ani nawrotowych i t. p. zapaleń płuc. II) Przewlekłe schorzenia płucne, wywołane i podtrzymywane przez zakażenia jamy nosowo-gardłowej. Zakażenia jamy nosowo-gardłowej odgrywają pierwszorzędą rolę w przebiegu nieżyłtów oskrzeli, zapaleń płuc i ostrych odoskrzelowych zapaleń płuc wczesnego dzieciństwa. Poza tem na karb zakażeń jamy nosowo-gardłowej położyć należy pewne przypadki przewlekłych zapaleń płuc, noszących wybitny charakter rzekomo-gruźliczy ze względu na ich uporczywość, niepoddawanie się zwyklemu leczeniu; wyleczenie osiągnąć można, usuwając wyrośle gardłowe i migdałki. I tutaj, podobnie jak w nieżyłtach nosowo - oskrzelowych, patogenesa jest prosta: drobnoustroje, pochodzące z jamy nosowo - gardłowej, zagnieżdżają się w tkance płucnej i wywołują w niej zmiany zapalne, utrzymywane w stanie czynnym dzięki stałym ponownym zakażeniom. O ile zabieg operacyjny daje nadzwyczajne wyniki, jeżeli jest wykonany w porę, o tyle wykonany zbyt późno nie prowadzi on do wyleczenia procesów płucnych, które odtąd mogą się rozwijać i przebiegać niezależnie od spraw w jamie nosowo-gardłowej. III) Przewlekłe schorzenia płucne, które podtrzymują schorzenia swoiste (gruźlicze lub kilowe) płuc czynne, lecz na drodze do zbliźnowacenia albo też ostatecznie nieczynne. A) Jest obecnie niezaprzeczalnym faktem, że odoskrzelowe zapalenia płuc mogą się rozwijać w sąsiedztwie bądź gruźliczego ogniska płucnego, bądź pod wpływem gruźliczych zmian gruczołtów tchawiczo - oskrzelowych wnęki płucnej. Nie chodzi tutaj o czynne procesy gruźlicze, lecz o zmiany, będące na drodze do zbliźnowacenia lub ostatecznie nieczynne. Wskutek ucisku naczyń i spłotów nerwowych powstają zaburzenia w krążeniu i unerwieniu oskrzeli i płuc, co je czyni podatnymi na wtórne zakażenia. Autorzy spostrzegali takie schorzenia płuc paragraźlicze, których rozwój przebiega w dwóch fazach: jedna ostra nosi charakter najbanalniejszego odoskrzelowego zapalenia płuc, druga następuje po niej i cechuje się bardzo długotrwałem utrzymywaniem się objawów płucnych, gdy już okres zakażenia ostrego i gorączki całkowicie się ukończył. Odczyny skórne wypadają dodatnio, co dowodzi schorzenia gruźliczego, lecz schorzenie płucne wykazuje wyraźne cechy paragraźlicze przez to, że: 1) po przebiegu o rozmaitym czasie trwania ulega wyleczeniu, 2) w płwocinie niema prątków K o c h a, 3) wyniki badania pośmiertnego (rzadkie ze względu na to, że zwykle następuje wyleczenie), które wykazuje, że miało się do czynienia z banalnymi odoskrzelowymi zapaleniami płuc u gruźlików. B) Z drugiej strony jeden z autorów zwrócił w r. 1922 uwagę na szczególne fakty: chodziło o niemowlę kilowe, które cierpiało na powta-

rzające się odoskrzelowe zapalenia płuc, które ustaly po rozpoczęciu leczenia, swoistego. Spostrzeżenie to dało powód do hipotezy, że zmiany banalne rozwijają się dokoła zmian kilowych płuc. Narówni z paragraźliczemi schorzeniami płuc przyjąć należy istnienie parakilowych schorzeń płuc. IV) Rozszerzenie oskrzeli. Mówiąc o rzekomo gruźliczych schorzeniach płuc nie można pominąć milczeniem rozszerzeń oskrzeli; różnią się one wyraźnie od zespołu zagaśszczenia mięszu płucnego, zaś po zastrzyknięciu lipiodolu dają najzupełniej specjalny i klasyczny obraz rentgenowski.

Henryk J. L a n d a u.

Choroby dróg moczowych.

E. G. BANNIEK, **Stosunek nerczycy lipidowej do przewlekłego kłębuszkowego zapalenia nerek.** (The Journ. of the Am. Med. Assoc. Nr. 3 — 1934).

Materiał autora obejmuje 160 przypadków, obserwowanych w klinice M a y o w ciągu 12 lat. W 30 przypadkach rozpoznano nerczycę lipidową; dalsza jednak obserwacja wykazała, że spośród tych 30 przypadków siedem przekształciło się w typowe przewlekłe kłębkowe zapalenie nerek. 19 przypadków odpowiadało pojęciu „mixed nephrosis”, a w 100 przypadkach obok objawów nerczycowych występowały wyraźne cechy kłębkowego zapalenia nerek. Autorzy podkreślają, że w przypadkach czystej nerczycy niekiedy obserwuje się zupełny powrót do zdrowia; opisują szereg tego rodzaju przypadków, obserwowanych przez wiele lat. W 7 jednak przypadkach z biegiem lat nerczycza przekształciła się w przewlekłe zapalenie nerek; niektórzy chorzy zginęli wśród objawów mocznicy. Gorzej rokowanie przedstawia się w przypadkach nerczycy, przebiegających z zajęciem kłębuszków nerkowych; odsetek śmiertelności jest znacznie większy; autorzy w tego rodzaju przypadkach nie zanotowali ani razu zupełnego wyzdrowienia. Opisując wieloletni przebieg szeregu przypadków, zakończonych zejściem śmiertelnym, autorzy zwracają uwagę na niestosunek między rozpoznaniem przyżyciowem a wynikiem badań autopsyjnych. Autorzy spostrzegli, że w przypadkach o cechach „mixed nephrosis” trudno jest przewidzieć, jakie wystąpią zmiany anatomo - patologiczne w nerkach. W niektórych, bowiem, przypadkach, klinicznie odpowiadających nerczycy, wykrywali na autopsji typowe zmiany kłębkowe w postaci małej marskiej nerki; w innych, gdzie spodziewano się marskości nerek, stwierdzano duże, białe nerki ze zmianami w kanalikach, bez zmian w kłębkach, pomimo skrupulatnych poszukiwań. Autorzy sądzą na zasadzie swych obserwacji, że nerczycza lipidowa nie jest samodzielną jednostką chorobową, lecz stanowi jedynie etap rozwojowy choroby B r i g h t a.

Jakób P e n s o n.

G. CZONICZER, St. WEBER. **Djeta obfita w białko w przebiegu nerczyc.** (klin. Woch. Nr. 40—1933).

Autorzy badali w 7 przypadkach nerczycy wpływ diety obfitej w białko na zawartość protein we krwi, na białkomocz i ilość wydzielanego moczu. Okazało się, że tego rodzaju dieta wywierała tylko nieznaczny wzrost proteinemji; stosowanie diety bogatej w białko przez dłuższy czas powodowało wzrost białkomoczu dobowego. Natomiast we wszystkich przypadkach nerczycy dieta ta wywoływała znaczny wzrost diurezy. Autorzy sądzą, że wpływ moczopędny zależy od zawartości mocznika w białku.

Jakób P e n s o n.

Streszczenia pojedyncze.

Patologia kliniczna i doświadczalna.

H. BLOTNER. **Zmiany tkanki tłuszczowej pod wpływem wstrzykiwania insuliny.** (The Journ. of the Am. med. Assoc. T. 100, N. 16—1933).

Wiadomo, że wstrzykiwanie insuliny osobom wychudzonym powoduje wzrost wagi ciała; mechanizm tuczącego działania insuliny jest przedmiotem dyskusyj. Jedni sądzą, że insulina zatrzymuje wodę w tkankach, stąd poprawa wagi, inni (F a l t a) nie zgadzają się z tym poglądem; pomimo obfitej literatury, dotyczącej wspomnianego zagadnienia, nie badano zmian histologicznych, zachodzących w skórze i w tkance podskórnej pod wpływem insuliny. Autor opisuje przypadek 34-letniej kobiety, chorej na wad rdzenia, bardzo wyniszczzonej (waga 36,6 kg.); przez parę miesięcy chorej wstrzykiwano 10 — 15 jedn. insuliny dziennie; w miarę przyrostu wagi ciała wycinano chorej trzykrotnie skrawki skóry z brzucha dla badań histologicznych; wycinek zawierał skórę i tkankę podskórną tłuszczową i sięgał aż do powięzi mięśni. Zabieg biopsji był dokonany za zgodą chorej, która poświęciła się dla celów badań naukowych. Pierwszy zabieg wykonano przed stosowaniem insuliny, drugi — po 10 tygodniach, kiedy chorej przybyło 6,4 kg. na wadze, trzeci, kiedy wzrost wagi wynosił 9,6 kg. Stwierdzono, że po insulinie grubość tk. tłuszczowej wzrasta (z 3 mm do 16 mm). Przed stosowaniem insuliny komórki tłuszczowe były małe, otoczone grubą warstwą luźnej tkanki łącznej; po insulinie komórki tłuszczowe b. duże, a przestwory międzykomórkowe ścięnczałe, tkanka łączna prawie znikła. Badania zawartości glikogenu w skórze nie wykazały znacznych odchyleń ilościowych, zależnych od insuliny. Autor na zasadzie swej pracy wyciąga wniosek, że przybytek wagi ciała po insulinie zależy od wzrostu depozytu tłuszczowego.

Jakób P e n s o n.

L. B. ELLIS, S. WEISS. **Nadciśnienie tętnicze i czynność nerek.** (The Journ. of the Am. Med. Assoc. T. 100, N. 12—1933).

Zmiany sercowo - naczyniowe, przebiegające z nadciśnieniem tętniczym, często atakują nerki, choć przez długi czas nie stwierdza się objawów niedomogi nerkowej. Autorzy w 24 przypadkach nadciśnienia przeprowadzili badanie moczu, mocznika we krwi i zdolności koncentracyjnej nerek. Ciśnienie tętnicze u chorych wynosiło od 175 do 260 mm. Hg. (skurczowe) i 95 — 115 (rozkurczowe). Nie stwierdzono zależności między wiekiem chorych a udziałem nerek w sprawie chorobowej, ani między rozległością objawów naczyniowo-sercowych a zmianami w nerkach. Zauważono natomiast, że, im wyższe było ciśnienie, zwłaszcza rozkurczowe, tem bardziej była uszkodzona czynność nerek. Ważne znaczenie autorzy przypisują próbie koncentracji. Wiadomo, że zmiany naczyniowe w nerkach głównie dotyczą kłębuszków, rozmieszczenie tych zmian jest niejednolite, dlatego też kłębuszki normalne lub mało zmienione pracują zastępczo, przesączają większe ilości płynów, pod większym ciśnieniem i ze zwiększoną szybkością przepływu. Z powodu opisanego upośledzenia zdolność wchłaniania kanalików nerkowych może być upośledzona nawet przy braku zmian strukturalnych; wyrazem tego upośledzenia jest rozszerzenie kanalików, odpowiadających zdrowym kłębuszkom, i upośledzona zdolność koncentracyjna. Wyniki badania mocznika i kreatyniny we krwi dawały wartości prawie równoległe. Jakób P e n s o n.

O. BICKENBACH. **Działanie czwartej ustrojowej substancji, obniżającej parcie krwi, na krwiobieg człowieka.** (Dtsch. Arch. klin. Med. t. 175, z. 3).

Czwarta substancja ustrojowa, działająca na krwiobieg (L a n g e, F e l i x i P u t z e r—R e y b e g g), obniża

ciśnienie krwi w zastrzyknięciu wśródżylnem na krótki czas do bardzo niskich liczb. Autor analizował działanie substancji na tętnicze krążenie krwi za pomocą metody B r o e m s e i e i R a n k e g o, służącej do niekruwawych pomiarów rzutu skurczowego serca, określał jej działanie na krążącą ilość krwi metodą fotometryczną z użyciem czerwieni kongo, wykonywał pomiary ciśnienia żylnego i jako uzupełnienie obserwował przepływ krwi w końcowych rozgałęzieniach układu krążenia na spojówce kota. Głównym punktem uchwytu substancji są drobne tętniczki. Ulegają one pod jej wpływem rozszerzeniu, opory obwodowe zmniejszają się. Naczynia włosowate pozostają bez zmiany. Postępując dośrodkowo, ulegają prawdopodobnie zwiotczeniu również duże tętnice o dużej warstwie mięśniowej, w drugiej fazie działania substancji ulega zwiotczeniu z pewnością tętnica główna. Rozciągliwość ściany tętnicy głównej zwiększa się, szybkość przenoszenia się fali tętna w tętnicy głównej ulega zmniejszeniu. Amplituda ciśnienia krwi zachowuje się niejednolicie przy zawsze obniżonym ciśnieniu średnim. Czasem zwiększa się ona, czasem zmniejsza. Pozostaje ona w prawidłowej zależności od częstości akcji serca, i, jeżeli amplituda ciśnienia staje się mniejsza, wtedy serce bije szybciej; jeżeli amplituda ciśnienia się zwiększa, częstość akcji serca nie zmienia się, zwolnienia akcji serca nie spostrzegano. Skrócenie fazy tętna odbywa się zawsze kosztem rozkurczu; czas trwania skurczu, czas opróżniania się serca pozostaje bez zmiany. Zmniejszenie oporów obwodowych, zwiększenie rozciągliwości tętnicy głównej i zwiększenie amplitudy ciśnienia prowadzą do zwiększenia rzutu skurczowego. Jeżeli powiększenie amplitudy ciśnienia nie występuje, to obydwie inne czynniki wystarczają do wyraźnego zwiększenia rzutu skurczowego. Jeżeli amplituda ciśnienia zmniejsza się, serce bije szybciej, przyczem rzut skurczowy pozostaje taki sam lub tylko nieznacznie zwiększa się; w ten sposób odbywa się zwiększenie rzutu minutowego. Wyrównane serce stosuje się w ten sposób również w tym przypadku do ekonomicznej zasady, którą znalazł R e i n przy bezpośrednich pomiarach przepływu krwi w naczyniach wieńcowych przy wzmóżonej pracy serca: każde bardziej długotrwałe silne obciążenie serca odbywa się tylko początkowo za pomocą zwiększenia częstości jego akcji, wkońcu jednak za pomocą zwiększenia rzutu skurczowego. Ciśnienie w żyłę łokciowej nie zwiększa się, wyrównanie serca pokonywa zwiększoną podaż krwi bez zastojów wstecznych. W drugiej minucie po zastrzyknięciu wyciągu narządowego można wykazać wyraźne zwiększenie się ilości krążącej krwi. Odpowiada ono mniej więcej zwiększeniu rzutu minutowego w tym czasie, tak, że szybkość obiegu krwi pozostaje bez zmiany. Nierozstrzygnięte pozostaje jeszcze zagadnienie, czy również w pierwszej fazie działania, podczas właściwego spadku ciśnienia krwi, następuje już dopływ krwi z jej magazynów do szybkiego obiegu krwi, czy też w tym czasie krążąca krew jest tylko szybciej pędzona. Pochodzenie i mechanizm tego prądu krwi, jak również rozmieszczenie krwi w narządach pozostaje niewyświeślone, musi być ono wykonane za pomocą innych metod. W tym sposobie regulacji krążenia, polegającym na tem, że przy obniżającym się ciśnieniu średnim, dzięki zmniejszeniu się oporów obwodowych, zmniejszeniu się napięcia tętnic głównej i zwiększeniu amplitudy ciśnienia osiąga się zwiększenie rzutu skurczowego, zaś dzięki zwiększeniu częstości tętna jeszcze znaczniejsze zwiększenie rzutu minutowego, upatruje autor wytłumaczenie dobrych wyników badanej substancji. Sposobowi działania sprzyja również miejsce uchwytu, do którego nie należą w przeciwieństwie do histaminy naczynia włosowate oraz zwiększenie ilości krwi krążącej, które powo-

duje to, że szybkość obiegu krwi nie zwiększa się wyraźnie, nigdy zaś nie zmniejsza się. Za pomocą spostrzegania przepływu krwi w naczyniach spojówki kota można udowodnić i potwierdzić pogląd, że substancja badana może usunąć ciężki wstrząs histaminowy, aczkolwiek oba te ciała obniżają ciśnienie krwi. W ten sposób największe znaczenie tej nowej substancji polega na jej działaniu, potęgującym cały obieg krwi, a nie na działaniu obniżającym ciśnienie krwi. Metoda *B r o e m s e r a i R a n k e g o* niekrwawych pomiarów rzutu skurczowego serca pozwala na głęboki wgląd w dynamikę szybko przebiegających regulacji krążenia w takim stopniu, jak na to nie pozwala żadna inna metoda badania układu krążenia.

Henryk J. L a n d a u.

Choroby jamy ustnej, gardła, nosa i uszów.

M. ZARFL. O następstwach martwakowych zapaleń zarodka zęba. (Wien. kl. Woch. Nr. 39-40/1932).

Martwakowe zapalenie zarodka zęba uszkadza nie tylko uzębienie mleczne, lecz odbija się również na uzębieniu trwałym. Postępowanie powinno być możliwie jaknajbardziej oszczędzające. Rozluźnione blaszki zębowe należy możliwie jaknajdłużej zachowywać, jaknajstaranniej trzeba się wystrzegać wyskrobywania zębodołów ostrą łyżeczką lub przy najmniej możliwie ostrożnie je wykonywać.

A. N e u m a n n (Baden—Wien).

R. SINGER. Wycinanie migdałków u chorych z moczówką cukrową. (Wien. kl. Woch. Nr. 13/1933).

Zapalenie migdałków pogarsza stan przemiany materii chorego z moczówką cukrową. Na podstawie przebiegu pooperacyjnego w 6 przypadkach wycięcia migdałków, który się nieznacznie różnił od przebiegu pooperacyjnego u normalnych ludzi, wyciąga autor wniosek, że operację tę nie tylko można wykonywać u chorych z moczówką cukrową, lecz również, że należy ją wykonywać. Lecz tylko chorego należy przed operacją i po niej dokładnie obserwować w zakładzie leczniczym. Zasada polega na niedopuszczaniu do występowania w moczu ciał ketonowych za pomocą podawania węglowodanów (cukier) i insuliny. Operację należy przeprowadzać możliwie w stanie od cukrzycy. Należy zwracać troskliwą uwagę na przyjmowanie pokarmów w okresie pooperacyjnym. Dlatego bacznie należy na możliwe łagodzenie bólu w ranie operacyjnej. Do operacji stosować należy uspienie eterowe, zaledwie sięgające poza okres podniecenia. Opierając się na pomyślnych wynikach wycięcia migdałków w przypadkach przewlekłych, uważa autor za wskazanie do operacji również ropień okołomigdałkowy.

A. N e u m a n n (Baden—Wien).

BACHMANN i WIEGAND. O wynikach naświetlania rentgenem w gruźlicy krtani. (Zeit. f. Hals. Nas. u. Ohr., t. 33, z. 3).

Artykuł ten składa się z 2 części: 1) techniki oraz dawkowania promieni rentgenowskich w gruźlicy krtani, napisanej przez I. autora, oraz 2) części klinicznej, podanej przez 2. autora. Do leczenia rentgenem nadają się prawie wszystkie postaci gruźlicy krtani, wyjątek stanowią jedynie chorzy, którzy przez dłuższy czas wysoko gorączkują. Stan płuc nie ma zasadniczo znaczenia. Nawet w przypadkach z rozległymi zmianami w płucach następowało gojenie procesów w krtani. Zmiany zaś gruźlicze, które cofają się pod wpływem rentgena, mogą być różnorodne, a więc; nacieki, owrzodzenia, rozrosty, zapalenie ochrzestny i t. p. Technika naświetlania rentgenem polega na napromieniowaniu krtani w ciągu 25 dni 6-krotnie (na zmianę z prawej i lewej strony). Po 6—8 tygodniach następną serją, a później ewent. jeszcze jedną. Obok leczenia rentgenem nie należy zapominać o leczeniu ogólnym, m. in.

naświetlaniami lampą łukową, a miejscowo w krtani o stosowaniu śniegu kwasu węglowego oraz kw. mlekowego. Artykuł ilustrowany jest szeregiem obrazów laryngoskopowych różnych postaci gruźlicy krtani przed stosowaniem rentgena oraz po okresie leczenia. Wyniki autorów są b. interesujące.

J. T e n c e r.

L. ERRECART. Leczenie zamknięcia stałego ujścia gardłowego trąbki Eustachjusza. (Revue de Laryngologie etc, Nr. 5, 1933).

Zamknięcie trąbki słuchowej, którym, jak wiadomo, towarzyszy przytępienie słuchu, dzielimy na 3 grupy: przejściowe, poddające się zwykłemu leczeniu i stałe. W przypadkach, należących do ostatniej grupy, można uzyskać poprawę słuchu na drodze udrożnienia trąbki przy pomocy elektrokoagulacji. Autor posługuje się w tym celu szeregiem specjalnych przyrządów. Przy pomocy salpingoskopu, a więc pod kontrolą oka, udaje się usunąć za pomocą elektrokoagulacji istniejące przeszkody. Siła prądu, kt. autor stosuje, wynosi od 50 do 100 MA; liczba posiedzeń koagulacji 3—4, przerwa pomiędzy nimi wynosi kilka dni. Wyniki tego leczenia są b. zachęcające.

J. T e n c e r.

E. MATIS. O chirurgii jam bocznych nosa, zwłaszcza w przypadkach schorzenia wszystkich jam. (Zeit. f. Hals. Nas. u. Ohr., t. 32, z. 5).

A. podaje metodę operowania jednoczasowego wszystkich jam bocznych nosa. Zasada tej operacji, którą a. nazywa wewnątrznosowo - przedsionkową jest oparta na połączeniu i rozszerzeniu operacji na zatocę szczękowej wg. *S t u r m a n n a—C a n f i e l d a* oraz na zatocę czołowej i komórkach sitowych wg. *H a l l e g o*. Plan operacyjny w skróceniu jest następujący: cięcie na brzegu otworu gruszkowatego, oddzielenie części miękkich w okolicy zatoki szczękowej i czołowej, wydłutowanie odpowiedniego odcinka wzrostka czołowego szczęki górnej, otworenie zatoki czołowej, komórek sitowych oraz zatoki klinowej i wreszcie operacja na zatocę *H i g h m o r a* wg. *S t u r m a n n a*. Operacja ta jest mniej radykalna od operacji zewnętrznej, ale łatwiejsza technicznie od operacji wg. *H a l l e g o*.

J. T e n c e r.

Choroby narządów trawienia.

A. CIMINATA. O leczeniu chirurgicznym żółtaczki ciężkiej pochodzenia wątrobowego. (Policlinico Sez. Prat. Nr. 10, 1933 r.).

Autor podaje jeden przypadek ciężkiej żółtaczki pochodzenia wątrobowego, która wystąpiła po silnym wzruszeniu. W stanie ciężkim chorej dokonano zabiegu operacyjnego: stwierdzono wątrobę zmniejszoną, drogi żółciowe drożne, nie zawierające żółci. Usunięto pęcherzyk żółciowy, sączkowano przewód wątrobowy przy pomocy zgłębnika *N e l a t o n a* Nr. 16. W trzecim dniu po zabiegu zaczyna wydzielać się żółć. Ilość żółci stopniowo wzrasta jednocześnie z poprawą stanu ogólnego. Po kilku tygodniach następuje zupełne wyzdrowienie. Celem wyjaśnienia dodatniego wpływu zabiegu w przytoczonym przypadku wysuwa A. następujące przypuszczenie. Sączkowanie przewodu wątrobowego powoduje podrażnienie układu wegetatywnego, który pobudza wydzielanie żółci. Następuje to albo wskutek zadziałania na nerwy wydzielnicze, albo na nerwy naczynio - ruchowe. W tym ostatnim przypadku ma występować przekrwienie czynne mięszu wątroby, które sprzyja wyleczeniu. Zabiegów jednak należy dokonywać we wczesnym okresie cierpienia, gdy zmiany wsteczne wątroby są odwracalne.

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

G. HOLLER. Nieżyt żołądka. (Wien. kl. Woch. Nr. 14/1933).

W nieżycie żołądka (*gastritis*) nie chodzi o kataralne schorzenie błony śluzowej żołądka, lecz o proces zapalny, obejmujący

muający wszystkie warstwy błony śluzowej żołądka, a nietylko nabłonek pokrywający, który to proces wykazuje przebieg okresowy i może wreszcie doprowadzić do zaniku. Niezawsze chodzi o proces rozlany, lecz często ulega schorzeniu tylko jama odźwiernika; w przewlekłym niezycie żołądka często przychodzi do przerostu mięśniówki żołądka w zakresie jamy odźwiernikowej, zwiększającego się w kierunku odźwiernika. W postaciach ostrych lub obostrzeniach przewlekłych przychodzi często do powstania nadżerek i owrzodzeń z krwawieniami (krwotoki miąższowe). Może również dojść do zapalenia surowicówki żołądka (*perigastritis*) z procesami zrostowymi. Patogeneza może być zwewnątrz- i zewnątrzpochodna; z pierwszą ma się do czynienia w chorobach zakaźnych, zapaleniu nerek, chorobie B a s e d o w a, moczońce cukrowej i niedokrewności złośliwej. Jako uszkodzenia zewnątrzpochodne wymienić należy zwykle przeładowanie żołądka, szczególnie silnie drażniącymi ciałami (alkohol, korzenie), leki (naparstnica). U zwierząt rozpoznano jako czynniki patogenetyczne energiczne pozorne karmienie, powtarzane wielokrotnie zastrzykiwania histaminy i drażnienie prądem faryadycznym nerwów żołądka, przyczem umiejscowienie nieżyty oraz owrzodzeń w obu pierwszych przypadkach stwierdzono w dniu, w ostatnim—w części odźwiernikowej żołądka i dwunastnicy. Wśród objawów (kardjalgja, odbijanie, nudności, wymioty, brak łaknienia, zgaga i t. d.) charakterystyczne dla wymiotów jest występowanie bezpośrednio po posiłkach i obfita domieszka śluzu i nieprzetrawionych resztek pokarmowych. Objawy bólowe przypominają bardzo bóle we wrzodzie żołądka, ból głodowy przemawia za umiejscowieniem nieżyty w części odźwiernikowej i dwunastnicy. Charakterystycznym objawem nieżyty żołądka jest produkcja dużych ilości śluzu, zmieszanego z resztkami pokarmowymi, lecz może tego również nie być. Mogą się zdarzyć krwawe wymioty, nawet bardzo obfite. Kurcz odźwiernika i bezwład mogą przedłużać czas opróżniania się żołądka. Jeżeli chodzi o zaburzenia wydzielnicze, można je spostrzegać w najrozmaitszym stopniu. W niskim ich stopniu brak kwasoty żołądkowej, lecz pepsyna jest jeszcze obecna, albo też brak również zaczynu. W zaburzeniach silniejszego stopnia nawet po zastrzyknięciu histaminy istnieje bezsok. Obok przypadków achylicznych bywają jednak również przypadki z nadmiernym wydzielaniem. Nieżytowi żołądka towarzyszyć mogą ciepłoty podgorączkowe, a nawet większe podniesienia ciepłoty, te ostatnie zapewne tylko przy silniejszym współudziale jelit. Pod względem różniczkowo - rozpoznawczym przeciwko bólowi wrzodowemu przemawia brak promieniowania gastralgi i brak stref przeczulicy skóry. Djeta mleczna szybciej działa przeciwko dolegliwościom we wrzodzie. Za rakiem przemawia nagle występowanie dolegliwości żołądkowych u człowieka o zdrowym dotąd żołądku. Obok leczenia dietetycznego, fizykalnego, podawania kwasu solnego z pepsyną, goryczek, autor zaleca proteinoterapię (aolan, caseosan lub yahren - casein).

A. Neumann (Baden—Wien).

AITKEN. **Leczenie obfitych krwawień z żołądka i dwunastnicy.** (The Lancet, 1934, Nr. 16).

Należy odróżniać przypadki mniej ciężkie od bardzo ciężkich, z których znaczny odsetek u autora miał zejście niepomyślne (27 na 63 przypadki). Niema ścisłego probierza dla odróżnienia obu kategorii przypadków, jednak do pewnego stopnia jest ten podział klinicznie możliwy. Nawet w przypadkach bardzo ciężkich rokowanie jest trudne i sprawia często niespodzianki. Przypadki, w których liczba krwinek spada poniżej 2 milionów, a hemoglobina poniżej 40%, należy uważać za ciężkie przy uwzględnieniu również ogólnego obrazu klinicznego. Przypadki mniej ciężkie należy leczyć według

zasad ogólnych. W przypadkach ciężkich bardzo ważny jest spokój chorego; dla osiągnięcia tego spokoju nie wahamy się dawać morfiny. Chory powinien otrzymać przelewanie krwi 500 ccm. bez przenoszenia go z łóżka. O ile wymioty krwawe nie ustają, lub podnosi się liczba tętna, przelewanie należy raz lub 2 razy powtórzyć w ciągu 24 — 48 godzin. Jeżeli mimo to stan się pogarsza, należy przystąpić do zabiegu po ewentualnym ponownym przelewaniu krwi.

Jerzy Fajwlewiec (Łódź).

CARMICHAEL, FRASER, Mc KELVEY i WILKIE. **Lecznicze działanie prostigminy.** (The Lancet, 1934, Nr. 18).

U osobników zdrowych prostigmina, podana podskórnie lub domięśniowo, wywołuje wzmoczoną perystaltykę okrężnicy. Nie stwierdza się jednak przytem przesuwania treści. Stwierdza się przytem duże indywidualne różnice u różnych osobników. Nawet przy podwajaniu zalecanej dawki nie stwierdza się ujemnego działania ubocznego na ciśnienie i liczbę tętna. Prostigmina posiada dużą wartość w stanach wzdęcia kiszek grubych gazami. 10 — 20 minut po iniekcji ustępują bóle. Efekt po iniekcji wydatnie wspomaga ławatywa. Zwłaszcza w przypadkach pooperacyjnych wzdęcia kiszek widział autor dobry efekt po prostigminie, podanej razem z pituitryną i następującą ławatywą.

Jerzy Fajwlewiec (Łódź).

Choroby kości i stawów.

SHANSON i EASTWOOD. **Zastosowanie i działanie histaminy w reumatyzmie.** (The Lancet, Nr. 23, 1934).

Autorzy stosowali histaminę i thiohistaminę w 70 przypadkach schorzeń gośćcowych, a mianowicie, w *arthritis rheumatica*, *fibrositis*, *osteo - arthritis*, *rheumatismus subcutis* i w dniu. Stosowali histaminę podskórnie; rozpoczynali od 0,1 miligrm. i dochodzili do 0,5 miligrm. dziennie, tę zaś dawkę utrzymywali aż do wystąpienia poprawy. Kobiety silniej reagowały na zastrzykiwania histaminy od mężczyzn. Dawka skuteczna wykazywała indywidualne wahania. Thiohistaminę stosowali autorzy domięśniowo; ampulki zawierają 1,2 i 3 miligrm. czynnej substancji (Brit. Droug Houses). Thiohistamina była mniej skuteczna od histaminy. Oba preparaty stosowali 2 — 3 razy tygodniowo. Do tego leczenia nie nadają się chorzy z objawami niedomogi serca lub z wysokim ciśnieniem. Chorzy powinni leżeć 15 — 30 minut po zastrzyknięciu. Należy mieć pod ręką adrenalinę jako *antidotum*. Autorzy nigdy nie mieli potrzeby zastosowania adrenaliny. Po zastrzyknięciu obserwować należy ciepłotę ciała, liczbę tętna i oddechów, ciśnienie krwi. Po tem leczeniu spostrzegali zwiększoną ruchomość w stawach, i to czasami bardzo szybko po zastrzyknięciu, ogólne zaczerwienienie skóry, relaksację mięśni; znikwały objawy zależne od czynnika naczynioruchowego, jak uczucie zimna, sinica i t. p. Dość często po zastrzykaniach występowały bóle głowy, które jednak szybko mijały; czasami po kilku minutach poty, zwłaszcza powierzchni dloniowych rąk, oraz uczucie senności. Zawsze poprawiało się samopoczucie i łaknienie. Spadek ciśnienia krwi po zastrzyknięciu wynosił 20—40 mm. i trwał kilka minut. U ludzi z dużym parciem krwi spadek był wydatniejszy. Czasami występujące podwyższenie ciepłoty miało charakter przemijający. Liczba tętna i oddechów pozostawała niezmieniona, czasami spostrzegali przemijające parestezje.

Jerzy Fajwlewiec (Łódź).

MACKENNA. **Kliniczne zastosowanie histaminy w reumatyzmie.** (The Lancet, Nr. 23, 1934).

Bardzo ważny jest wybór odpowiednich przypadków. Do leczenia tego nadają się *osteoarthritis*, *arthritis rheumatica* (nie w ostrem stadium), *arthritis chronica*, *fibrositis* i neu-

ritis. Sporna jest celowość tego leczenia u chorych na dnę. Dobre wyniki opisuje się również w *claudicatio intermittens* i w zanikach mięśniowych pourazowych. Nie nadają się do tego leczenia *arthritis infectiosa*, ani *arthritis rheumatica acuta*. Autor stosował preparat Hoffman La Roche w postaci tabletek do przygotowania roztworów oraz maści, która daje lepsze wyniki. Technika dwójaka — jonizacja i masaż. Dotknięty odcinek smaruje się maścią histaminową; elektrodę, przylegającą do bolesnego odcinka, łączy się z anodą, drugą elektrodę przymocowujemy w dowolnym miejscu. Autor stosuje *maximum* prądu, który chory może znieść, dochodząc do 100—150 miliamperów. Po zabiegu stwierdzał całkowite lub częściowe znikanie bólu i zwiększenie ruchomości. Bóle ustępują na szereg godzin, dni, czasami na stałe. Cherzy odczuwają lokalne uczucie ciepła. Zabieg stosować należy codziennie. Silny ból głowy, tachikardja, uczucie opresji w klatce piersiowej z dusznością i skłonnością do omdleń — są przeciwwskazaniem do kontynuowania zabiegów. Maść histaminowa daje również dobre wyniki jako podstawa dla masażu, zwłaszcza w przypadkach *fibrositis* i *arthritis chronica* oraz u tych chorych, którzy jonizację źle znoszą. Czasami lepsze wyniki otrzymuje się, o ile stosowanie histaminy poprzedza naświetlanie promieniami infra - czerwonymi.

Jerzy Fajwlicz (Łódź).

E. WELLISCH. W sprawie znajomości *Achillotendinitis*. (Wien. kl. Woch. Nr. 31, 1933).

Autor podaje opis 10 przypadków *Achillotendinitis*. Przyczyną bywa przeważnie ucisk obuwia, lecz w rachubę wchodzi również przyczyny natury zakaźnej (zapalenia płuc, zapalenia opłucny, rzeżączka, gruźlica, schorzenia gośćcowe). Przychodzi do powstania obrzmienia z bólami, szczególnie podczas chodzenia, czasami powstaje o dłoń powyżej pięty ograniczone obrzmienie ścięgna. W lepszych przypadkach istnieje tylko bolesność uciskowa. Pod względem różniczkowo - rozpoznawczym w rachubę należy brać *bursitis tendinis calcaneae* (bolesność w tym przypadku jest umiejscowiona w niży między przyczepem ścięgna Achillesa a kość piętowa, a zatem niżej), ewentualnie, *bursitis subcuta uca calcaneae*, w której bolesność umiejscawia się na podeszwowej powierzchni pięty. W ostrych przypadkach pod względem leczniczym w rachubę wchodzi przede wszystkim unieruchomienie pięty, w podostrych — stosowanie ciepła.

A. N e u m a n n (Baden—Wien).

Choroby nerwowe i psychiczne.

CLOVIS Vincent i H. BERDET. **Przypadek meningioma tu siodłka. Usunięcie, wyzdrowienie.** (Rev. Neur. T. II Nr. 1, 1932).

Przypadek rozpoczął się od bólów głowy, przychodzących napadowo. Po 3 latach pacjentka przypadkowo stwierdziła, że oko prawe jest niewidome. Tarcza po tej stronie wykazała zanik prosty, po stronie lewej — tarcza zastoinowa słabego stopnia, siła wzroku — I, przyczem pole widzenia nieco ścięte od góry. Rentgenogram wykazał osteamat obu skrzydeł kości klinowej. Operację wykonano drogą czołową. Po przecięciu opony twardej nakłuto komorę boczną prawą; wypuszczono 3 — 4 ctm³ płynu żółtego. Po uniesieniu płata czołowego do góry ujrzano meningioma. Zadziałano nań elektrokoagulacją, dzięki czemu zabieg odbył się bez większego wpływu krwi. Chora powróciła do zajęć zwykłych, zastoina ustąpiła.

N. Z. Z.

I. BERTRAND i F. SMITH. **O specjalnej postaci zaniku skrzyżowanego mózdzku.** (Rev. Neur. T. II Nr. 5, 1933).

Obok zaniku mózdzku wrodzonego oraz nabytego, związanego z niedowładem połowicznym, autor opisuje trzecią po-

stać mieszaną, złożoną z dwu poprzednich rodzajów. Przypadek dotyczył 83 letniej kobiety, zmarłej w przytulku Salpêtriêre. W dzieciństwie ulec miała urazowi czaszki. Ani dokładnych wywiadów, ani opisu klinicznego nie było. Kiedy przybyła do zakładu wykazywała silne osłabienie inteligencji, zanieczyszczała się, była niespokojna nocami. Zmarła naskutek zapalenia płuc. Na sekcji wykryto kolosalne stare uszkodzenia płata czołowego prawego, po których powstały jamy, łączące się z kamerą boczną. Lewa półkula mózdkowa była wyraźnie zmniejszona, pod drobnowidzem wykazywała zwyrodnienie warstwy molekularnej i komórek P u r k i n j e g o. Jądro zębate lewe było w zaniku zarówno w części paleocerebellarnej, jak i w neocerebellarnej. Włókna, wiodące z jądra zębatego do czerwonego, zwyrodniałe. W związku z poprzednimi zmianami istniało tu również zwyrodnienie szypułki mózdkowej górnej po stronie lewej oraz jądra czerwonego po stronie prawej. Po stronie zwyrodniałego jądra czerwonego istniało również zwyrodnienie pęczka środkowego w czepcu (*fasciculus centralis tegmenti*). *Carpus restiforme* uległo nieznacznemu zwyrodnieniu po stronie lewej. Wybitne natomiast zmiany istniały w przeciwległej oliwce dolnej. Wobec istnienia licznych ognisk rozmiękczenia (w torebce wewnętrznej, we wzgórku wzrokowym obok kory mózgowej) nie podobna przeprowadzić tu ścisłej zależności pomiędzy zanikami rozmaitych ośrodków nerwowych. Jednak autorzy nie wahają się wypowiedzieć mniemania, że zanik szypułki mózdkowej dolnej po stronie lewej wynikał z zajęcia jednoimiennej półkuli mózdkowej i rozdził z kolei zanik oliwki dolnej prawej. Dalej sądzą oni, że ogniska rozmiękczeniowe wybierały sobie teren predysponowany przez złe odżywianie naczyń. Wydaje się jednak, iż przypadek nie jest dosyć wyraźny wskutek braku danych klinicznych i nie jest odpowiedni do wyciągania zeń daleko idących wniosków co do roli oliwek.

N. Z. Z.

G. GUILLAIN, THUREL i BERTRAND. **Badanie anatomo-patologiczne przypadku myoklonji.** (Rev. Neur. T. II Nr. 6, 1933).

W roku 1892 autorzy opisali przypadek 47-letniego chorego, który nagle został dotknięty zespołem rzekomo - opuszkowym z porażeniem lewostronnym i z ruchami myoklonicznymi w obrębie gałek ocznych, powiek, gardzieli, przepony brzusznej oraz mięśni tułowia. Już wtedy autorzy wypowiedzieli przypuszczenie, iż ognisko mieścić się musi na pewnym odcinku szlaku, łączącego jądro czerwone szypułki mózgowej z mózdzkiem strony przeciwległej oraz z oliwką opuszkową strony jednoimiennej. Obecnie podają oni wynik badania anatomo - patologicznego. Okazało się, iż istotnie oba jądra czerwone są zmienione: w prawym zwyrodniała otoczka zewnętrzna, w lewym zaś — całe jego wnętrze. Co się tyczy pęczka środkowego czepca (*fasciculus centralis tegmenti*), to widać, iż duże ognisko rozmiękczeniowe zniszczyło włókna jego w obrębie mostu po stronie prawej. Oliwka opuszkowa i jądro zębate strony prawej oraz szypułka mózdkowa dolna (*corpus restiforme*) strony przeciwległej (lewej) uległy zwyrodnieniu. Autorzy inkryminują te właśnie zmiany, t. j. zwyrodnienie pęczka środkowego oraz oliwki opuszkowej, jako przyczynę myoklonji. Istotnie wszystkie ogłoszone dotąd przypadki anatomopatologiczne podają podobne zmiany. W konkluzji jednak autorzy przeźornie formułują tezę i, powstrzymując się od ostatecznego uzależnienia myoklonji od zwyrodnienia oliwek opuszkowych, stwierdzają jedynie, iż istnieje stałość pomiędzy zmianami oliwkowymi a myoklonjami strony przeciwległej ciała. Dowodzić to może jednak zależności tych ostatnich od zwyrodnienia ośrodków, które pociągają za sobą zwyrodnienie również i oliwek.

N. Z. Z.

Streszczenia pojedyncze.

Fizjologia normalna i patologiczna.

J. R. MACLEOD, S. DONKOFFER. **O nerwowej regulacji poziomu cukru we krwi.** (Klin. Woch. Nr. 20 - 1933).

Istnieją 4 przyczyny hiperglikemji: zmniejszenie wydzielania insuliny, wzmożenie produkcji adrenaliny, podrażnienie lub uszkodzenie pewnych ośrodków nerwowych, dowódz doustny lub parenteralny węglowodanów. Autorzy badali wpływ decerebracji na cukier we krwi; okazało się, że uszkodzenie i niszczenie różnych okolic mózgu królika dawało odmienne wyniki. Jeśli decerebracja dotyczyła okolicy mostu, występowała b. szybko znaczna hiperglikemja; niszczenie innych okolic mózgu nie dawało tego efektu. Przed zabiegiem badano zawartość glikogenu w wątrobie i mięśniach; nie stwierdzono równoległości między zawartością glikogenu w wątrobie i hiperglikemją, osiągniętą po zniszczeniu mostu. U zwierząt z ubogim zapasem glikogenu występowała taka sama hiperglikemja, jak przy obfitej zawartości glikogenu wątrobowego; natomiast po zabiegu autorzy stwierdzili zubożenie mięśni w glikogen. Dalsze badania wykazały, że u normalnie odżywianych zwierząt nie stwierdza się hiperglikemji po zniszczeniu mostu, jeśli zwierzęciu uprzednio dokonano vagotomji lub podawano atropinę z ergotaminą; natomiast przy dużym zapasie glikogenu w wątrobie otrzymano w tych samych warunkach znaczną hiperglikemję. Dla wytłumaczenia powyższych wyników autorzy przyjmują dwie odmiany fizjologiczne glikogenu ustrojowego; jedną postać zmagazynowaną z nadmiaru pokarmowych węglowodanów, która łatwo zostaje mobilizowana do krwi, i drugą postać glikogenetyczną, stanowiącą uboczny produkt glikoneogenezy z białka i tłuszczu.

Jakób P e n s o n.

N. LOLLI. **Badania kliniczne i doświadczalne ośrodków nerwowych, regulujących przemianę materji.** (Wien. kl. Woch. Nr. 40/1933).

Autor znalazł równoległość przebiegu zmian w przemianie materji, dających się wykryć we krwi i przebiegu cierpienia u pacjentów ze zmianami mózgu i opon mózgowych. Ponieważ doświadczalne uszkodzenia dna dołu równoległobocznego (*fossa rhomboidea*) wywołują zmiany we krwi, które można porównywać ze zmianami, spostrzeganymi u chorych, autor przypuszcza, że ośrodki regulujące znajdują się w dole równoległobocznym.

A. N e u m a n n (Baden—Wien).

G. EROS. **Badania nad znaczeniem klinicznym i biologicznym komórek „wykazujących powinowactwo do srebra” w żołądku i jelitach.** (Wien. kl. Woch. Nr. 37/1933).

Komórki przewodu pokarmowego, wykazujące powinowactwo do srebra (*argentaffinis*), ujawniają związek z wydzielaniem wewnętrznym. Znajduje się je w żołądku i jelitach, w trzustce i nadnerczach. Liczbę ich można doświadczalnie zwiększać i zmniejszać. Ponieważ w niedokrewności złośliwej liczba ich jest znacznie zmniejszona, i okazują się one zmienionymi, autor przypuszcza, że istnieje związek między nimi a wytwarzaniem krwi. Przemawiają za tem, jak się zdaje, doświadczenia z wyciągami jelitowymi w niedokrewności, wywołanej przez *bartonellae*.

A. N e u m a n n (Baden—Wien).

GOUGH. **Witamina C w szyszynce ludzkiej.** (The Lancet, Nr. 24, 1934).

Dla wykrywania kwasu askorbinowego (witaminy C) stosuje się ostatnio próbę histo-chemiczną S z e n t-G y ö r g y i. Podstawą tej próby są silne właściwości redukcyjne kwasu askorbinowego. Jeżeli tkankę, zawierającą większą ilość kwasu askorbinowego, umieścić w rozcieńczonym roztwo-

rze azotanu srebra (0,4%) w ciemni na 15 minut, wówczas na powierzchni tkanki zjawia się nalot zredukowanego srebra. G o u g h i Z e v a zastosowali ten odczyn do zbadania szyszynki w 42 przypadkach autopsji szpitalnych i stwierdzili duże indywidualne wahania w nasileniu tego odczynu. Autor badał potem dalszych 100 przypadków i stwierdził, że nasilenie odczynu idzie równoległe z ogólnym stanem odżywiania. W przypadkach chorób wycieńczających, powodujących znaczne wychudnięcie, odczyn wypadł bardzo słabo, nawet ujemnie; w przypadkach chorób, nie wpływających na stan ogólny, nprz. w przypadkach śmierci nagłej, wypadł odczyn silnie. Naogół odczyn wspomniany wypadł silniej u ludzi młodych, słabiej u starszych.

Jerzy F a j w l e w i c z (Łódź).

ALDRED, BROWN i MUNRO. **Śzybkość opadania krwinek a protein osocza.** (The Lancet, Nr. 29, 1934).

Z wielu teoryj, usiłujących tłómaczyć zjawisko szybkiego opadania krwinek w przebiegu niektórych stanów chorobowych, na uwagę zasługują: 1) aglutynacja krwinek, zależna od zmiany ładunków elektrycznych zawieszonych cząsteczek, 2) znaczenie czynnika lepkości krwi oraz 3) układ protein osocza krwi. Według jednych szybkość opadania krwinek reguluje fibrinogen, według innych globuliny, wreszcie inni twierdzą, że opadanie zależy od wzajemnego stosunku ilościowego fibrinogenu, albumin i globulin. Fibrinogen i globuliny mają przyspieszać opadanie, albuminy — opóźniać. Ostatnia teoria ma najwięcej zwolenników. Autor określał szybkość opadania krwinek i skład ilościowy protein osocza krwi w 54 przypadkach schorzeń reumatycznych. Otrzymane wyniki stwierdzają zupełny brak równoległości pomiędzy czasem opadania a ilością zawartych w osoczu tych, czy innych protein, ani wzajemnym ich stosunkiem ilościowym.

Jerzy F a j w l e w i c z (Łódź).

Lecznictwo.

P. GROAG i W. TOMBERG. **W sprawie leczenia krótkimi falami.** (Wien. kl. Woch. Nr. 29 i 30/1933).

Lekarz - praktyk nie może jeszcze przeprowadzać leczenia krótkimi falami, powinno ono jednak być możliwe do uskutecznienia w każdym szpitalu. Jednobiegunowe stosowanie krótkich fal w modyfikacji T o m b e r g a należy przekładać nad leczenie w polu kondensatorowym w schorzeniach powierzchownych, albowiem uskutecznianie jego jest łatwiejsze, a skuteczność większa. Siłę pola i rozmieszczenie pól należy w czasie leczenia kontrolować za pomocą lampy neonowej. Elektryczną siłę pola można tak długo zwiększać, dopóki chory odczuwa przyjemne ciepło. W razie uczucia gorąca w skórze albo uczucia ucisku lub kurczu w głębi należy natychmiast zmniejszyć siłę pola. Z powodu następstw, których należy się obawiać, należy każdy przypadek anginy w miarę możliwości kierować w pierwszym lub drugim dniu choroby do szpitalnego leczenia krótkimi falami, gdyż rozpoczynając się chorobę można w ten sposób wyleczyć w ciągu jednego, a najwyżej trzech dni. Jednobiegunowe leczenie krótkofalowe metodą T o m b e r g a, którego przyrząd stosowali autorzy w 50 przypadkach mniejwięcej, przewyższa wszystkie dotychczas używane w leczeniu nerwoból i zapaleń nerwowych metody fizykalne zarówno swem działaniem, uśmierzającym ból, jak i krótszym czasem leczenia.

A. N e u m a n n (Baden—Wien).

S. JELLINEK. **Działanie biologiczne ultrakrótkich promieni.** (Wien. kl. Woch. Nr. 21/1933).

Podczas, gdy dawniej upatrywano główne działanie ultrakrótkich promieni w działaniu ciepłem, nowsze bada-

nia starają się doszukać swoiście biologicznego efektu. Autorowi udało się wykazać pobudzające procesy życiowe działania tych promieni na dopiero co urodzonych myszach i rozwój jaj w ciepłotach daleko niższych od 37°. Od tego czasu wykazano jeszcze wielką liczbę innych swoistych wpływów.

A. N e u m a n n (Baden—Wien).

F. MANDL. **Operacja raka a elektrochirurgja.** (Wien. kl. Woch. Nr. 11/1933).

Do znanych zalet noża elektrycznego dodaje autor mniejszą śmiertelność operacyjną i względną albo całkowitą bezbolesność po zabiegu oraz nadzwyczajną skłonność do gojenia się nawet w zakresach zakażonych. Szczególnie imponująco uderza podczas operowania, że zwłaszcza w guzach nieoperacyjnych za pomocą przyżegania, które wywołuje oddzielenie się guza od jego podłoża, nawet w przypadkach największej nieprzesuwalności guza w stosunku do jego podłoża dochodzi się do warstwy, która stanowi drogową ścieżkę między zdrową a chorą tkanką. Autor opisuje następnie swój sposób postępowania w rakach skóry, języka i jamy ustnej, w rakach gruczołu piersiowego i odbytnicy. W ten sposób można zaatakować operacyjnie nawet nieoperacyjne guzy i doszczętnie je usunąć. To samo dotyczy nawrotów po rakach gruczołu piersiowego i odbytnicy. Jest rzeczą oczywistą, że nie można dzisiaj jeszcze mówić o trwałych wynikach. Elektrycznym operacjom należy już obecnie udzielić dużo miejsca w zakresie chirurgji raka.

A. N e u m a n n (Baden—Wien).

J. KOWARSCHIK. **Galwanoterapia.** (Wien. kl. Woch. Nr. 10/1933).

Galwanoterapia okazuje się skuteczną jedynie przy zastosowaniu bardzo silnych prądów i długotrwałych seansach. Ażeby jednak uniknąć oparzeń, należy stosować duże elektrody (200 — 300 cm²), które przykładają się do ciała za pomocą wilgotnego materiału, ułożonego w 6 do 8 warstw. Albo też stosuje się jako elektrody kąpiele komorowe, w których zanurza się dużą część podudzia lub całe przedramię, a które łączy się ze źródłem prądu. Czas trwania jednego seansu wynosi 20 — 30 — 40 minut. Przy takim postępowaniu osiąga się dobre wyniki w nerwobólach, zapaleniach nerwów, rwie kulszowej. W uporczywej rwie kulszowej można galwanizować kończynę dolną w kierunku poprzecznym, stosując dwie szyny metalowe szerokości 8 cm. i długości 90 cm., które się odpowiednio wyściela kilka razy złożonym materiałem. W ten sposób można używać prądów o natężeniu 80 — 100 M. A. Nerwoból nerwu trójdzielnego leczy autor za pomocą maski twarzowej, która przykrywa jedną połowę twarzy. Oprócz nerwobólów prąd galwaniczny nadaje się do leczenia bólów mięśniowych, dalej schorzeń nerwów ruchowych, lecz również zapaleń stawowych (zniekształcających) i schorzeń naczyń obwodowych, jak: w *endarteriitis*, grożącej zgorzeli wskutek miażdżycy tętnic, moczówki cukrowej, choroby Raynaudda, kurczów naczyniowych.

A. N e u m a n n (Baden—Wien).

PFLIEGER A. M. Th. **Badania nad ośłrem i przewlekłym działaniem środków uśmierzających ból na narządy czuciowe skóry.** (Psychiatr.-Neurolog. Wschr. Nr. 17, 1934).

Autor przeprowadził szereg doświadczeń nad działaniem cibalginy, cibalginy z pantoponem i cibalginy z dormalginą na czucie ucisku, ciepłoty i bólu metodą Freya. W wyniku swych badań podaje, że cibalgina posiada tylko własności uśmierzenia bólów. *Optimum działania* po 40—50 min. (wstrzykiw.). Nadaje się do uśmierzenia bólu przewlekłego lub występującego z pewnymi przerwami, jeżeli będziemy ją podawali stale w ciągu dłuższego czasu w małych dawkach. Cibalgina w porównaniu z dormalginą działa szybciej i dłużej.

F. S i e n i c k i.

FREY E. **Przywracanie oddechu.** (Mediz. Welt. 1934, Nr. 5).

Autor wspomina o środkach, używanych do przywracania oddechu, wymieniając lobelinę i ikorę, a z szeregu środków pobudzających kamforę, kofeinę, adrenalinę i coraminę. W zatruciach środkami odurzającymi doskonale skutkuje coramina w większych dawkach. Jest ona cennym środkiem, aczkolwiek tylko pośrednio działa na serce.

F. S i e n i c k i.

I. MONAELESSER, Ch. TAGUET, A. GOSSET. **Leczenie stanów bólowych i guzów nowotworowych za pomocą wstrzykiwania jadu kobry.** (Bull. de l'Acad. de Médecine, T. 109, Nr. 11, 1933).

Od 1930 r. autorzy stosują jad kobry w 115 przypadkach nowotworów złośliwych; pierwsza dawka wynosi jedną myśią jednostkę t. zn. dawkę toksyczną dla myszy, ważącej 20 gr.; wstrzykiwania stosuje się co 3 — 5 dni, stopniowo powiększając dawki aż do 20 jednostek mysich jednorazowo. Większe dawki wywołują odczyn miejscowy bólowy, trwający parę godzin; odczynu ogólnego nie stwierdzono ani razu. Materiał autorów obejmuje przeważnie przypadki nowotworów złośliwych z przerzutami; większość obserwowanych chorych zmarła, wszystkie jednak przypadki przebiegały bez bólów, co sprawiało chorym znaczną ulgę. Na uwagę zasługują niektóre przypadki raków niewątpliwych, bo histologicznie rozpoznanych, gdzie leczenie jadem kobry, prócz zniesienia momentu bólowego, powodowało wstrzymanie procesu nowotworowego, a niekiedy nawet zupełne wyleczenie (rak języka, rak sutka). Dalsze badania kliniczne i doświadczalne są w toku.

Jakób P e n s o n.

Znieczulanie.

MOOSMANN K. i NADER R. **Nasze doświadczenia z Perkainą, stosowaną do znieczuleń lędźwiowych.** (Zntrbl. f. Chirurgie, 1933. Nr. 43).

Obserwacje autorów tyczą się 750 operacji, wykonanych w znieczuleniu lędźwiowym Perkainą. Na godzinę przed zabiegiem operacyjnym wstrzykiwano choremu morfinę lub pantopon, a w przypadkach niedomogi sercowej jeszcze kofeinę. Na kwadrans przed operacją chory otrzymuje zastrzyknięcie efedryny. Znieczulenia lędźwiowego dokonywano w pozycji siedzącej pacjenta, a wybór miejsca nakłucia wypadł na D12 i L1, L1 i L2 lub L3 i L4. Po powolnym wstrzyknięciu Perkainy układa się chorego nawznak, a kark zgina się tak, aby głowa była pod 20—25° kątem od poziomej linii położenia. Dla zapobieżenia groźnym objawom zapaści podaje się efetoninę. Wady serca, żółtaczkę, zatrucie, zaburzenia układu nerwowego są przeciwwskazaniem do stosowania znieczulenia lędźwiowego. Dr. M o o s m a n n wypróbował Perkainę na samym sobie. Pierwszy ból pooperacyjny odczuł on po upływie 9 godzin; trwanie zupełnego znieczulenia oznacza na 2½ do 4 godzin, po których jeszcze następuje 5—10 godzinny okres przytępienia wrażliwości. Na 750 operowanych przypadków w znieczuleniu lędźwiowym był tylko 1 przypadek pooperacyjnego zapalenia płuc. Układanie chorych w pozycji Trendelenberga zapobiega występowanie bólów głowy.

F. S i e n i c k i.

PHILIPOWICZ J. **Znieczulenie perkainą w operacjach żołądka.** (Znbl. f. Chirurg. Nr. 18, 1934).

Autor w ciągu 2 lat przeprowadził podane przez H e n s c h e n a, B a r u c h a, a polecane przez M a n d l a i innych znieczulenie jamy brzusznej za pomocą wlewania perkainy. Technika: Powłoki brzuszne znieczulają 2-u warstwowo ½ % roztworem Neotonokainy (R i c h t e r), zwilżając równocześnie w linii środkowej zewnętrzną powierzchnię otrzewny ściennej. Następnie przez otworek, zrobiony

w otrzewnie w linii środkowej, wprowadzał dren gumowy z otworkami bocznymi, o długości 10 cm., połączone ze strzykawką. Przez dren ten wlewał 1/2 % roztwór perkainy w ilości 20 ccm. W ten sposób znieczulał wewnętrzną powierzchnię otrzewny ściennej w obrębie rany operacyjnej, co stanowiło akt przygotowawczy do znieczulania narządów jamy brzusznej. Po niespełna dwu minutach można otworzyć otrzewną na całej długości. Następnie wstrzykiwał dalsze 20 ccm. roztworu perkainy tak, by zwilżyć sąsiadujące ze sobą odcinki otrzewny ściennej oraz kreskę okrężnicy i sieć. Potrząsaniem pacjenta rozprowadza się środek znieczulający. W dalszym ciągu wstrzykiwał za pomocą drenu dl. 20 cm. następne 20 ccm. roztw. perkainy do lewej okolicy podprzeponowej w kierunku wnęki wątroby. Po upływie 2-ch minut i ponownem potrząsaniu oraz umiarkowanie wysokiem ułożeniu miednicy — do *bursa omentalis* i wreszcie tą samą dawką znieczulał kręgosłup po odsłonięciu okrężnicy. Razem zużył 100 ccm. 1/2 % roztworu perkainy. U szczupłych osobników wystarczy 80 ccm. u otyłych natomiast zachodzi potrzeba uzupełnienia do 150 ccm. Po 2—3 minutach znieczulenie jest zupełne, tak, że można przeprowadzić nawet trudne rezekcje żołądka. Działanie toksyczne przy tej metodzie znieczulenia jest niewielkie i nie budzi obaw. Autor tą metodą przeprowadził 50 operacji na żołądku, wątrobie, śledzionie i wyrostku robaczkowym.

F. Siemicki.

CAFFIER P. **O niektórych właściwościach krótkotrwałego uśpienia Ewipanem w ginekologii.** (Schmerz-Narkose-Anästhesie, 1933. Nr. 2).

Przeciwwskazań do uśpienia Ewipanem dotąd nie ogłoszono; zaleca się jednak ostrożność w przypadkach dychawicy i wad serca wszelkiego rodzaju. Przypadek groźny, o jakim prelegent wspomina, został uratowany przez zastosowanie sztucznego oddychania, wdychanie tlenu i dożylnie zastrzyknięcie Coraminy.

F. Siemicki.

Choroby zakaźne.

HADFIELD, MAGEE i PERRY. **Rozpuszczanie włókniaka przez paciorkowca.** (The Lancet, 1934, Nr. 16).

Zagadnienie ważne, ponieważ wiąże się ze sprawą infekcji reumatycznej u dzieci. Autorzy stwierdzili, że szczepy paciorkowca hemolizującego, wyhodowane na buljonie, posiadają właściwości szybkiego rozpuszczania ludzkiej fibryny. Szczepy takie otrzymywano przeważnie z przypadków ciężkiej infekcji u ludzi. Wyrastały one na pożywkach w postaci kolonij szorstkich i były bardzo złośliwe dla myszy. Szczepy o mniejszej właściwości fibrynolitycznej wyrastały w postaci kolonij połyskujących i były dla myszy dużo mniej złośliwe.

Jerzy Fajwlewiec (Łódź).

F. SCHNAPEK. **W sprawie poronnego leczenia grypy.** (Wien. kl. Woch. Nr. 36/1933).

0,5 gr. mentolu z bardzo małymi ilościami oliwy w kapsułkach żelatynowych, przyjęte w ciągu 2 godzin, bywa znoszone bez żadnych dolegliwości, powoduje zaś w ciągu 18—24 godzin zupełny spadek gorączki. Nema kaszlu, ani kataru.

A. Neumann (Baden-Wien).

J. ZIKOWSKI. **Przyczynek do kliniki rumienia zakaźnego.** (Wien. kl. Woch. Nr. 27/1933).

Na podstawie 79 przypadków jednej epidemii podaje autor opis obrazu klinicznego. Autor również stwierdził znaczne zwiększenie się liczby komórek kwasochłonnych. Pod względem różniczkowo-rozpoznawczym uwzględniać należy różniczkę, odrę, szkarlatynę, rumień wielopostaciowy i osutki toksyczne.

A. Neumann (Baden-Wien).

DUKE. **O właściwościach ochronnych preparatu „Bayer 205” przeciw trypanozomiazie u ludzi.** (The Lancet Nr. 25, 1934).

Pojedyncza dawka 1 gr., podana dożylnie, chroni przed infekcją przez okres najmniej 113-dniowy, poczem powtórzona taka sama dawka chroni już tylko przez okres 3-tygodniowy. Czas ochrony jest proporcjonalny do liczby zastosowanych dawek. Preparat omawiany chroni lepiej przed *trypanosoma rhodesiense*, niż przed *t. gambiense*. Naogół wystarczy dla dorosłego dawka 1 — 1 1/2 gr. co 3 miesiące tak długo, jak człowiek wystawiony jest na możliwość infekcji.

Jerzy Fajwlewiec (Łódź).

Gruźlica.

NÉGRE. **Wartość metod serologicznych w rozpoznawaniu gruźlicy.** (Presse Médicale, Nr. 47, 1934).

Vernes podał modyfikację odczynu klązwkowania przy badaniu surowicy gruźlików, polegającą na tem, że do surowicy ludzkiej dodaje się koloidalnej zawiesiny organicznej lub mineralnej w ilościach coraz mniejszych. Autor w pracy swej porównywa wyniki, otrzymane przy badaniu metodą Vernesa i metodą wiązania dopełniacza. Oba odczyny wypadają dodatnio u chorych z czynnymi zmianami gruźliczymi. Nasilenie odczynu wzrasta w miarę rozwoju sprawy gruźliczej i zmniejsza się, gdy proces chorobowy cofa się. W stadiach końcowych choroby oba odczyny wypadają ujemnie. W przypadkach czynnej gruźlicy płuc odczyn Vernesa jest bardziej czuły od odczynu wiązania dopełniacza; w przypadkach nieczynnej gruźlicy płuc jest bardziej czuły odczyn wiązania dopełniacza. Oba więc odczyny uzupełniają się i oddają w rozpoznawaniu spraw gruźliczych duże usługi.

Jerzy Fajwlewiec (Łódź).

K. L. PESCH i P. UHLENBRUCK. **Odporność gruźlica a wiązanie dopełniacza.** (Z. Tbk. t. 66, z. 6).

Podana przez Pescha modyfikacja odczynu wiązania dopełniacza gruźliczego Neuberg-Klopstocka okazała się przy badaniach kontrolnych w 104 przypadkach pewnej gruźlicy ulepszeniem metody: liczbę dodatnich wyników udało się zwiększyć okragło o 20%. Odczyn jest w silnym stopniu swoisty. Wśród 71 kontrolnych przypadków otrzymano 2 wątpliwe nieswoiste wyniki, pozatem dwa dodatnie wyniki w wątpliwych klinicznie przypadkach. Silnie dodatnich swoistych odczynów nie spostrzegano również przy dodatnim odczynie Wassermann'a. Silnie dodatni odczyn wiązania dopełniacza gruźliczego można zatem z dużem prawdopodobieństwem użytkować dla rozpoznania gruźlicy płuc; natomiast ujemny odczyn nie przemawia przeciwko istnieniu schorzenia gruźliczego. Liczba dodatnich odczynów osiągnęła najwyższe wartości (90,9%) w wysiękowych postaciach gruźlicy płuc (zmiany stanu odczynowego drugorzędowo - alergicznego i trzeciorzędowo - alergicznego). Spada ona we wczesnych postaciach, względnie w naciekach wczesnych do 50% (ujemna anergia), z drugiej zaś strony w bardzo ciężkich śmiertelnych przypadkach do 68% (anergia z wyczerpania) i wreszcie w przypadkach, wykazujących skłonność do marszczenia się, do 70,6% w czynnych procesach marskich i do 40 w nieczynnych postaciach (anergia wskutek pokonywania zakażenia). Jeden raz wykonany odczyn wiązania dopełniacza gruźliczego nie posiada znaczenia prognostycznego. W 6 przypadkach ostrego gościa stawowego wynik odczynu wiązania dopełniacza gruźliczego był jednoznacznie ujemny.

Henryk J. Landau.

H. KLEESATEL. **Częściowa plastyka w przypadkach leczonych odmą.** (Z. Tbk. t. 66, z. 6).

Publikacje Sebestyána o pozaopłucnowem uwolnieniu płuc w leczeniu odmą stanowi powód do zaleca-

nia o wiele mniej powiklanej metody częściowej plastyki. Istnienie nawet niezupełnej odmy stanowi dobry warunek dla przeprowadzenia operacji torakoplastyki. W szczególnym stopniu dotyczy to również odmy obustronnej, gdyż nosiciele jej znoszą szczególnie dobrze zabieg chirurgiczny. Ilustrują to przytoczone opisy przypadków autora. Jako wniosek z tych doświadczeń wynika: warunki dla wykonania torakoplastyki są tem pomyślniejsze, im całkowiciej uda się uprzednio przestroić mały krwiobieg na ucisk płuca. Wyniki kliniczne częściowej plastyki w przypadkach, leczonych odną, wykazują, że tutaj stosunek pomiędzy stopniem ucisku a procesem chorobowym jest inny i znacznie pomyślniejszy, niż w plastyce bez odmy.

Henryk J. L a n d a u.

L. BERNARD. Leczenie gruźlicy płuc tiosiarczanem sodu i złota. (Paris méd. Nr. 1/1933).

Całokształt faktów, obecnie uzyskanych, pozwala potwierdzić wartość chryzoterapii. Należy stwierdzić, że chemioterapia może posiadać obecnie w preparatach złotych leki, których lekarzowi nie wolno lekceważyć; przeciwnie, ma on obowiązek stosowania ich w granicach, nakreślonych przez wskazania i przeciwwskazania do nich. Ma się tutaj do czynienia z czynnikami, których toksyczność nie pozwala na systematyczne stosowanie, i skłania do pewnej powściągliwości. Tak samo przyszłość wyjaśni pewne wątpliwości co do sposobu działania i sposobu użycia tych preparatów. M. M o l l e g a r d słusznie podkreśla, że tylko postępy chemii fizycznej będą mogły wyjaśnić te ciemne jeszcze punkty. Metody tej nie można porównywać z odną sztuczną, której ustępuje ona pierwszeństwo, lecz której skuteczność może ona uzupełnić, a nawet czasami może ona ją zastępować. Należy więc z ufnością posługiwać się dalej solami złota: w ten sposób okażemy pomoc wielu chorym, a jednocześnie nabierzemy doświadczenia w stosowaniu tych leków.

Henryk J. L a n d a u.

Choroby przemiany materji i gruczołów wewnątrzwydzielniczych.

F. RATHERY. Cukrzyca nerkowa a moczówka cukrowa. (Strasbourg méd. Nr. 11/1933).

U osobników normalnych nerki nie są bezwzględnie nieprzepuszczalne dla cukru gronowego, w moczu ich znajduje się minimalna ilość cukru. Składnik nerkowy odgrywa z pewnością rolę w każdym przypadku moczówki cukrowej. Inaczej trudnoby było zrozumieć fakt, że przy tym samym poziomie cukru we krwi, np. 200 mgr.%, jeden cukrzycowy chory wydalą 20 gr. cukru w litrze moczu, inny zaś — 40 gr. Autor jednak nie sądzi, ażeby czynnik nerkowy odgrywał rozstrzygającą rolę w patofizjologii tego zespołu. Jeżeli badać uważnie przemianę materji w cukrzycy nerkowej, stwierdza się, że nie jest ona przeważnie bynajmniej normalna. W pewnych przypadkach cukrzycy nerkowej znajduje się w moczu ciała ketonowe, tak, że jednocześnie występowanie w moczu cukru oraz acetonu, kwasu acetoocetowego i kwasu p-oksymasłowego nie pozwala wykluczyć rozpoznania cukrzycy nerkowej, t. j. cukrzycy o normalnym poziomie cukru we krwi. Fakt ten posiada doniosłe znaczenie praktyczne, gdyż dowodzi on, że nie jest się bynajmniej upoważnionym do zastrzykiwania insuliny osobnikowi z cukromoczem i ketonurją, jeżeli się nie określiło uprzednio zawartości cukru we krwi. Autor podkreśla fakt istnienia przypadków z naprzemian występującą cukrzycą nerkową i moczówką cukrową i podaje opis odpowiedniego przypadku. W pewnych przypadkach cukrzyca nerkowa

może istnieć pod tą postacią przez pewien czas (kilka miesięcy, czasami nawet kilka lat), poczem przechodzi w zwykłą moczówkę cukrową ze zwiększoną zawartością cukru we krwi. Autor odróżnia trzy postaci cukrzycy nerkowej: 1) Czysta cukrzyca nerkowa: istnieje cukromocz z normalnym lub obniżonym poziomem cukru we krwi, zastrzyknięcie cukru nie wywołuje patologicznego odczynu hiperglikemji. Ta postać cukrzycy może się nieskończenie długo utrzymywać bez zmiany. 2) Cukrzyca nerkowa, wklajająca się następnie moczówką cukrową. Autor uważa, że nie każda prawdziwa moczówka cukrowa musi być pochodzenia wysepkowego, zaś wszelka moczówka cukrowa pochodzenia wysepkowego lub nie może stanowić zejście cukrzycy nerkowej. 3) Istnieje wreszcie trzeci typ cukrzycy nerkowej, w którym występują szczególne zaburzenia w przemianie węglowodanowej, różniące się wyraźnie od zwykłej moczówki cukrowej. Ta postać cukrzycy nerkowej wklajac się może acetonurją. Istnienie najbardziej nawet typowej cukrzycy nerkowej nie pozwala na stawianie ostatecznego rozpoznania i rokowania. Chorych takich należy obserwować latami i zwracać przytem należy uwagę na możliwe przejście cukrzycy nerkowej w moczówkę cukrową.

Henryk J. L a n d a u.

R. D. LAWRENCE, R. A. Mc CANEL. Moczówka prosta i cukrowa u tej samej osoby. (The Lancet. T. 1, Nr. 2—1933).

Niektóre objawy kliniczne cukrzycy i moczówki prostej są wspólne. Oba te schorzenia b. rzadko występują u tej samej osoby. Autorzy w piśmiennictwie znaleźli tylko dwa tego rodzaju przypadki, opisane przez A l l a n a i R o w n t r e e. Przypadek autorów dotyczy 26-letniego mężczyzny, który leczyl się przez rok z powodu cukrzycy; chory został odcukrzony przy pomocy odpowiedniej diety i małej dawki insuliny. Po roku chory ponownie zgłosił się do szpitala; badanie moczu wykazało: ciężar gat. 1003, cukru 0,4%, dobowo moczu 6000 cm.³ Wstrzykiwanie insuliny (40 jednostek dziennie) nie wpływało na poliurję. Wobec podejrzenia moczówki prostej wykonano zdjęcie czaszki, które nie wykazało odchylen od normy. Reakcja W a s s e r m a n n a we krwi dała wynik ujemny. Autorzy rozpoznali jednak u chorego moczówkę prostą, towarzyszącą cukrzycy, i rozpoczęli wstrzykiwania insuliny z pituitryną; poliurja znacznie obniżyła się, a c. gat. moczu wzrósł do 1015. Przypadek autorów zasługuje na uwagę ze względu na fakt, że w opisanych przez A l l a n a przypadkach moczówka prosta wyprzedziła znacznie powstanie cukrzycy, podczas gdy w przypadku autorów było przeciwnie.

Jakób P e n s o n.

H. F. ROOT, P. WHITE, A. MARBLE. Zaburzenia gospodarki wapniowej w przebiegu cukrzycy. (Archives of Inst. Med., Nr. 1—1934).

Autorzy opisują dwa przypadki rozległego odwapnienia kości w przebiegu cukrzycy; w jednym doszło do złamania kręgu piersiowego. W przebiegu cukrzycy często występuje ujemny bilans wapniowy. Badania zębów na materiale autorów dowodzą, że dzieci chore na cukrzycę, leczone racjonalnie dietą i insuliną, mają dobre uzębienie; natomiast dzieci, źle leczone, a zwłaszcza te, które przechodziły stany śpiączki cukrzyczej, wykazują niedostateczne uzębienie i rozległe sprawy próchnicowe. Do zaburzeń gospodarki wapniowej autor zalicza częste w przebiegu cukrzycy sprawy miażdżycowe serca, aorty i tętnic, zmiany w soczewce oka oraz kamieć żółciową i trzustkową. Należy chorym na cukrzycę dostarczać w diecie wapń oraz witaminę D. Głównymi pokarmami, zawierającymi wapń, są mleko, ser i jaja.

Jakób P e n s o n.

Streszczenia pojedyncze.

Choroby serca i naczyń.

A. PYTEL. **W sprawie różniczkowania między varix aneurysmaticus v. saphenae magnae a przepukliną udową.** (Wien. kl. Woch. Nr. 40/1933).

Tętniakowate rozszerzenia żyły skórnej odpiszczelowej w otworze owalnym dość łatwo naśladowują przepuklinę udową i dość często były z tego powodu poddawane leczeniu chirurgicznemu. Przed pomyłkami tego rodzaju chroni objaw pomruku, który był po raz pierwszy opisany przez G u r b a l a i H e r t l a, w ostatnich zaś czasach przez K a r d e, a który powstaje, jeżeli guz w otworze owalnym ucisnąć lekko palcem, przyczem chory wprawia jednocześnie w ruch tłoczną brzuszną; objaw ten przemawia za tętniakiem naczynia.

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

R. ROESSLER. **Niedomoga krążenia wskutek porażenia naczyń.** (Wien. kl. Woch. Nr. 2/1933).

Porównanie działania preparatów szeregu adrenalinowego: adrenaliny, efetoniny, sympatolu pozwala na wyciągnięcie następujących wniosków. Najsilniejsze działanie, jeżeli chodzi o zwężanie naczyń obwodowych, rozszerzanie naczyń wieńcowych, spotęgowanie wydolności mięśnia sercowego, wywiera adrenalina, lecz w ustroju staje się ona szybko nieczynna. Silne działanie na serce, a przytem dłużej utrzymujące się posiadają efedryna i efetonina, lecz zwężanie naczyń przez nie jest niewystarczające; przy powtarzaniu dawek działanie ich słabnie; po większych dawkach pobudzające działanie na serce przechodzi w uszkadzające jego mięsień. Celowem i w niedomodze naczyniowej bardzo silnego stopnia nadwyzczaj skutecznem okazuje się połączenie adrenaliny i efetoniny, a mianowicie, efedralina. Pośrednie miejsce pomiędzy adrenaliną a efetoniną zajmuje sympatol, który szczególnie łączy w sobie ich zalety, nie posiadając ich wad. Dobre usługi wyświadczają poprzez ośrodek naczynioruchowy, jeżeli tylko można go jeszcze pobudzić, wziewania 5 — 8% CO₂. Środki, posiadające punkt uchwytu w ośrodku naczynioruchowym, jak: kofeina, kamfora i strychnina, kardiazol, koramina i heksaton mogą działać jedynie wtedy, gdy mięsień sercowy jest wydolny.

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

G. ÉTIENNE, G. RICHARD. **Dziedziczność nadciśnienia tętniczego.** (Bull. de l'Académie de Med. T. 109, Nr. 18—1933).

Liczni autorzy stwierdzili dziedziczenie nadciśnienia; V a q u e z np. sądzi, że istnieją rodziny, których członkowie w pewnym wieku wykazują nadciśnienie pomimo stosowania wszelkich ostrożności i diety. L a b b é, T i n e l, D o n n e r opisują dziedziczność nadciśnienia stałego oraz napadowo przebiegającego. Materiał autorów obejmuje 1150 przypadków nadciśnienia przewlekłego; w 637 przypadkach stwierdzono wyraźny charakter rodzinny cierpienia. Autorzy opisują rodziny, gdzie w 4 generacjach stwierdzono 24 przypadki nadciśnienia. Autorzy zwracają uwagę, że niesłusznie uważają przymiot wrodzony lub nabyty, jako ważny czynnik etiologiczny nadciśnienia; autorzy jedynie w 97 przypadkach stwierdzili przymiot. Jakób P e n s o r.

GEBHARDT. **O zmianach drobnych naczyń wątrobowych w nadciśnieniu.** (Dtsch. Arch. klin. Med. t. 175, z. 5).

Autor uwidaczniał układ drobnych naczyń wątroby u chorych z nadciśnieniem za pomocą metody S p a t e h o l z a nastrzykiwania i przejaśniania. Przy tego rodzaju postępowaniu nie udało się wykryć w wątrobach chorych z nadciśnieniem czerwonym wyraźniejszych odchyłań od normy w morfologii naczyń włosowatych. W przeciwieństwie do tego preparaty, które pochodziły od chorych białych, którzy zginęli wskutek mocznicy, wykazywały wybitne zwężenie

światła naczyniowego. Autor rozważa krytycznie ten fakt i wskazuje na to, że w pozornie na pierwszy rzut oka nieco ubocznym, głównie żylnym zespole naczyniowym istnieją zmiany, pozostające w zgodzie ze spostrzeżeniami nad naczyniami włosowatymi powierzchni ciała i w narządach wewnętrznych.

Henryk J. L a n d a u.

CUTLER i LEVINE. **Leczenie chirurgiczne dławicy piersiowej.** (Presse Médicale, 1934, Nr. 46).

Autorzy usuwali gruczoł tarczowy u chorych na dławicę piersiową mimo braku widocznych zmian w tym gruczole, otrzymując dobry efekt leczniczy. Wyszli z następujących założeń. 1) U chorych na chorobę B a s e d o w a po zabiegu operacyjnym szybko ustępują objawy niedomogi ze strony narządu krążenia nawet, o ile zmiany te były dość zaawansowane. 2) U chorych na *myxoedema* podanie preparatów tarczycy czasami wywołuje objawy dławicy piersiowej, która dotychczas pozostawała w stanie utajonym. 3) Szybkość obiegu krwi jest równoległa do przemiany podstawowej. 4) Jednak w sensie wpływu tarczycy na układ krążenia niema ścisłej równoległości z przemianą podstawową, mimo to u tych chorych usunięcie tarczycy przywraca sercu normalny rytm. 5) Istnieje niewątpliwie związek pomiędzy czynnością serca a szybkim odcinkiem nerwu współczulnego z jednej strony oraz pomiędzy tym ostatnim a gruczolem tarczowym — z drugiej. Od grudnia 1932 roku wykonali autorzy całkowitą tyreoidektomję w 16 przypadkach dławicy piersiowej. Po zabiegu we wszystkich przypadkach zupełnie ustępowały bóle anginalne mimo odstawienia wszelkich leków. Chorzy stawali się bardzo czynni. Przemiana podstawowa wykazywała mniejsze liczby. Sądzą, że zabieg nie tylko usuwa bóle, ale i przedłuża życie chorego. Wytlumaczenia efektu leczniczego podać nie umieją. Jeżeli lekarz i chory decydują się na zabieg operacyjny, należy przedtem dokładnie określić przemianę podstawową, badanie czynnościowe szeregu narządów wewnętrznych, ilość krwi krążącej i szybkość obiegu krwi. Przy zabiegu należy bardzo uważać, żeby nie zranić nerwu zwrotnego i nie usunąć przytarczyczek. Jerzy F a j w l e w i c z (Łódź).

Choroby krwi i narządów krwiotwórczych.

K. FELLINGER i R. KLIMA. **Badania nad niedokrewnościami w marskości wątroby.** (Wien. kl. Woch. Nr. 40 1933).

Wśród 48 przypadków marskości L a ë n n e c o w s k i e j we wszystkich jej okresach znaleźli autorzy 14 przypadków z normalnym obrazem krwi, 30 z niedokrewnością. Z tych ostatnich 12 miało wskaźnik ≈ 1 (*normochromaemia*) lub nieco mniejszy od 1 (*hypochromaemia*), podczas gdy w 18 istniała wyraźna *hyperchromaemia*. 4 przypadki wykazywały zwiększenie liczby czerwonych ciałek krwi. Można przytem stwierdzić, że w początkowych przypadkach obraz krwi odpowiada przeważnie normochromemji lub hipochromemji, w silniej wyrażonych i w okresach końcowych częściej hipochromemji. Przypomina on jednak również pod pewnemi innymi względami niedokrewność złośliwą (zwiększenie liczby retikulocytów). Dodać należy, że w kościach długich często znajdowano czerwony szpik kostny. W większości przypadków istniała leukopenia umiarkowanego stopnia (około 4000 białych ciałek krwi). A. N e u m a n n (Baden-Wien).

A. LEMAIRE, P. LAMBIN. **Zagadnienie anemji złośliwej w świetle nowych poglądów.** (Le Sang T. 7, Nr. 2, 1933).

Autorzy podają dokładny obraz kliniczny anemji złośliwej idjopatycznej, specjalnie uwzględniając badania C a s t l e a i jego współpracowników, którzy dowiedli, że anemji złośliwej towarzyszy brak czynnika antianemicznego, zawartego w żołądku osoby zdrowej. Anemja złośliwa o etiologii zna-

nej nie różni się hematologicznie od idjopatycznej; achylja natomiast i powikłania rdzeniowe występują rzadziej i są mniej natężone. Opoterapia i badania *C a s t l e a*, zdaniem autorów, wprowadziły znaczne zmiany w zapatrywaniach na patogenę anemii złośliwej. Przed erą opoterapii anemja złośliwa zwykle trwała około 5 lat, przebiegając ze zwolnieniami i nawrotami; zejście było zawsze niepomysłne. Leczenie wątroba i żóładkiem, poparte w ciężkich przypadkach przetaczaniem krwi, daje prawie zawsze poprawę szybką i długotrwałą. Anemja złośliwa jest chorobą z braku jakiejś nieznanej substancji, znajdującej się w śluzówce żołądka: wobec tego, że po wycięciu żołądka mijają lata, zanim wystąpi anemja, należy przypuścić, że czynnik *C a s t l e a* zawarty jest i w niższych odcinkach przewodu pokarmowego. Usunięcie przyczyny, wywołującej anemię złośliwą o etiologii znanej i szybka poprawa obrazu klinicznego i hematologicznego nasuwa przypuszczenie przejściowej niedoczynności czynnika *C a s t l e a*. Niedoczynność tego rodzaju może zależeć od zaburzeń wchłaniania czynnika przeciwanemicznego, zawartego w śluzówce żołądka, lub też od zwiększonego zapotrzebowania ustroju na tę substancję. Hemoliza natomiast, występująca napadowo w przebiegu anemii złośliwej, zależna od toksyn jelitowych lub pozajelitowych, stanowi przejściowe powikłanie w przebiegu schorzenia, a nie objaw podstawowy. *Jakób P e n s o n*.

J. G. GREENFIELD, E. O'FLYNN. Zmiany rdzeniowe w przebiegu anemii złośliwej. (The Lancet I. 2, Nr. 2—1933).

Materiał autorów obejmuje 45 przypadków anemii złośliwej z powikłaniami rdzeniowymi; wszystkie przypadki były przez cały czas obserwacji racjonalnie leczone wątroba i prawie zawsze osiągnęto znaczną poprawę w obrazie krwi, objawy jednak rdzeniowe postępowały i były powodem zejścia śmiertelnego w znacznym odsetku przypadków. Porównując wyniki badań autopsyjnych z materiałem dawnym, nieleczonej preparatami wątroby, autorzy wyciągają niepokojący wniosek; okazuje się bowiem, że zmiany anatomo-patologiczne rdzenia są rozległe pomimo leczenia wątroba, i nie różnią się od zmian obserwowanych przed erą wątrobową. Na uwagę zasługuje fakt, że w przypadkach, leczonych wątroba, stwierdza się bardzo rzadko zajęcie pęczków bocznych rdzenia. Być może, że dla zapobiegania powstawaniu zmian rdzeniowych należy stosować znacznie większe dawki preparatów wątroby i żołądka. *Jakób P e n s o n*.

K. BIELING. Zawrót Ménière'a w czerwienicy. (Med. Klin. Nr. 42/1933).

Autor podaje opis przypadku, w którym istniał ścisły związek między zespołem *M é n i è r e a* a stwierdzoną policytemją. Wraz z ustąpieniem policytemji ustąpił również zespół *M é n i è r e a*. Uderzające było również szybkie zmniejszenie się liczby czerwonych ciałek krwi i idące z nim równoległe cofanie się objawów zespołu *M é n i è r e a* pod wpływem podawania splenotratu. *Henryk J. L a n d a u*.

I. VONKENNEL. Przyczynek do zespołu objawów agranulocytozy. (Medizinische Klinik 4/30 1934).

Większość autorów stoi dziś na stanowisku, że dana sprawa jest objawem wyjątkowo ciężkiego zakażenia ogólnego rozmaitego pochodzenia, a *H a r t w i c h* sądzi, że w większości przypadków toksyny, wydzielane przez umiejscowione sprawy zakaźne, powodują uszkodzenie szpiku kostnego w sensie porażenia leukopoezy. Tę samą rolę mogą odgrywać środki lecznicze nieobojętne, częstokroć podawane, a w pierwszej linii salwarsan, którego benzol ma własność zmniejszania liczby leukocytów krwi. Pierwszym objawem jest zmniejszenie się liczby granulocytów, a dopiero przez to otwiera się droga dla zakażeń wtórnych. Szczególnie w czasie leczenia kily rtęcią, salwarsanem, bizmutem, złotem czy malarją zjawiają się czasem objawy identyczne z zespołem agranulocytozy *S c h u l t z a*.

które nieraz są poprzedzane przez wyraźne swędzenie. Autor uważa za konieczną stałą kontrolę morfologiczną krwi w czasie leczenia przeciwkłowego; o ile hemogram wykazuje tendencję do spadku liczby granulocytów — należy przerwać natychmiast leczenie specyficzne. Istnieją duże możliwości samoistnego wyzdrowienia. W jednym przypadku agranulocytozy w przebiegu szczepionej malarji nastąpiło bardzo szybkie wyleczenie przy zastosowaniu dużych dawek cukru gronowego i małych ilości krwi domięśniowo od dawcy z tej samej grupy.

Alfred E t t i n g e r.

R. DINOLT. Przyczynek do agranulocytozy objawowej. (Wien. kl. Woch. Nr. 39/1933).

W związku z lekką sprawą zakaźną, zapaleniem płuc i opłucny, przy dobrym stanie ogólnym i samopoczuciu wystąpiła ciężka agranulocytoza. Jako przyczynę jej należałoby prawdopodobnie uważać przeprowadzaną przed trzema miesiącami kurację szczepionką durową. Po przeprowadzeniu leczenia bodźcowego (wstrzykiwania 2 cm.³ mleka Xiphal) nastąpiło wyleczenie zapalenia płuc i agranulocytozy.

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

Choroby kobiet i położnictwo.

M. SCHARMAN. Przyczynek do badań nad przemianą podstawową w ginekologii i w położnictwie. (Wien. kl. Woch. Nr. 28/1933).

Badania wykazały związek pomiędzy jajnikami a przemianą podstawową, szczególnie zaś pomiędzy jajnikami a swoiście dynamicznym działaniem białka. W ciąży, począwszy od jej 5 — 6 tygodnia aż do piątego miesiąca księżycowego, można stwierdzić spotęgnowanie się swoiście dynamicznego działania białka o przeszło 15%. Po piątym miesiącu ciąży swoiście dynamiczne działanie białka staje się ujemne. Tak samo w przewlekłych procesach przydatków wykazały badania ujemne działanie swoiście dynamiczne białka. Po usunięciu torbielowatych jajników ujemne przedtem swoiście dynamiczne działanie białka staje się dodatnie w fizjologicznych granicach.

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

B. KRISS i S. HIRSCHHORN. Badania nad przemianą węglowodanową w ciąży i połogu. (Wien. kl. Woch. Nr. 20/1933).

Autorzy badali u 34 ciężarnych i 10 położnic przemianę węglowodanową za pomocą metody *S t a u b a i T r a n g o t t a*. Metoda polega na tem, że w godzinę po pierwszym podaniu cukru następuje drugie. Normalnie opadająca już krzywa cukru we krwi nie podnosi się już, natomiast u cukrzycho chorych następuje wzniesienie się krzywej. Za pomocą tej próby wykazali autorzy, że w większości przypadków w ciąży istnieje zmniejszona wydolność narządu wysepkowego, nawet w takich przypadkach, w których ani zawartość cukru we krwi naczcho nie była zwiększona, ani nie udało się wykazać cukromoczu. Zaburzenia te cofają się po pewnym czasie po porodzie.

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

PENANHOAT Y. Hormonoterapia jajnikowa w świetle doświadczeń klinicznych. (Le Bullet. Méd., 1933. Nr. 38).

Agomensina dawała znakomite usługi w krótkotrwałych brakach miesiączkowania, szczególnie u młodych dziewcząt. W przypadkach podobnych u osób starszych trzeba było przez dłuższy czas leczyć chore dla otrzymania dodatnich wyników. W bolesnem miesiączkowaniu Agomensina nie dawała dodatkowych rezultatów, natomiast zmniejszała ona obfite krwawienia. Sistomensina dawała znakomite wyniki w krwotokach zapalnego pochodzenia, zwłaszcza w okresie dojrzewania płciowego. Mniej korzystne dawała skutki w przypadkach zaniku miesiączki, uzyskując uregulowanie perjdów. W bolesnem miesiączkowaniu otrzymano dobre wyniki, których jednak autor nie może dokładnie oznaczyć. Ze względu na wzajemne

uzależnienie wielu gruczołów, zwłaszcza biorących udział w życiu płciowym kobiety, autor przekłada leczenie wielogruzołowe nad traktowanie poszczególnymi przetworami zastępczymi.

F. S i e n i c k i.

COLEBROOK i HARE. Leczenie zakażenia połogowego, wywołanego przez streptococcus pyogenes organicznymi przetworami arsenu. (The Lancet, Nr. 8, 1934).

Podano wyniki leczenia 66 przypadków. Jeżeli się zaczyna stosowanie organicznego związku arsenu jeszcze, kiedy działanie paciorkowca ujawniło się tylko w tkankach narządu rodowego, to proces nie idzie dalej, to znaczy — nie doprowadza do zakażenia ogólnego. Efekt leczniczy jest mniej dobry, kiedy już doszło do zakażenia ogólnego, a więc, kiedy hodowla ze krwi już wypada dodatnio; ale i w tych razach widział czasami dobre wyniki.

Jerzy F a j w l e w i c z (Łódź).

G. G. BEMIS. Badania kliniczne nad awertyną w ginekologii i położnictwie. (Amer. J. Obst. and Gyn. Nr. 5/1933).

Awertynę można stosować bez żadnego niebezpieczeństwa i z dużym powodzeniem dla znieczulania podstawowego w odpowiednio dobranych przypadkach chirurgicznych. Wpływ awertyny na układ krwionośny i oddechowy jest nieistotny. Niepożądanymi odczynami, występującymi po awertynie, były porażenia układu krwionośnego i oddechowego. Widocznymi czynnikami, uspasabiającymi do wystąpienia tych objawów, są wstrząs, ciężka toksemia, nadciśnienie. Całkowita amnezja, brak bezpośredniego podniecenia przedoperacyjnego, zmniejszenie ilości eteru, potrzebnego do znieczulenia, spokojniejszy przebieg pooperacyjny stanowią te zalety, które przemawiają za stosowaniem awertyny w ginekologii. Autor nie miał przypadków śmierci, spowodowanych bezpośrednio przez awertynę, lecz u 3 pacjentek wystąpiło ostre zatrucie: u dwóch wskutek zakażenia ogólnego, u jednej wskutek ostrej niedrożności jelit nastąpiła śmierć, do której przyczyniło się porażające działanie awertyny. Ostrożność stosowania awertyny w położnictwie podczas porodu jest bardzo ograniczona wskutek tego, że stosowaniu awertyny w dawkach, wystarczających do uśmierzania bólów, stoi na przeszkodzie fakt powstrzymywania postępowania porodu. Dalej ograniczeniu ulega stosowanie awertyny z powodu jej względnie krótkiego zadawalającego działania. Rodzące stają się często pod wpływem awertyny bardzo niespokojne, nie współdziałają i nie dają się kierować przez położnika. Poporodowy bezwład macicy z nieprawidłowo silnym krwawieniem spotyka się dość często. Awertyna nie wywiera widocznego wpływu ujemnego na dziecko.

H. L.

Choroby dzieci.

E. NOBEL. Hodowla wcześniaków. (Wien. kl. Woch. Nr. 12/1933).

Głównymi niebezpieczeństwami, zagrażającymi wcześniakom, są: 1) niedostateczna regulacja cieplna, 2) trudności w żywieniu, 3) podatność na zakażenia dróg oddechowych. Regulacji cieplnej nie osiąga się już obecnie za pomocą wylęgarek, gdyż jest ważną rzeczą, ażeby dostarczyć dziecku świeżego powietrza. Dlatego lepsze są ogrzewające parasole lub skrzynki, które ogrzewa się lampkami elektrycznymi. Głowa dziecka znajduje się nazewnątrz skrzynki. Trudności w ssaniu i polykaniu trzeba często pokonywać za pomocą żywienia przez zgłębnik, często jednak wystarcza karmienie łyżeczką. Bywają jednak wcześniaki, które dobrze ssą. Najlepsze pożywienie stanowi ewentualnie odciągane mleko matczyne, które w razie potrzeby można stężyć cukrem. Zakażenia dróg oddechowych mają często swe źródło w dorosłych z otoczenia niemowlęcia, którzy mają kaszel lub katar. Dlatego też należy wcześniaków możliwie odosabniać, gdyż inaczej łatwo

powstają zapalenia płuc, których przeważnie nie można rozpoznać za pomocą badania fizykalnego, lecz tylko dzięki objawom pośrednim, jak: szaro-sinawe zabarwienie powłok, duszność, oddychanie skrzydełkami nosa, katar i kichanie, napady zamartwicz przy braku gorączki lub ciepłotach subnormalnych.

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

H. LEHNDORF. W sprawie leczenia stanów niedokrewnościowych w wieku dziecięcym. (Wien. kl. Woch. Nr. 25/1933).

Powyżej 40% niemowląt, karmionych piersią, i około 60% karmionych z butelki wykazuje niedokrewność tak, iż kiedyś mówiono o niedokrewności fizjologicznej, lecz dzieci, których niedokrewność się leczy, rozwijają się lepiej, niż nieleczone. Żelazo w dużych dawkach należy uważać za środek swoisty. Niedokrewności silnego stopnia lepiej odpowiadają na żelazo, niż nieznaczne. W pierwszych miesiącach życia nie widzi się szybkich wyników, występują one dopiero w końcu pierwszego półrocza, („Eisenreife“ według F i n k e l s t e i n a). Poza zwiększeniem się ilości hemoglobiny poprawia się łaknienie, waga, humor i sen. Podawana wcześniakom od pierwszych tygodni życia żelazo działa zapobiegawczo przeciwko zakażeniom. Najprostszym preparatem jest *Ferrum reductum* podawane niemowlętom w dawce 0,1 — 1,0 gr. dziennie. Ponieważ skuteczne są tylko sole żelazowe, w razie podejrzenia niedokrewności należy dodawać do tego kwasu solnego, albo podawać wprost chlorek żelazowy, który jest zawarty w tabletkach Ferrostabil. Istnieje, oczywiście, prócz tego całe mnóstwo innych preparatów żelaza. Jeżeli chodzi o leczenie niedokrewności miedzią, niema jeszcze dotychczas dostatecznego materiału praktycznych wyników. Dalszą zdobycz leczniczą stanowi leczenie wątrobowe. Zarówno w celach leczniczych, jak i zapobiegawczych można skutecznie łączyć ze sobą leczenie wątrobą i żelazem. Najskuteczniejszym preparatem wątrobowym jest świeża wątroba, podawana niemowlętom w ilości 10 — 15 gr. na kilogram wagi ciała, krótko smażona lub gotowana, przecierana jako dodatek do zupy, jarzyny, purée z ziemniaków lub papek mlecznych. Zamiast wątroby można stosować znajdujące się w handlu preparaty wątrobowe. Ważna jest ochrona niemowląt przed zakażeniami. Pod względem dietetycznym ogranicza się podawanie mleka, wcześniej zaczyna się dokarmiać, jarzyny, owoce, podawanie możliwie wszystkich witamin. Ważna jest ochrona przed krzywicą. O ile potrzebne są przetaczania krwi, należy je wykonywać w szpitalu. Natomiast wśródmięśniowe wstrzykiwania krwi w ilości 5—20 cm.³ można wykonywać również w domu. Przed rozpoczęciem leczenia niedokrewności należy możliwie usunąć jej przyczynę (kiła, zapalenie miedniczek nerkowych, inne procesy ropne).

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

MAIZELS i SMITH. Biegunki dziecięce, zagadnienie odwodnienia i zapalenia ucha środkowego. (The Lancet Nr. 25, 1934).

Jeżeli schorzenie omawiane występuje u dzieci poprzednio zdrowych, rokowanie przeważnie może być dobre; może być początek łagodny i burzliwy, gdy jednak mijają pierwsze objawy — dziecko szybko wraca do zdrowia. U dzieci natomiast z podupadłym stanem odżywiania, zwłaszcza u dzieci wyniszczonych rokowanie jest daleko gorsze; początek może tu być łagodny, jednak schorzenie ma przebieg przewlekły, daje częste nawroty, prowadząc czasami do niepomysłnego zejścia. Procesy biochemiczne są w tem schorzeniu bardzo złożone w tkankach i sokach ustrojowych; stwierdzamy acidozę, utratę płynów, utratę soli i objawy toksjemii. Profilaktyka może w tem schorzeniu wiele zdziałać. W leczeniu najważniejsze jest uwzględnienie momentu odwodnienia. Płynny należy podawać doustnie, podskórnie, dootrzewnowo i dożylnie. Doustnie węglan sodu 1/2 — 1% z 5% glukozą; podskór-

nie glukozę 5% z 0.45% solą kuchenną; stosowanie dootrzewnowe posiada ten walor, że można wprowadzić duże ilości płynów naraz. W przypadkach pilnych dajemy dożylnie 10 ccm. płynu na kilo wagi (7.5% glukozę), a przy objawach acidozy 5% glukozę z $\frac{1}{2}$ — 1% roztworem węglanu sodu. Autor nie miał dobrych wyników po przelewaniach krwi, zalecanych przez autorów amerykańskich. Czasami przy objawach acidozy dobrze działa glukoza z insuliną, na co jednak, zdaniem autora, decydować się wolno tylko w szpitalu przy stałej kontroli krwi. W dużym odsetku przypadków o niepomysłnym zejściu notuje się w przebiegu choroby zapalenie ucha środkowego (w 41 przypadkach na 68).

Jerzy F a j w l e w i c z (Łódź).

Choroby skóry, weneryczne i płciowe.

LEPINAY i GRÉVIN. **Przyczynę do badań nad odczynem Freia.** (Bull. de la Soc. Franç. de Derm. et de Syphil. 1933 Nr. 5).

Autorowie wykonywali odczyn F r e i a u 79 chorych wenerycznie prostytutek wyznania muzułmańskiego i żydowskiego w Casablance. Jako antygen używano emulsji mózgu małpy, zakażonej ropą z dymienicy chorych na *lymphogranulomatosis* N i c o l a s - F a v r e a. Pracowano z zachowaniem wszystkich ostrożności, wymaganych przez R a v a u t, i notowano tylko odczyny wyraźne i długo się utrzymujące. Ze wszystkich chorych tylko u jednej wystąpił odczyn wyraźnie dodatni, grudka utrzymywała się ponad 2 tygodnie i pozostawiła pigmentację widoczną jeszcze po upływie 10 miesięcy. Chora ta miała uporczywe owrzodzenie u wejścia do pochwy, które było odporne na wszelkie leczenie, aplikowane od wielu miesięcy. Towarzyszyła mu adenopatja pachwinowa. Nie było to owrzodzenie weneryczne, ani kilowe, czy gruźlicze. U tej chorej dokonano całego szeregu odczynów doskórnych z różnymi bardzo czułymi antygenami *lymphogranulomatosis* i z każdym razem otrzymywano wybitnie dodatni odczyn F r e i a. Co się tyczy typowego schorzenia N i c o l a s - F a v r e a, to obserwowano w ciągu ostatnich 2 lat 12 przypadków na oddziale autorów. U wszystkich chorych odczyn F r e i a był wyraźnie dodatni, zaś odczyny kontrolne z temi samymi antygenami u osób, dotkniętych różnymi innymi schorzeniami — zawsze ujemne. Na uwagę zasługuje przypadek chorego z szankrem miękkim i adenopatją pachwinową, który wyleczył się szybko pod wpływem wlewań „Dmelcosu“ i spokoju. Znalezione w owrzodzeniu laseczniki D u c r e y a, jednak goiło się ono niezwykle opieszale, a w końcu zatraciło swój charakter wrzodu miękkiego i w rozmazach nie można już było wykryć pałeczek. Wykonano odczyn F r e i a, który wypadł dodatnio. Równolegle z odczynem F r e i a wykonywano odczyn I t o - R e e n s t i e r z a szczepionką „Dmelcos“; przyczem brano pod uwagę jedynie odczyny wyraźnie dodatnie, te zjawiały się na drugi dzień po szczepieniu i utrzymywały się przez pewien czas, osiągając od początku swe *maximum*. Silniejsze odczyny dawały żydówki o białej skórze. W grupie 79—u chorych w 35,4% odczyn ten zawiódł, tyczyło się to chorych z niewątpliwymi owrzodzeniami wenerycznymi i ujemnym odczynem. Wydaje się, że odczyn jest tem pewniejszy, im później się go wykazuje, i im większe adenopatje wykazują chorzy.

Alfred E t t i n g e r.

K. BEINTEMA. **Pseudobromoderma (Brocq, Pautrier, Fernet) jest blastomykozą.** (Ann. de Derm. et de Syphil. Maj 1933).

Schorzenie zostało po raz pierwszy opisane przez B r o c q a, którego określenie jest ogólnie uważane za klasyczne. „Sprawa rozpoczyna się małą grudką z podniesieniem naskórka w centrum. Grudka szybko się powiększa, po 48

godzinach ulega owrzodzeniu i sączy płyn białawy ropny, nieraz z domieszką krwi. Po 3 — 4 dniach owrzodzenie dochodzi do wielkości srebrnego franka. Można w nim rozróżnić 3 pasy: 1) obwodowy rumieniowy, 2) pośredni, utworzony przez wyniosły wał i 3) centralny owrzodzący o dnie krwawem. Nieraz część centralna jest pokryta strupem. Powstają coraz liczniejsze wykwitki, które się łączą ze sobą i ulegają coraz głębszym owrzodzeniom. Niektóre częściowo zablizniają się. Schorzenie trwa miesiące, a nieraz i lata. Rokowanie jest złe, chory traci siły, i zwykle następuje charłactwo i śmierć“. Autor opisuje przypadek, w którym udało się wyhodować ze krwi grzybek. Z grzybka tego sporządzono szczepionkę. Chora reagowała na każde wstrzyknięcie do- lub podskórne szczepionki powstawaniem wykwitów, zupełnie podobnych do powstających samoistnie. Podobny przypadek miał jeden z kolegów autora u 68-letniej kobiety. Oba były leczone z bardzo dobrym wynikiem jodkiem potasu. Autor sądzi, że chorzy B r o c q a dlatego tylko umierali, że nie byli leczeni jodkiem potasu.

Alfred E t t i n g e r.

Choroby nerwowe i psychiczne.

A. EDELMANN. **W sprawie stawiania rokowania w ropnych zapaleniach opon mózgowych.** (Wien. kl. Woch. Nr. 17, 1933).

Ocena prognostyczna ropnych zapaleń opon mózgowych bywa często trudna. Gramdodatnie drobnoustroje w rozmazie pierwotnym czynią rokowanie bezwzględnie niepomyślnem. Z gram-ujemnych zarazków prątki influenzy i F r i e d l a e n d e r a, gonokoki dają złe rokowanie. W razie stwierdzenia meningokoków rokowanie zależy od liczby znalezionych drobnoustrojów, jest ono lepsze, gdy zarazków jest mało, gorsze, jeżeli znajduje się ich dużo. Jeżeli nie stwierdza się zupełnie drobnoustrojów, rokowanie jest pomyślne, nawet, jeżeli posiew wykaże obecność meningokoków. Jeżeli ani rozmaz, ani posiew nie wykażą żadnych drobnoustrojów, rokowanie jest bezwzględnie pomyślne.

A. N e u m a n n (Baden — Wien).

G. STIEFLER. **O chorobie Heine-Medina i jej nagminnym występowaniu w Austrii Górnej.** (Wien. kl. Woch. Nr. 19, 1933).

W przeciwieństwie do nagminnego zapalenia mózgu choroba H e i n e - M e d i n a występuje głównie w miesiącach letnich, jednakże uważane przez amerykańskich autorów za przenosieli choroby owady letnie nie wchodzić jako takie w rachubę. Roznoszenie choroby odbywa się raczej w pierwszym rzędzie za pośrednictwem zdrowych przenosieli. W okresie przedporażennym istnieją bóle krzyża, karku i głowy, gorączka, oponowe objawy podrażnieniowe, jak: bóle, przypominające nerwobóle, wzdłuż tułowia, względnie przy seidzeniu. Ważne jest w tym okresie badanie odruchów skórnych i ścięgowych (różnice między stroną prawą a lewą) i nakłucie lędźwiowe, które ujawnia podniesienie ciśnienia płynu mózgowo - rdzeniowego, a posiada obok tego ważne znaczenie lecznicze (wykonywać należy je w pozycji leżącej, płyn należy wypuszczać powoli), z powodu objawów opuszkowych należy zwracać uwagę na serce i oddychanie. Dalej, jeżeli nie ma się do dyspozycji surowicy ozdrowieńców, ani odpornościowej surowicy końskiej P e t t i t a, należy wstrzykiwać wśródmięśniowo krew rodziców lub wogóle krew dorosłych. Później natomiast wstrzykuje się surowicę. Wyżej podane zabiegi lecznicze działają najlepiej w okresie przedporażennym, lecz również i później, dopóki proces jest czynny. W leczeniu pozostałych porażań najskuteczniejszą okazała się galwanizacja metodą K o w a r s c h i k a (duże elektrody, silne prądy).

A. N e u m a n n (Baden — Wien).

Streszczenia pojedyncze.

Patologia kliniczna i doświadczalna.

H. BOUCHER. Kamica żółciowa wskutek braku witamin. (Monde méd. Nr. 826 1933).

Autor zwraca uwagę na trzy rodzaje przyczyn (anatomico - patologiczne, fizjopatologiczne i doświadczalne), które powinny nas skłonić do uwzględnienia roli awitaminoz w patogenezie kamicy żółciowej. Dane anatomico-patologiczne mamy do zawdzięczenia R o w s i n g o w i, który zwrócił uwagę, że wśród materiału sekcyjnego w Kopenhadze stwierdza się obecność kamieni żółciowych wewnątrzpęcherzykowych u 5% osób, które nigdy w życiu nie wykazywały żadnych dolegliwości kamicowych. Fizjologia wykazuje w awitaminozach szereg rozmaitych przyczyn humoralnych, które lekarze uważają za sprzyjające wypadaniu cholesteryny w pęcherzyku żółciowym: brak mydeł alkalicznych, spowodowanych brakiem kwasów tłuszczowych lub tłuszczów, pochodzących z pożywienia, brak kwasów żółciowych wskutek upośledzenia czynności wątroby, brak zasad, chwiejność koloidalna cholesteryny i t. d. Doświadczenia F u j i m a k i e g o na białych szczurach i myszach, żywionych pokarmami, nie zawierającymi witaminy A, wykazały, że, jeżeli zwierzęta udaje się dostatecznie długo utrzymać przy życiu, prawie u wszystkich powstają kamienie w woreczku żółciowym, miedniczkach nerkowych i pęcherzu moczowym. Autor przypuszcza, że zmiany nabłonka błony śluzowej woreczka żółciowego, spowodowane przez awitaminozę, nie pozwalają im zubożeniemu zaczynowi ścinającemu, zbliżonemu do protrombiny krwi. Zastój płynów wydzielniczych, związanych z mniejszą żywotnością tkanek pod wpływem braków w pożywieniu, pozwala na łatwiejsze wtargnięcie drobnoustrojów do jałowych jam; powoduje to dopływ leukocytów z ich wszystkimi czynnymi zaczynami i częściowe zniszczenie nabłonków. Wytwarzanie podłoża dużych kamieni pozostaje w związku z wysiewami zapalnymi, spowodowanymi przez cykl rozwojowy drobnoustrojów i analogicznymi do wysiewów we wszystkich chorobach przewlekłych. Przyczyny początkowych objawów kamicy żółciowej należy zatem doszukiwać się w zagażeniu zaczynów i przeciwczynów, które są normalnie zawarte w nabłonkach pęcherzyka żółciowego i ujawniają swoje działanie w minimalnych ilościach, a które są, być może, identyczne z samymi witaminami. Pod wpływem braku witamin z powodu nieodpowiedniego żywienia zaczynają przeważać zaczyny leukocytów powodujące krzepnięcie, leukocytów, przyciągniętych tutaj przez wtargnięcie drobnoustrojów; być może, tem należy tłumaczyć stosunkowo późne występowanie objawów kamicy w awitaminozie A. Teoria awitaminozy w patogenezie kamicy żółciowej dobrze się wiąże z klasycznymi przyczynami zastoju i zakażenia drobnoustrojowego, opisanymi już dawno jako te, które wywołują kamice. Teoria awitaminozy daje się też zupełnie pogodzić z rodzinnym występowaniem kamicy żółciowej, co może pozostawać w związku z niewłaściwym żywieniem się wszystkich członków rodziny.

Henryk J. L a n d a u.

F. SALUS. W sprawie ośrodkowo-nerwowej regulacji czerwonego obrazu krwi. (Dtsch. Arch. klin. Med. t. 175, z. 2).

Autor podaje opis 5 przypadków, w których istniały zaburzenia w ośrodkowym układzie nerwowym oraz zmiany w czerwonym obrazie krwi. W pierwszym przypadku istniała narkolepsja po zapaleniu mózgu z utratą napięcia afektywnego i zaburzeniami potencji. W klinice spostrzegano szereg napadów. W okresie napadu narkoleptycznego istniała erytrocytoza, podczas gdy w czasie niezaburzonego snu liczba czerwonych ciałek krwi była normalna. W drugim i trzecim przy-

padku była samoistna narkolepsja z utratą napięcia afektywnego i erytrocytozą bez zaburzeń ze strony gruczołów wewnątrzwydzielniczych. Przypadek czwarty przedstawiał ctyłość po zapaleniu mózgu z lekkim parkinsonizmem i erytrocytozą. W piątym przypadku, w którym stwierdzono przy badaniu pośmiertnem mięsaka lewego płata czołowego, obok objawów śródmózgowo - przysadkowych istniały oznaki poliglobulji. We wszystkich przypadkach liczba czerwonych ciałek krwi i retikulocytów oraz ilość hemoglobiny były zwiększone. W 2 przypadkach zwiększona była pozątem liczba białych ciałek krwi, w 3 — kwasochłonnych, w jednym — komórek tucznych, w jednym stwierdzono myelocyty. W jednym przypadku zwiększona była ilość pośrednio wykrywanej bilirubiny w surowicy. W 2 przypadkach była zwiększona zawartość urobilinogenu w moczu. Zewnętrznie wyglądali chorzy, jak t. zw. „czerwoni policytemicy”. Śledziona w żadnym przypadku nie była powiększona, nie stwierdzono również podniesienia ciśnienia krwi. Wszystkie te objawy dowodzą wzmożonej czynności szpiku kostnego, co dowodzi jej zależności od wpływów ośrodkowo - nerwowych. Miarodajnego dla narkolepsji pola zaburzeń poszukiwać należy nie tylko w kierunku ogonowym, lecz również nieco w kierunku grzbietowym od tego miejsca, które wchodzi w rachubę w otyłości pochodzenia mózgowego, z drugiej zaś strony leży ona w kierunku twarzowym od istoty czarnej (*substantia nigra*). Tę samą okolicę mózgu należy z dużym prawdopodobieństwem wiązać miejscowo z regulacją odradzania się i rozpadu czerwonych ciałek krwi i z „mózgową poliglobulją”.

Henryk J. L a n d a u.

P. MERKLEN, H. GOUCELLE. Chlor krwinkowy jako wskaźnik do chlorowania w przebiegu azotemji. (Ann. de Médecine, Nr. 1—1934).

Opierając się na danych piśmiennictwa i na szeregu przypadków własnych, autorzy przychodzą do wniosku, że w przebiegu azotemji z chloropenją należy przeprowadzać chlorowanie jedynie w przypadkach, gdzie zubożeniu w chlor ulegają krwinki. Obniżenie chloru w osoczu przy normalnym lub wysokim ładunku chloru krwinek jest przeciwwskazaniem do chlorowania. Autorzy podają szereg przypadków azotemji z chloropenją w osoczu, gdzie chlorowanie wywołało znaczne pogorszenie ogólnych objawów oraz obrzęki i wzrost azotemji; w przebiegu tych przypadków przez cały czas obserwacji chlor krwinkowy był podwyższony lub w granicach normy.

Jakób P e n s o n.

Lecznictwo.

I. G. KNOFLACH. Doświadczenia z tutofusyną i możliwości stosowania jej w chirurgji i nieszczęśliwych wypadkach. (Wien. kl. Woch. Nr. 37/1935).

Wlewania tutofusyny są lepsze niż wlewania soli kuchennej, a w pewnych przypadkach mogą one zastąpić przetaczanie krwi.

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

N. JAGIĆ. O zapobieganiu naparstnicowem. (Wien. kl. Woch. Nr. 1/1933).

Autor rozumie pod „zapobieganiem naparstnicowem” stosowanie naparstnicy w przypadkach serca bez objawów niedomogi w sytuacjach, które mogą doprowadzić do niedomogi jego. Tak więc uważa on za celowe podawanie naparstnicy przed każdym zabiegiem chirurgicznym bez względu na stan serca przez kilka dni. Rozpoznanie zapalenia płuc służy jednocześnie jako wskazanie do podawania naparstnicy, to samo dotyczy również innych chorób zakaźnych, dalej nadczynności gruczołu tarczowego, w której łączy się ze sobą naparstnicę i chininę. „Zapobieganie naparstnicowem” stanowi wreszcie po-

dawanie z przerwami preparatów naparstnicy w wadach zastawkowych serca w okresach zupełnego wyrównania.

A. Neumann (Baden-Wien).

H. KRAUS. **Rozbudowa leczenia czynnościowego pacjentów po nieszczęśliwych wypadkach czynną gimnastyką.** (Wien. kl. Woch. Nr. 19/1933).

W Klinice Denka stosuje się systematycznie u pacjentów po nieszczęśliwych wypadkach ćwiczenia gimnastyczne.

A. Neumann (Baden-Wien).

STREHL. **Objawy uboczne w leczeniu wielkimi dawkami Coraminy.** (M. m. W. 1933 Nr. 21).

Autor badał wpływ Coraminy w napadach padaczki, porażenia z osłabieniem krążenia oraz w wypadkach podczas uspienia. Zauważył on po zastosowaniu Coraminy u 2 chorych napady kurczów padaczkowych. Napady te zupełnie ustaiły po 30 sekundach. St r. przypisuje ten objaw hiperwentylacji, via alkalozu, mogącej spowodować napady kurczów. Dla zapobieżenia podobnym stanom autor zaleca powolne i ostrożne dokonywanie wstrzykiwań.

F. Sienicki.

T. SPIEGEL. **Z dziedziny stosowania Coraminy.** (M. m. W. 1932 Nr. 20).

73-letnia chora wątłej budowy, chora na odoskrzelowe zapalenie płuc i zaburzenia w małym krążeniu. Zastrzyknięto: 5,5 cm.³ Coraminy, skutek błyskawiczny. Sinica ustępuje miejsca zaróżowieniu twarzy. Oddych głęboki wydalanie gęstej płwociny. Zastrzykiwania powtarzane przez 5 dni, podtrzymując wpływ ich przez doustne podawanie Coraminy po 40 kropli 4 razy dziennie. Wyzdrowienie.

F. Sienicki.

Gruźlica.

CH. LESTOCQUOY. **Gruźlica gruczołów oskrzelowych.** (Monde méd. Nr. 821, 1933).

Rozwój naszych pojęć klinicznych, dotyczących gruźlicy gruczołów oskrzelowych, zawdzięczamy głównie postępom techniki rentgenowskiej. Możliwe jest obecnie wykrycie powiększonych gruczołów na prawym i lewym brzegu tchawicy, na prawym brzegu serca, nawet w śródpiersiu tylnym, bądź opierając się na cieniach, dawanych przez same gruczoły, bądź stwierdzając przesunięcia narządów i rozszerzenia szpiał naczyń. Coraz bardziej objawy radiologiczne biorą górę nad umiejscawiającymi objawami klinicznymi, których małą wartość wykazały prace krytyczne Arm and-D elille a, L est o c q u o y a, V i b e r t a oraz prace R i s t a i L e v e s q u e a. Lecz byłoby przesadą chcieć wnioskować z cienia radiologicznego o charakterze gruźliczym powiększenia gruczołów, a większą jeszcze przesadą określać w ten sam sposób charakter anatomiczny tego powiększenia gruczołów, ażeby móc postawić rokowanie. Metody badania, któremi rozporządzamy, nie mogą być stosowane bez niebezpieczeństwa jedna bez drugiej, zaś badanie dziecka, mające na celu wykrycie gruźlicy gruczołów oskrzelowych, może dać dodatnie wyniki tylko wtedy, jeżeli opiera się ono na następujących elementach: 1) zdjęcie rentgenowskie, wykrywające istnienie powiększenia gruczołów i pozwalające obserwować okresy rozwoju; 2) znajomość zakażenia gruźliczego w środowisku rodzinnym; 3) sprawdzenie istnienia zakażenia zapomocą próby skórnej; 4) poszukiwanie prątków K o c h a w treści żołądkowej, które powinno dawać kilka razy wynik ujemny, zanim odrzuci się możliwość odpowiedniego czynnego procesu płucnego. Obserwacja objawów ogólnych w połączeniu z badaniem rentgenowskim, przeprowadzanem w odstępach jedno- lub kilkomiesięcznych, pozwala jedynie różniczkować pomiędzy postaciami masywnego serowacenia, częstszymi u osesków, a postaciami uleczalnymi, nacieczeniem gruźliczem z częściowem serowaceniem, spostrzeganiami u większych dzieci.

Henryk J. L and a u.

J. ZALESKAJA-SUCHOWA. **Dzieci z ujemnym odczynem tuberkulinowym i ich stosunek do przychodni.** (Borba z Tuberk. Nr. 11-12, 1933).

Z zasady dzieci z ujemnym odczynem tuberkulinowym nie powinny pozostawać w ewidencji przychodni przeciwgruźliczych. Wyjątek stanowią: a) dzieci z rodzin, obciążonych gruźlicą, b) dzieci ze schorzeniami dolnych dróg oddechowych (zapalenia płuc i opłucny, przewlekłe nieżyty oskrzeli) dla celów rozpoznawczych. Rozpoznanie braku gruźlicy u dzieci postawić można dopiero po dokładnych badaniach kliniczem, biologicznem i rentgenologicznem. W szerokiej praktyce przychodni można się ograniczać do wykonywania próby M a n t o u x do drugiego rozcieńczenia (0,001 mgr. starej tuberkuliny) włącznie.

Henryk J. L and a u.

J. PEISER. **Los niemowląt, zagrożonych gruźlicą.** (Z. Tbk. t. 65, z 5-6, 1932).

Zagrożone gruźlicą są nie tylko te niemowlęta, które znajdują się w otoczeniu osobnika, o którym wiadomo, że wydziela prątki; z 27 niemowląt, zmarłych na gruźlicę, w 25,9% przypadków źródło zakażenia pozostało niewykryte. Śmiertelność z powodu gruźlicy niemowląt, zagrożonych gruźlicą w domu, zmniejszyła się w ostatnich latach bardzo znacznie. Autor sam znalazł śmiertelność z powodu gruźlicy wśród zagrożonych nią w domu niemowląt zaledwie w wysokości 6 — 7%. Los niemowląt zagrożonych gruźlicą zależy od czasu, kiedy następuje zakażenie, od rozmiarów pierwszego zakażenia i dodatkowych zakażeń oraz od ujawnionych rozmiarów procesu chorobowego. Ostatnią zaporą przeciwko zakażeniu gruźlicą jest karność kaszlowa osoby prątkującej. Niebezpieczeństwo, wiszące nad życiem niemowląt, zagrożonych gruźlicą, zmniejsza się, począwszy od 3 roku życia. Skoro dochodzą one do wieku szkolnego, są one dwa razy silniej zagrożone zapadnięciem na gruźlicę, aniżeli dzieci w tym samym wieku, pochodzące z tego samego środowiska. Ponieważ jednak nie ustępują one pod względem rozwoju fizycznego dzieciom tego samego wieku, pochodzącym z tego samego środowiska, to zwiększoną zachorowalność na gruźlicę należy położyć na karb zbyt nieznacznej wrodzonej oporności albo zbyt malej nabytej odporności. Dlatego też wskazana jest wzmocniona ochrona niemowląt przed zakażeniem gruźliczem.

Henryk J. L and a u.

LAFFORGUE i G. ANDRIEU. **Gruźlicze parareumatyczne zapalenia opłucny.** (Paris méd. Nr. 8, 1932).

Wśród zapaleń opłucny, zjawiających się w przebiegu lub po ostrym gościec stawowym, są zapalenia pochodzenia gruźliczego: te przypadki, uważane dawniej za wyjątkowe, okazują się coraz częstszymi w miarę tego, jak się uczymy lepiej je rozpoznawać. Systematyczne poszukiwania gruźliczego *ultravir* zwiększą ich liczbę. Obraz kliniczny tych gruźliczych parareumatycznych zapaleń opłucny, aczkolwiek wykazuje czasem pewne objawy i cechy nieco szczególne, nie wystarcza do odróżnienia ich od właściwych zapaleń opłucny gościecowych. Wzór cytologiczny tych zapaleń opłucny nie wykazuje koniecznie typu limfocytnego gruźliczych zapaleń opłucny; zdarza się, że w płynie przeważa element śródłonkowy, jak w prawdziwych gościecowych zapaleniach opłucny. Wzór cytologiczny zatem stanowi jedynie niepewny wskaźnik rozpoznawczy. Rozpoznanie można postawić z pewnością tylko zapomocą szczepienia płynu opłucnowego śwince morskiej (przyczem wyniki jego są tem pewniejsze, im bardziej udoskonalonych metod użyto) lub zapomocą posiewów na pożywkach wybiórczych, z których pewne ostatnio wynalezione przedstawiają wyborowe warunki dla rozwoju prątka. Ponieważ wiemy, że właściwe gościecowe zapalenia opłucny i surowiczo-włóknikowe zapalenia opłucny pochodzenia gruźliczego występują najchętniej u osobników w tym samym wie-

ku (od 15 do 35 lat) i wykazują największą częstość w tych samych porach roku, powyżej podane wiadomości kliniczne mogą stanowić pożyteczną wskazówkę w codziennej praktyce lekarskiej.

Henryk J. L a n d a u.

LAFFORGUE i G. ANDRIEU. Gruźlicze zapalenia płucny rzekomo-gośćcowe. (Paris méd. Nr. 8, 1932).

Wśród zapaleń płucny, występujących w przebiegu ostrego gośćca wielostawowego, istnieją takie, które są pochodzenia gruźliczego; przypadki te, uważane za wyjątkowe, kiedy jeden z autorów demonstrował kilka takich przykładów, okazują się częstszymi, jeżeli się starać lepiej je zidentyfikować. Systematyczne poszukiwanie ultrawirusu gruźliczego zwiększy ich liczbę. Wygląd kliniczny tych zapaleń płucny gruźliczych rzekomo-gośćcowych, aczkolwiek wykazuje czasami mało nieco swoiste pewne oznaki lub objawy, nie wystarcza do różniczkowania ich ze ściśle gośćcowymi zapaleniami płucny. Wzór cytologiczny tych zapaleń płucny nie musi wykazywać bezwzględnie typu limfocytarnego gruźliczego zapalenia płucny; bywa on wielokształtny, i zdarza się, że przeważają w nim elementy śródbłonkowe, jak w samym gośćcowym korowem zapaleniu płucny; stanowi więc on niepewną tylko wskazówkę rozpoznawczą. Rozpoznanie może być postawione z pewnością tylko zapomocą szczepienia płynu z płucny świnie morskiej — metoda ta daje tem pewniejsze wyniki, im bardziej udoskonalone jej modyfikacje stosuje się — lub zapomocą hodowli na wybiórczych pożywkach; niektóre z nich, ostatnio wynalezione, przedstawiają wyborne warunki dla rozmnażania się i wzrostu prątków.

Henryk J. L a n d a u.

H. PAILLARD. Kaszel powodujący wymioty u gruźlików. (Le Journal Médical Français, luty, 1932).

Wymioty po kaszlu mogą występować w każdym okresie rozwojowym gruźlicy. Uważano je dawniej za pewien rodzaj dyspepsji. Zdaniem autora, aczkolwiek pewne objawy dyspepsji, przeładowanie żołądka, tachifagia, zmęczenie po jedzeniu mogą współistnieć, jednakże nie są one przyczyną wymiotów pokaszlowych („toux émétisante”) u gruźlików. Przebieg jest następujący: Chory zjadł z mniejszym lub większym apetytem, nie odczuwając, poza pewnym wrażeniem pełności, żadnych dolegliwości. W przerwie między jedzeniem a kaszlem chory może odczuwać wzdęcie w okolicy nadbrzusza i duszność. Po 15 — 20 minutach zjawia się kaszel, zazwyczaj gwałtowniejszy, suchy, chory nie może oddać płwociny; kaszel męczący bardzo, który kończy się zwróceniem zawartości żołądka. Cechą charakterystyczną jest brak mdłości, można powiedzieć, że nagle, niespodzianie (gdyby chory już nie był pouczony poprzednim doświadczeniem) ostatnia kaskada kaszlu zastąpiona jest wymiotami. Chory czuje się po tem dobrze i chętnie zabiera się do ponownego jedzenia, ale już w mniejszych ilościach. Zjawisko to zdarza się częściej wieczorem, niż po obiedzie, występuje okresowo, szczególnie w okresach zmęczenia i przepracowania i wywiera ujemny wpływ psychiczny na chorego. Mechanizm jest taki sam, jak przy wymiotach w koklusz: podczas napadu kaszlu następuje szereg wdechów, gdy podczas następnego kaszlu głośnia jest zamknięta, zrealizowane zostaje zjawisko aspiracji w klatce piersiowej i, jeżeli odźwiernik jest drożny, zawartość żołądka przechodzi do przełyku. Zdaniem autora, jedzenie dlatego powoduje kaszel, że przyczynia się ono do rozciągnięcia żołądka, uniesienia lewej połowy przepony, ucisku lewej podstawy płuca, nadmiernej wentylacji, która drażni, być może, zmiany w szczytach. Wyjaśnienie powyższe zgodne jest z obserwacjami autora, który spostrzegał wymioty pokaszlowe w przypadkach, w których od podstawy lewego płuca wymagana jest większa praca np. *pyopneumothorax* po str. prawej ze zniesieniem oddychania po tej stronie

wraz ze zmianami szczytowymi po stronie lewej; zjawisko omawiane jest natomiast nie spotykane u chorych po przebiegu zapalenia lewostronnego płucny ze zrostami z przeponą. Autor daje następujące, wypróbowane przez 20 lat, wskazówki lecznicze: 1° powolne jedzenie, z dokładnem przeżuwaniem pokarmów (unikanie aerofagji); 2° odpoczynek po jedzeniu na kanapie lub w fotelu i wypicie małej ilości bardzo gorącej herbaty; 3° krótka inhalacja tlenu w momencie, kiedy chory czuje zbliżanie się napadu kaszlu.

H. S z p i d b a u m.

Choroby płuc.

NEUMANN W. Krwotoki płucne w czasie miesiączki. (Ars Medici, 1932. Nr. 6).

Zastępcze krwawienia w czasie miesiączkowania nie powstają z normalnych płuc, a conajmniej istnieć musi ognisko włókniste gruźlicy z tętniakiem jako źródło krwawienia. Celowe jest podawanie Coagulenu w zastrzykiwaniach lub do wewnątrz, oprócz zwykłych zabiegów, tamujących krwawienie. Zaleca się nadto dokonanie zdjęcia rentgenowskiego płuc oraz próba z tuberkuliną podług M a n t o u x, aby zgodnie z ich stanem przeprowadzić właściwe leczenie. W przypadkach większych zmian, ewent. rozpadowych, wskazane jest leczenie sanatoryjne.

F. S i e n i c k i.

DAVIDSON. Odma podskórna w przypadku dychawicy oskrzelowej. (The Lancet, Nr. 23, 1934).

Dziewczynka 9-letnia cierpiała na dychawicę oskrzelową od 8-miu lat. W czasie napadu dychawicy po silnym ataku kaszlu wystąpił nagle silny ból w lewej połowie klatki piersiowej. Ból trwał kilka sekund, poczem dziecko spało przez 8 godzin, a po przebudzeniu narzekało na sztywność i bóle w okolicy karku. Przy badaniu stwierdzono rozległą odnę podskórną w okolicy karku, szyi i górnej połowy klatki piersiowej. Odma ustępowała powoli. Autor przypuszcza pęknięcie pęcherzyka płucnego w płucu lewym i przedostanie się powietrza przez tkankę śródmiąższową płuca, potem przez śródpiersie do okolicy karkowej.

Jerzy P a j w l e w i c z (Łódź).

Choroby jamy ustnej, gardła, nosa i uszów.

M. BRÜNNER-ORNSTEIN. Przyczynę do różniczkowania i leczenia zaburzeń połękowych. (Wien. kl. Woch. Nr. 12/1933).

Bardzo cennym i pewnym pomocniczym środkiem rozpoznawczym okazało się pośrednie obmacywanie elastyczności, średnio-szerokimi zgłębnikami (bougie), które w zwężeniach kurczowych przełyku dają elastyczny opór z możliwością przejścia przez zwężone miejsce zapomocą łagodnego ucisku, podczas gdy w raku opór okazuje się twardy, niepodatny. Wśród łagodnych zwężeń najgorsze rokowanie dają przypadki pierwotnych rozszerzeń bez kurczów, lepsze — przypadki bezwładu przełyku bez jego rozszerzenia. W obu przypadkach stosuje się wewnętrzną faradyzację. W kurczu wpustu, względnie przełyku (*cardiospasmus*, *oesophagospasmus*) stosuje się leczenie zgłębnikiem djatermicznym. Te przypadki dają najlepsze rokowanie.

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

E. PHLEPS. O zwężeniach przełyku w następstwie płonicy. (Zeit. f. Hals., Nas. u. Ohr., t. 32, z. 1).

Zwężenia przełyku poszkarlatynowe występują b. rzadko. Zmiany anatomiczne polegają na martwicy ściany przełyku i owrzodzeniu. Zejście powikłania tego rodzaju jest przeważnie śmiertelne. Im osobnik, dotknięty tem cierpieniem, jest starszy, tem rokowanie jest bardziej pomyślne. W tych przypadkach dochodzi do zwężenia bliznowatego przełyku, co wymaga leczenia przy pomocy rozszerzania. A. przytacza

przypadek poszkarlatynowego zwięzienia przelyku u 6-letniego dziecka, które zostało zupełnie wyleczone.

J. T e n c e r

P. ARDONIN. Różniczkowanie między szankrem kiłowym, rakiem i gruzlicą wrzodzącą migdałków podniebiennych. (Monde méd. Nr. 836/1933).

Cztery czynniki, jak się wydaje autorowi, odgrywają rozstrzygającą rolę w stawianiu rozpoznania: zabarwienie powłok, jedno-lub obustronność zmian, liczba ich, czas trwania i przebieg. Zabarwienie posiada ogromne znaczenie: czerwono - fioletkowe zabarwienia szankra kiłowego (czerwień poziomkowa P o r t m a n n a) nie można zapomnieć, ani pomylić z ciemno - czerwonym zabarwieniem raka, ani żółtawo-szaremu gruzlicy. Jednostronność zmian powinna budzić bezpośrednio podejrzenie i pozwolić na postawienie rozpoznania na podstawie objawów drugorzędnych szankra albo raka. Liczba wykwitów jest również ważnym objawem. Szankier i rak występują pojedynczo, podczas gdy inne podobne schorzenie gardła dają często zmiany mnogie. Wreszcie czas trwania zmian (tak różny w szankrze, raku i gruzlicy, jak również w innych schorzeniach zapalnych gardła) stanowi zasługujący na uwagę moment rozpoznawczy, który sam przez się powinien nadawać określony kierunek rozpoznaniu. Nie pragnąc bynajmniej wyrzec się cennych danych, dostarczanych przez próbne wycięcie i badanie drobnowidzowe, które zresztą w przypadkach podejrzanego lub stwierdzonego raka jest nie tylko pożądane, lecz nawet obowiązkowe, gdyż rozstrzyga o rozpoznaniu, rokowaniu i leczeniu, laryngolog uzyskuje za pomocą prostego badania chorego dostateczne podstawy do postawienia rozpoznania. W każdym przypadku, w którym szczególny objaw budzi jego podejrzenie, powinien on myśleć o sprawach, które, nie będąc rzadkie, wychodzą jednak poza ramy codziennych spostrzeżeń. W szczególności niewolno zapominać o przymiocie, raku i gruzlicy gardła i należy zawsze starać się postawić rozpoznanie na podstawie badania klinicznego, oczyma, palcami i zdrowym rozsądkiem.

Henryk J. L a n d a u.

Choroby narządów trawienia.

S. Milton GOLDHAMER. Leczenie marskości wątroby wyciągami z wątroby. (Arch. of Int. Med. T. 53, Nr. 1, 1934).

Autor opisuje przypadek marskości wątroby z obrazem anemii hiperchromowej, makrocytowej z normalną zawartością kwasu solnego w soku żółdkowym; w przypadku tym uzyskano bardzo dobry wynik leczniczy przez stosowanie wstrzykiwań wyciągów z wątroby. Autor wychodzi z założenia, że substancja czynna, przeciwanemiczna, powstająca w żółtku, gromadzi się w wątrobie; uszkodzenie wątroby może być powodem niedostatecznego zużywania czynnika przeciwanemicznego, co prowadzi do powstawania anemii, podobnej do anemii złośliwej, nie wykazującej natomiast achylji. Być może, że ten sam czynnik uszkodzenia wątroby odgrywa rolę w genezie innych niedokrewności o typie zbliżonym do anemii złośliwej bez zmian w śluzówce żołądka, np. w anemii ciężarnych. Autor cytuje przypadki z piśmiennictwa, dotyczące marskości wątroby z anemią hipochromową o typie makrocytowym.

Jakób P e n s o n.

CHIRAY, MARCOTTE i Le CANNET. Leczenie przewlekłego zapalenia pęcherzyka żółciowego. (Presse Médicale, Nr. 48, 1934).

Zabiegi lecznicze, podane przez autora, zmierzają do usunięcia dolegliwości w okresach międzynaapadowych, gdy chodzi o *cholecystitis calculosa*, względnie w okresach pomiędzy poszczególnymi zaostrzeniami procesu chorobowego, gdy nie wchodzi w grę kamica żółciowa, jako podstawa, czy skutek schorzenia pęcherzyka. Dużą wartość leczniczą posiada

elektroterapia, zwłaszcza djatermia, która łagodzi bóle, zmniejsza skłonność do stanów kurczowych pęcherzyka, wreszcie obniża poziom cholesterolu we krwi. Seanse djatermiczne powinny z początku być stosowane codziennie, potem w odstępach coraz dłuższych; powinny trwać 30 minut przy amperażu od 1½ do 2; najmniej potrzeba 20 — 30 seansów. Możliwe, że dużą przyszłość w leczeniu tych stanów chorobowych nacie będzie stosowanie krótkich fal. Czasami dobre wyniki daje stosowanie rozmaitych kombinacji ziół. Ze środków chemicznych, zmierzających do antyseptyki żółciowej, dobre wyniki dają uroformine, zasadowe thiosulfaty, kombinacja kwasu salicylowego z heksametylenotetraminą i t. p. Autorzy stwierdzili dobry efekt leczniczy po stosowaniu dożylnem soli wapnia oraz wyciągu przytarczycza domięśniowo. Dawali oni codziennie lub co drugi dzień dożylnie 5 ccm. 10% roztworu chlorku wapnia razem 10 — 15 zastrzyknięć, potem zaś wyciąg przytarczycza. Po tem leczeniu napady bólowe występują rzadziej, nasilenie bólu zmniejsza się, samopoczucie się poprawia, chorzy przybierają na wadze. Autorzy przyjmują, że hiperkalcemia działa na kurczliwość woreczka żółciowego poprzez układ błędno - społeczny.

Jerzy F a j w l e w i c z (Łódź).

E. MENLENGRACHT. Leczenie krwotoków żołądkowo-dwunastniczych bez ograniczeń diety. (Klin Woch. Nr. 2, 1934).

Autor wychodzi z założenia, że przy krwotokach na tle wrzodu żołądka lub dwunastnicy należy dążyć do wzmocnienia wykrwawionego ustroju, aby uczynić go zdolnym do odnowy i gojenia tkanek; od 2 lat autor stosuje już od pierwszego dnia krwawych wymiotów lub krwawych stolców dietę obfitą, składającą się z mięsa, ryb, jarzyn, owoców, chleba i masła. Obserwacje autora, poczynione na 119 przypadkach, wykazały, że wyżej opisana dieta daje szybsze zdrowienie i poprawę obrazu krwi w przebiegu krwotoków, wywołanych wrzodową chorobą, niż dieta dawna — głodówkowa. Autor sądzi, że dieta lekkostrawna, nie drażniąca, rokuje szybsze zagojenie wrzodu, niż dieta uboga w kalorie i witaminy.

Jakób P e n s o n.

Choroby serca i naczyń.

L. MATHIEU, L. COLLESON i R. CHOLTUS. Dna i arteriitis obliterans. (Ann. de Médecine, Nr. 2—1934).

Autorzy zwracają uwagę na fakt, że *arteriitis obliterans* występuje nie tylko w przebiegu cukrzycy, lecz i w innych schorzeniach przemiany materji. Obserwowali stan ten w 4 przypadkach dny; w czasie napadu dny występują niekiedy objawy, przemawiające za ostrem zapaleniem większych tętnic. W jednym z opisywanych przypadków po każdym napadzie dny obserwowano pogorszenie drożności tętnic w kończynie dolnej, co w następstwie doprowadziło do amputacji. Autorzy sądzą, że istnieje ścisły związek między dną a zmianami tętniczymi; napady dny aktywują utajone schorzenie tętnic i powodują narastanie sprawy, zwięzającej światło tętnic.

Jakób P e n s o n.

S. GLASERMANN. O przyczynach różnicy ciśnienia krwi między kończynami górnymi a dolnymi. (Wien. kl. Woch. Nr. 33/1933).

Pomiędzy ciśnieniem krwi w tętnicy łokciowej i tętnicy podkolanowej istnieje różnica 30 mm. Hg. na korzyść kończyny dolnej. Dla istnienia zjawiska posiadają znaczenie energia kinetyczna prądu krwi oraz szybkość krwi w części brzusznej tętnicy głównej. Dlatego też w niedomykalności zastawek półksiężycowych tętnicy głównej różnica w ciśnieniu krwi jest duża (30 do 100 mm. Hg.), tak samo w niedokrewnościach, w których szybkość przepływu jest bardzo duża.

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

Streszczenia pojedyncze.

Lecznictwo.

G. IZAR i G. CAIZONNE. **Wpływ insuliny w połączeniu z lecytyną i cholesteryną na przemianę węglowodanów.** (Il Policlinico sez prat. 1933 r. Nr. 23).

Opierając się na doświadczeniu licznych badaczy, autorzy stosowali w cukrzycy insulinę połączoną z lecytyną i cholesteryną. Stwierdzili przytem, że lecytyna i cholesteryna podawana z insuliną przedłużają czas działania tej ostatniej, obniżają wybitnie poziom cukru we krwi, zabezpieczają przed występowaniem objawów hipoglikemicznych i zmniejszają wydatnie stan zakwaszenia ustroju. Połączenie insuliny z cholesteryną i lecytyną stosowali w przypadkach ciężkiej cukrzycy i w przypadkach o stosunkowo niskim poziomie cukru we krwi z objawami kwasicy. W przypadkach insulino - odpornych stosowanie powyższego połączenia odnosiło zawsze dobry skutek. Insulina połączona z lecytyną i cholesteryną wpływa prawdopodobnie na bardziej celowe zużytkowanie węglowodanów w ustroju, a jednocześnie zobojętnia jady kurczorodne, które według współczesnych poglądów wywołują objawy hipoglikemiczne.

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

DON. **Niezwykła reakcja po nirvanolu.** (The Lancet, Nr. 23, 1934).

Leczenie płasawicy nirvanolem (phenyl - ethyl - hydanthoin) wprowadził w 1919 roku R o e d e r. Po stosowaniu tego leku opisywano w niektórych przypadkach występowanie osutki podobnej do odrowej, podwyższenie ciepłoty, przyspieszenie tętna, czasami obrzęk gruczołów chłonnych szyi, zapalenie spojówek, katar gardła, obrzęk powiek i twarzy, bóle głowy, senność, czasami również powiększenie wątroby, śledziony, żółtaczkę i biegunkę, nawet stany śpiączkowe. Autor podaje przypadek własny, w którym po podaniu nirvanolu wystąpiło podwyższenie ciepłoty, które utrzymywało się około 3 tygodni. Nirvanol był u tej chorej w przebiegu płasawicy stosowany po raz pierwszy i to w dawce 0,3. Ciepłocie towarzyszyła osutka podobna do szkarlatynowej, obrzęk twarzy, bóle głowy, obrzęk gruczołów chłonnych, senność, powiększenie śledziony. Wszystkie te objawy ustąpiły po 3 tygodniach. We krwi nie było eozynofilii. Posiew ze krwi wypadł ujemnie.

Jerzy F a j w l e w i c z (Łódź).

BARLOW i CHAMBERLAIN. **Wartość surowicy krwi ludzkiej w posocznicy.** (The Lancet, Nr. 10, 1934).

W posocznicy wynik dobry otrzymuje się po przelewaniach tak małych ilości krwi, że trudno przypuścić, ażeby tu działała krew jako taka. Zdaniem autora, chodzi tu o wprowadzenie przeciwciał, zawartych w surowicy krwi. Stąd myśl stosowania tylko surowicy krwi zamiast przelewania. Technika była następująca. Chory otrzymywał domięśniowo surowicę antystreptokokową (w równych ilościach poliwalentną i przeciwpłoniczą); jeżeli po 24 godzinach nie było poprawy, chory otrzymywał surowicę krwi ludzkiej. Brano u dawcy około 50 ccm. krwi, natychmiast ją wirowano i całą ilość otrzymanej surowicy wstrzykiwano choremu naraz domięśniowo. Czasami iniekcję domięśniowo poprzedzała iniekcja małej ilości surowicy dożylnie dla stwierdzenia, jak chory ją znosi. Na 12 przypadków w 3 nastąpiło zejście śmiertelne (zakrzep żyły wrotnej, podeszły wiek, zapal. opon mózgowych), ale i tu po surowicy zaznaczyła się przejściowo poprawa; w pozostałych przypadkach nastąpiła po surowicy krwi ludzkiej wybitna, szybka i trwała poprawa. W warunkach pozaszpitalnych może zbliżony efekt dać wstrzyknięcie obcej krwi ludzkiej w całości domięśniowo.

Jerzy F a j w l e w i c z (Łódź).

Choroby kobiet i położnictwo.

E. von GRAFF. **Etjologia wypadnięcia macicy.** (Amer J. Obst. a. Gynec. Nr. 6/1933).

Etjologia wypadnięcia macicy stanowi w dużym stopniu zagadnienie natury konstytucjonalnej. Uszkodzenia, związane z porodem, często działają jako czynnik, zapoczątkowujący powstawanie wypadnięcia. Wśród zdrowych, idealnie zbudowanych kobiet zgórą 50% nie cierpi nigdy z powodu wypadnięcia macicy bez względu na liczbę przebytych porodów. Wypadnięcie macicy rozwija się najczęściej w okresie przekwitania, kiedy tkanki ciała stają się bardziej wiotkie i mniej odporne tak, że nawet słabość konstytucyjna niewielkiego stopnia może się już ujawnić. Wczesne wystąpienie wypadnięcia wkrótce po pierwszym porodzie dowodzi mniejszej wartościowości konstytucyjnej kobiety. Tyłopochylenie macicy samo przez się nie sprzyja powstawaniu wypadnięcia, lecz posiada swe znaczenie jako objaw niższości konstytucyjnej kobiety. Temniemniej jednak nie tłumaczyć to potrzeby operacji u pacjentek z ruchomem tyłozgięciem pod pozorem zapobiegania wypadnięciu.

H. L.

H. LUDWIG. **O cięciu cesarskim w małych szpitalach wiejskich.** (Wien. kl. Woch. Nr. 36/1933).

Autor zarzucił cięcie podbrzusne i przeszedł do czysto nadbrzusznego. Robi on cięcie podłużne długości 7 — 8 cm., rozpoczynając je 5 cm. powyżej pępka i prowadząc je w kierunku dogłowym. Z tego cięcia dochodzi się do dna macicy, które rozcina się w kierunku strzałkowym lub poprzecznym. Wydobycie płodu było w tem miejscu zawsze łatwe. Wszystkie szesnaścioro dzieci urodziły się żywe. Dwoje dzieci zmarło po 48 godzinach, 14 wypisano ze szpitala w stanie zupełnego zdrowia. Ponieważ w ten sposób można wydobyc całą macicę aż do przyczepu pochwy, możliwe jest wykonanie w ten sposób wszystkich dodatkowych operacji (sterylizacja jajowodowa, P o r r o, operacje przydatków). Poza dwiema chorem z rakiem i jedną z gruźlicą, połów przebiegał we wszystkich przypadkach bezgorączkowo. W końcu trzeciego tygodnia we wszystkich przypadkach macica uległa obkurczeniu i była ruchoma. Operacja jest technicznie łatwa, można ją przeprowadzić z jednym asystentem. Unika się w ten sposób zrośnięcia się macicy z bliźną w powłokach brzusznych.

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

J. REGAD. **Stanowisko skrętu jajowodu wśród bólowych zespołów brzusznych.** (Monde méd. Nr. 837/1933).

Skręt jajowodu posiada następujące cechy kliniczne: 1) napady bólów, umiejscowione w miednicy, z podnieceniem i lękiem, zjawiające się podczas miesiączki albo w najbliższym czasie przed nią lub po niej; 2) przyspieszone tętno, przy czem ciepłota ciała jest prawie normalna; 3) guz, położony z boku od macicy, o zmiennej spistości, ruchomy i nadzwyczaj bolesny na dotyk; 4) brak patognomicznych objawów ciąży jajowodowej. W rozpoznawaniu różniczkowym uwzględnić należy napad wyrostkowy, kolkę wątrobową, kolkę nerkową, pewne kolki maciczne (u młodych kobiet z niedorozwojem i przodozgięciem macicy przed miesiączką, ostre tyłozgięcie macicy u młodych kobiet i t. p.), ciążę pozamaciczną (jajowodową), miednicowe zapalenie wyrostka robaczkowego, włóknia podotrzewnowego, banalne zapalenie jajowodu, pęknięcie ropniaka jajowodu.

Henryk J. L a n d a u.

Choroby przemiany materji i gruczołów wewnątrzwydzielniczych.

M. LABBÉ, R. BOULIN, DAUNOIS. **Leczenie cukrzycy insuliną oleistą.** (Bull. de l'Académie de Médecine. T. 109. Nr. 6 — 1933).

W przebiegu ciężkiej cukrzycy nieraz zachodzi potrzeba wstrzykiwania insuliny 2 lub 3 razy dziennie; w ten sposób unika się wstrzykiwania dużych dawek insuliny naraz, co prowadzić może do ciężkich objawów hipoglikemji. Wobec tego, że niekiedy stosować insulinę trzeba lata całe, oddawna poszukiwano sposobu, aby zwolnić proces wchłaniania się insuliny i wprowadzić naraz większą dawkę insuliny podskórnie. L e y t o n pierwszy próbował mieszać insulinę z olejem rybcinowym; zawiesinę taką wstrzykiwał 3 chorym i otrzymał lepsze wyniki, niż przy stosowaniu insuliny wodnej. Autorzy stosowali zawiesinę insuliny w oliwie sterylizowanej w 5 przypadkach cukrzycy; badania przeprowadzano b. dokładnie, porównując wpływ insuliny olejowej i zwykłej na poziom glikemji i cukromocz. Wyniki badań wypadły niekorzystnie dla insuliny olejowej. B e r h a r d t i S t r a u c h podali rozpuszczalnik dla insuliny, w którego skład wchodziły woda, oliwa, metacholesteryna i mirycyna. Wymienieni autorzy wstrzykiwali chorym na cukrzycę b. duże dawki insuliny (od 200 do 1000 jednostek!) co 5 — 7 dni i podobno otrzymali dobre wyniki. C h a b a n i e r stosował podobny rozpuszczalnik w 8 przypadkach ciężkiej cukrzycy i doszedł do wniosku, że insulina oleista ma przewagę nad wodną nie tylko dlatego, że można naraz bez obawy wstrzykiwać większą jej dawkę, ale że ma lepszy wpływ na tolerancję węglowodanów. Autorzy do wyników C h a b a n i e r a odnoszą się z pesymizmem; historie chorób, podane przez C h a b a n i e r a, wykazują, że chorzy przv. diecie skapej w węglowodany (np. 60 — 80 — 100 gr. na dobę) otrzymywali b. duże dawki insuliny wodnej (do 200 jedn. na dobę), a jednak wykazywali masowny cukromocz (od 80 do 210 gr. na dobę); zdaniem autorów chorych, opisani przez C h a b a n i e r a, nie przestrzegali diety, dlatego też przypadki te nie mają wartości naukowej. Autorzy od trzech lat pracują nad insuliną oleistą; w ciągu tego okresu zmieniali skład rozpuszczalnika. Ostatnia mieszanina autorów (czwarta) ma następujący skład: cholesteryna 4,0, eter palmitynowy obojętny 6,0, oliwa 88,5, insulina sproszkowana 40 jednostek. Z wszystkich mieszanin ta ostatnia okazała się najlepsza, gdyż poprzednie ustępowały insulinie wodnej. Wyniki badań 5 chorych cukrzycowych, u których stosowano insulinę wodną i czwartą mieszaninę, wykazały, że w czterech przypadkach insulina oleista dorównywała wodnej, a w jednym przypadku przewyższała skuteczność wodnej; pozatem mieszanina ta dłużej utrzymywała glikemię na niższym poziomie. Autorzy sądzą, że w praktyce należy insulinie oleistej stosować bardzo ostrożnie; zle strony tej metody polegała na możliwości powstawania ropni, na bolesności wstrzykiwań oraz na możliwości nagłego wessania się dużej dawki insuliny; należy metody tej próbować jedynie w tych przypadkach, gdzie insulina wodna nie daje pożądanvch wyników — oraz tam, gdzie istnieje skłonność do wstrząsów hipoglikemicznych. Być może, dalsze ulepszenia pozwolą stosować insulinę oleistą na większą skalę. Jakób P e n s o n.

BERNARD i GUILLAUMIN **Śpiączka cukrzycowa wyleczona insuliną z następczą śpiączką mocznicową.** (Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôpit. Paris, Nr. 9, 10/III 1933).

Objawy niedomogi nerek istnieją często w przebiegu śpiączki cukrzycowej. Trudno jest rozróżnić w czasie śpiączki, co zależne jest od cukrzycy, a jakie objawy od współistniejącego zapalenia nerek. Autor zestawia z piśmiennictwa znane przypadki śpiączki cukrzycowej, po której wyleczeniu

nastąpiła śmierć prawdopodobnie z powodu mocznicy. W tych wszystkich przypadkach, jak również w przypadku autorów chory przybyli do szpitali w stanie senności, odrętwienia z oddechem K u s s m a u l a, zapachem acetonicznym oddechu. Stwierdza się przytem znaczny cukromocz, acetonurję, wysoką glikemję, zwiększenie ciał acetogennych we krwi oraz znaczne zmniejszenie rezerwy alkalicznej. Pod wpływem leczenia insuliną wszystkie stygmaty kwasico-ketozy ustępują, w szczególności rezerwa alkaliczna wraca do normalnego poziomu. Następuje powrót do przytomności, stan ogólny poprawia się. Tymczasem wbrew oczekiwaniom zjawia się z powrotem śpiączka równocześnie ze wzmożeniem się poziomu mocznika we krwi i z wystąpieniem oddechu C h e y n e - S t o c k e s a. Dzięki insulinie stało się możliwe rozgraniczenie objawów zależnych od kwasicy z jednej strony i od intoksykacji mocznicowej z drugiej. Niedomogę nerkową M e r k l e n i L a b b é wiąże ze szkodliwym wpływem, wywieranym na nerki przez wydzielane w nadmiarze ciała acetonowe.

H. S z p i d b a u m.

A. SUCHER. **O swoistem działaniu wyciągów z przystarczyczek.** (Wien. kl. Woch. Nr. 4/1933).

W czterech przypadkach uporczywych owrzodzeń gołeni udało się za pomocą skrapiania hormonem gruczołów przystarczycznych („Richter“ *pro injectione*) w świeżych przypadkach w krótszym czasie, w dwóch zastarzałych przypadkach po dłuższym czasie osiągnąć wyleczenie, względnie daleko idącą poprawę. W ropotoku zębodołowym (*pyorrhoea alveolaris*) bardzo szybko się cofały objawy zapalne oraz bóle.

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

Choroby skóry, weneryczne i płciowe.

G. SANNICANDRO. **Zaniki plamiste w zejściu sarkoidów Boeckea.** (Ann. de Derm. et de Syphil. Czerwiec 1933).

Sarkoidy, opisane przez B o e c k a, występują w trzech postaciach: 1) małych rozszanych guzków, bardzo trudno ulegających wessaniu, 2) wielkich guzowatości, które przechodzą cały cykl rozwoju i inwolucji, 3) rozlanych nacieków, które nieraz stopniowo się wchłaniają. W postaci guzkowej wykwitem pierwotnym jest mała grudka, lekko wystająca ponad otaczającą powierzchnię skóry, zaokrąglona lub wieloboczna, płaska, o zabarwieniu czerwonym, czerwono-brązowym, o spistości twardej, wyraźnem odgraniczeniu od otoczenia. Te grudki mogą zlewać się w tarczki nieco się złuszczone i bardzo podobne do elementów liszaja płaskiego. Postać drugą charakteryzuje się guzami wielkości od orzecha laskowego do monety dziesięciolirowej, ściśle ograniczone. Powierzchnia ich jest gładka, spistość twarda, występują pojedynczo lub w grupkach. Rozróżnia się trzy okresy ich rozwoju: pierwszy, w którym wykwity powstają, trwa około 15 dni. zjawianiu się guzów towarzyszą ostre objawy zapalne. Okres powiększenia się guzów jest b. długotrwały, trwa latami, zwykle guzy nie ulegają owrzodzeniu. W okresie trzecim inwolucji następuje spłaszczenie wykwitów w ich centrum, podczas gdy brzegi nie ulegają zmianom. Gdy wessanie nie jest całkowite, pozostaje w centrum pigmentacja, a teleangiektazje na obwodzie. W postaci trzeciej rozlanych nacieków zmiany są dobrze ograniczone, nie wrzodzieją, nieraz nieco złuszcza się na powierzchni. Przypadek autora był niezwykle charakterystyczny z tego względu, że w zejściu sarkoidów powstawały tarczki zanikowe o barwie skóry prawidłowej, powierzchni pofałdowanej i mało elastycznej, nie złuszczone, o brzegach prawidłowych, niewyniosłych. Przy obmacywaniu tarczki te były nie nacieczone i odznaczały się spistością miękką. Palec przy obmacywaniu wpadał w rodzaj małej jamki. W obrazie histologicznym miejsc zanikowych zwraca uwagę zanik naskórka i skóry oraz naciek z komó-

tek wielkich jednojądrzastych, zawierających jądro, obfitujące w chromatinę, z komórek wydłużonych, wrzecionowatych o jądrze bładem pęcherzykowem, limfocytów i leukocytów obojętno-chłonnych. Nacieki są luźne, wiele komórek wykazuje *caryolysis* i *caryorrhexis*. Naczynia są rozszerzone i wypełnione krwią. Duże zmiany tkanki łącznej w postaci obrzęku, fragmentacji i homogenizacji włókien, które jednak zachowują swą prawidłową barwność. W wielu miejscach zanik budowy włóknistej tkanki sprężystej, obrzęk i fragmentacje, gruczoły potowe w zaniku. Alfred E t t i n g e r.

G. SCHERBER. **Stosowanie przetaczania krwi w dermatologii.** (Wien. kl. Woch. Nr. 51/1932).

Dla całkowitej pewności korzysta autor z usług tylko takich dawców, którzy pozostawali przynajmniej przez dwa miesiące na oddziale, byli stale badani klinicznie, zaś we krwi ich kilkakrotne badanie nie stwierdziło żadnych oznak przymiotu. Przetaczanie krwi znajdowało zastosowanie w oparzeniach, w jednym przypadku owrzodzenia wargi na podłożu agranulocytozy, w liszaju wypryszczkowym (*impetigo herpetiformis*) z wynikiem, ocalającym życie chorych, w pęcherzycy pospolitej. Autor gorąco poleca przetaczanie krwi w ciężkich szybko rozwijających się oraz przewlekłych uporczywych postaciach plamicy, w *morbus maculosus Werlhofii* i ciężkich przypadkach rumienia wielopostaciowego, w ciężkich zatruciach metalami, w przypadkach posocznicy, tak np. w postaci posocznicej róży, czyrączności i karbunkule wargi.

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

R. LENK. **Leczenie rentgenowskie i sugestyjne brodawek.** (Wien. kl. Woch. Nr. 46/1932).

Autor zajął się zagadnieniem, czy leczenie brodawek promieniami R o e n t g e n a usuwa je tylko dzięki ich działaniu suggestyjnemu, gdyż brodawki można przecież usunąć również za pomocą innych metod suggestywnych, a jeżeli tak jest, czy istnieją również przypadki, których wyleczenie polega niewątpliwie na działaniu promieni. Robiono więc pozorowane naświetlania, lecz przeprowadzano je we wszystkich przypadkach bez stosowania ustnej sugestji. Pacjent był przekonany, że jest rzeczywiście naświetlany. Okazało się, że przy tym sposobie postępowania istnieją wybitne różnice pomiędzy *verrucae vulgares* a *verrucae juveniles planae*. W pierwszych autor nigdy nie widywał wyników po pozornych naświetlaniach, podczas gdy pod wpływem prawdziwych znikły one. W drugiej grupie natomiast stwierdzono znaczny odsetek wyleczeń po pozornych naświetlaniach.

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

Choroby nerwowe i psychiczne.

M. S. ANDERSEN i F. WULFF. **Meningitis serosa et Encephalitis w przebiegu półpaśca.** (Acta psychiatrica et neurologica. 1933. Z. I. str. 213-219).

Autorzy kopenhawscy opisują przypadki: 1) Półpaśca bez i ze zmianami w płynie mózgowo-rdzeniowym w postaci pleocytozy, obfitości komórek jednojądrzastych. 2) Półpaśca z jednoczesnym zapaleniem opon surowiczym, 3) Półpaśca z jednoczesnym ostrym zapaleniem mózgu. We wszystkich 11 przypadkach dominującym jadem zdaje się być jad półpaśca, który bardzo często daje zmiany w płynie, rzadko *meningitis serosa*, wyjątkowo zmiany w mózgu. Związek półpaśca z ospicą zdaje się być problematyczny. H. H i g i e r.

C. J. MUNCH-PETERSEN. **Studia nad dziedzicznym zachorzeniem układu ośrodkowego nerwowego. Przypadki dziedzicznego zespołu chorobowego w obrębie prążkowego jądra mózgu.** (Acta psychiatrica et neurologica. V. 493-508. 1933).

Jest to spostrzeżenie organopatji dziedzicznej mózgu (u dwojga osób tejże rodziny), bardzo rzadkiego zespołu

amyostatycznego - dyskinetycznego o typie zachorzeń prążkowania (*corpus striatum*), najbardziej odpowiadającym t. zw. „*biotypus choreaticus*“. Poza tym rodzina odznaczała się dużą śmiertelnością dzieci i wybitną liczbą niedorozwiniętych osobników. H. H i g i e r.

L. V. BOGAERT. **Objawy nerwowe w przebiegu choroby wysypkowej.** (Rev. Neur. 1933. T. I. Nr. 2).

Praca dotyczy powikłań nerwowych w przebiegu ospy wietrznej, odry i płonicy. Wyrażać się one mogą zapaleniem opon surowiczym, septyczeniem, ostrym bezładem, zapaleniem nerwów, zapaleniem rdzenia, mózgu i zapaleniem mózgu rozsianem, po którym pozostaje zespół P a r k i n s o n o w s k i. Objawy nerwowe mają wyprzedzać wysypkę, zjawiać się wraz z nią lub występować po jej zniknięciu. W o s p i e w i e t r z n e j najczęściej notowano je w 3, 5 lub 15 dniu choroby. Należy również liczyć się z możliwością objawów nerwowych przy braku wszelkiej wysypki. O przynależności podobnych przypadków do omawianej tu kategorii świadczy choroba wyraźnie wysypkowa w otoczeniu pacjenta, a niekiedy próba surowicza D e b r é - J o a n n o n a (w odrze). W o d r z e najgroźniej przedstawiają się powikłania, które wyprzedzają wysypkę. Co się tyczy objawów nerwowych późnych, t. j. w momencie znikania wysypki, to autor przeciwstawia się hipotezie, która uzależnia je od zakażenia mieszanego. Inkryminowanie zarazka odrowego w zupełności wystarcza: teoria M o r o i P i r q u e t a rozpatruje wysypkę odrową, jako wyraz zakażenia skóry jadami, powstałymi wskutek rozpuszczania zarazka przez lizyny. Zdolność lityczna jest indywidualna, im będzie ona większa, tem wysypka stanie się obfitsza. A zatem jest ona wyrazem zdolności obronnej ustroju; przy zmniejszonej zdolności rozpuszczania zarazka, t. j. przy małej wysypce, może ten ostatni długo zakażać coraz to nowe narządy, w tej liczbie i układ nerwowy, zwłaszcza, kiedy barjera ochronna jest słaba lub chwilowo osłabiona. W p ł o n i c y objawy nerwowe bywają niezmiernie intensywne. Drgawki i bredzenie zajmują pierwsze miejsce, przyczem mają one występować na początku choroby przed wysypką, towarzyszyć jej lub też następować po niej. Poza tem, podobnie jak w odrze i ospie wietrznej, spotyka się najrozmaitsze powikłania ze strony opon, tkanki nerwowej i nerwów obwodowych. Co się tyczy powikłań mózgowych po szczepieniu o s p y, to autor sprowadza je do tejże samej zasady: mają to być objawy alergji umiejscowione niezwykle. Obecna częstość tych powikłań tłumaczyć się ma uczuleniem, zdobytym przez rasę białą. Na zakończenie jest proponowana metoda leczenia wszystkich przypadków zapalenia mózgu w ciernieniach wysypkowych surowicą ozdrowieńców po przebytej chorobie tej samej kategorii. N. Z. Z.

F. A. GIBBS. **Stosunek prądu krwi do drgawek wywołanych doświadczeniem.** (Arch. of Neur. and Psych. t. 30, Nr. 5, 1933).

Teoria naczyniowego pochodzenia drgawek padaczkowych ostatnio zyskuje coraz więcej zwolenników. Dawne spostrzeżenia Leonarda H i l l a, że drgawki mogą być wywołane przez zwiększenie dopływu krwi do mózgu, zostały potwierdzone. F o r b e s i W o l f f oraz C o b b przypuszczają, że istnieje nerwowy mechanizm, powodujący podrażnienie nerwów naczynioruchowych. Autorzy postanowili zbadać zachowanie się krwioobiegu mózgowego w przebiegu drgawek wywołanych drogą podania środków chemicznych, względnie drażnienia kory mózgowej przy pomocy elektryczności. Zachowanie się prądu krwi było badane przy pomocy kymografionu, połączonego z igłą elektryczną, tkwiącą w tkance mózgowej (pomysłu G i b b s a). Drgawki wywoływano przez wprowadzenie do ustroju olejku absyntowego,

kamfory, pikrotoksyny i kofeiny drogą śródżylną, lub przez sondę żołądkową, oraz przez drażnienie elektrycznością kory mózgowej w okolicy zawoju esowatego. Badania były przeprowadzone na kotach. Doświadczenia wykazały, że przy zastosowaniu środków wyżej wspomnianych występowanie drgawek nie było poprzedzone zmianami w prądzie krwi. Naogół zmiany w prądzie krwi towarzyszyły drgawkom (wzmocnienie prądu krwi) oraz trwały również po drgawkach (osłabienie prądu krwi).

J. M e l z a k.

Medycyna sądowa.

VERSCHUER. **Dziedziczenie chorób.** (Deutsche Med. Wochenschrift 1933).

Zastanawiając się nad częstością i prawdopodobieństwem dziedziczenia najczęściej spotykanych chorób psychicznych, wymienionych w projekcie prawa o sterylizacji (które weszło w życie 1.I.1934 r.), autor przychodzi do następujących wniosków: 1. Wrodzone głuptactwo — W Niemczech w r. 1925 było 100.000 tego rodzaju chorych, z tego 46.000 pozostawało w zakładach (obliczenie dotyczy ciężkich i średnich przypadków); przy obliczeniu innych postaci głuptactwa cyfra ta wzrasta do 450 tysięcy. O ile jedno z rodziców jest dotknięte tem cierpieniem — w 41% przypadków dzieci będą również chore; w razie choroby obojga rodziców liczba chorych dzieci sięga do 91%. Ten rodzaj chorych psychicznie jest więcej płodny, niż ludność normalna, np. w Berlinie potomstwo kobiety, cierpiącej na niedorozwój umysłowy, jest czterokrotnie liczniejsze, niż kobiety zdrowej. 2. Schizofrenja. — Chorych na to cierpienie jest w Niemczech ok. 190 tysięcy, z tego ok. 70% znajduje się w zakładach; cierpienie to występuje tylko drogą dziedziczności; w razie choroby jednego z rodziców mamy 9 — 10% potomstwa chorego na schizofrenję, 34 — 42% są schizoidami i psychopatami, razem około 43 — 52% psychicznie nienormalnych. Wrazie schizofrenji obojga rodziców wśród potomstwa 53% schizofreników, 29% psychopatów t. j. ok. 82% psychicznie nienormalnych; co się tyczy losów pozostałych 18%, też nie można mieć zupełnej pewności (R ü d i n). 3. Psychoza manjakkalno-depresyjna. W Niemczech ok. 25.000 takich chorych znajduje się w zakładach, — znacznie więcej na swobodzie, gdy objawy są mniej wyraźne. W razie choroby jednego z małżonków stwierdza się ok. 35% chorych dzieci; taki sam odsetek psychopatów cykloidów, razem ok. 66%. O ile oboje rodzice są chorzy — na świat przychodzi ok. 62% chorego na taką samą chorobę potomstwa, pozostałe dzieci są psychopatami cykloidalnymi. 4. Padaczka dziedziczna. W Niemczech cierpi na nią ok. 90.000; ok. 10% potomstwa tych chorych na padaczkę, krewni epileptyków często są psychopatami. 5. Plasawica dziedziczna: cierpienie rzadkie, b. często się dziedziczy. 6. Dziedziczna ślepota. 7. Dziedziczna głuchoniemota: ok. 45 tysięcy w Niemczech, w ok. 1/3 cierpienie powstało na tle dziedzicznym. 8. Ciężkie dziedziczne ułomności fizyczne: braki członków, niedorozwoje etc. 9. Ciężki alkoholizm: sterylizacja, szczególnie bezwzględnie wskazana, gdy taki alkoholik pochodzi z rodziny psychicznie upośledzonej.

W. G r z y w o - D a b r o w s k i.

SEITZ. **O połączeniu uprawnienia do wykonywania sterylizacji z prawem do przerwania ciąży w przypadkach szczególnie ciężkich chorób dziedzicznych.** (Deutsche Med. Wochenschrift 1933).

Analizując prawo do przerwania ciąży w razie wskazań lekarskich, autor podnosi, że bezkarność przerwania ciąży w odnośnych przypadkach ma swe uzasadnienie w tem, że z dwojga złego należy wybrać mniejsze: ratując zdrowie, wzgl. życie matki, zabić płód. W przypadkach przerwania ciąży ze wskazań eugenicznych należy przyjmować pod uwagę interesy społeczeństwa, jako całości, gdyż ponosi ono znaczne

szkody z powodu przyjścia na świat obciążonego dziecka i zmuszone jest utrzymywać i pielęgnować bezwartościową jednostkę, która nieraz stanie się następnie dla niego szkodliwa. Wychodząc z tego założenia, autor uważa, że przerwanie ciąży ze wskazań eugenicznych należy włączyć do prawa o sterylizacji z tem jednak zastrzeżeniem, że stosowane zostanie tam, gdzie istnieje bardzo duże obciążenie i wielkie prawdopodobieństwo, że dziecko przyjdzie na świat, obciążone ciężką dziedziczącą się chorobą. W takich przypadkach po dokonaniu przerwania ciąży kobieta winna być poddana sterylizacji, o ile zaś dziecko już się urodziło, lub gdy nie można dla tych czy innych powodów przerwać ciąży, dziecko należy wysterylizować w możliwie krótkim czasie.

W. G r z y w o - D a b r o w s k i.

FETSCHER. **Teoria i praktyka sterylizacji.** (Mitteilungen der Kriminalbiologischen Gesellschaft B. IV. 1933).

Pod pojęciem sterylizacji rozumieć należy pozbawienie człowieka czasowo lub na stałe zdolności zapłodnienia, przyczem popęd płciowy i zdolność do stosunku płciowego zostają zachowane. Z pośród sposobów, stosowanych w tym celu, najczęstszy u mężczyzn jest przecięcie i podwiązanie sznurów nasiennych, u kobiet — wycięcie trąbek; rzadziej uskuteczniata bywa sterylizacja zapomocą promieni R o e n t g e n a, co się zaś tyczy hormonalnej — w obecnym czasie nie jest jeszcze ona dostatecznie wypróbowana. Omawiając uzasadnienie sterylizacji z punktu widzenia eugenicznego i ochrony społeczeństwa przed przychodzeniem na świat mało wartościowego potomstwa, autor przytacza następujące ciekawe cyfry: w Ameryce Półn.: w ciągu lat 25 (1904 — 1929) liczba umysłowo chorych w szpitalach wzrosła o 211%, przyrost ludności wynosił równocześnie tylko 143% (względna częstość chorych psychicznie podniosła się o 48%). W Niemczech od r. 1926 do 1930 liczba umysłowo chorych zwiększyła się o 10,2%, ludność zaś wzrosła o 2,5%. To tak znaczne zwiększenie się liczby umysłowo chorych tłumaczy się między innemi tem, że psychicznie upośledzone małżeństwa są naogół płodniejsze, niż całkowicie zdrowe psychicznie: w Monachjum przeciętnie w małżeństwach psychicznie upośledzonych było dzieci 3,06, w zdrowych — 1,87. Przestępcy nienormalni w porównaniu z przestępcami psychicznie nieupośledzonymi również naogół wykazywali większą płodność. No podstawie b. ostrożnych obliczeń widzimy, że w Niemczech jest ok. 300.000 cierpiących na choroby dziedziczne (ślepotę, głuchoniemotę, ciężkie fizyczne ułomności, padaczkę, schizofrenję, psychozy okresowe, ośłupienie); o ile dołączymy tutaj ciężkich psychopatów, alkoholików i t. p., liczbę tę należy zwiększyć jeszcze o trzysta tysięcy. Co się tyczy dziedziczenia wymienionych cierpień, obserwacje pozwalają przypuszczać, że, jeśli jedno z rodziców cierpi na psychozę okresową, 30 — 33% dzieci dziedziczy to cierpienie, w razie choroby obojga rodziców procent ten wynosi 52,5, pozatem w 37,5% dzieci są psychopatami. Schizofrenję jednego z rodziców dzieci dziedziczą w 9 — 10%; w 34 — 42% są one psychopatami, w razie choroby obojga rodziców — 53% dzieci są schizofrenikami, w 29% — psychopatami. Podobnie sprawa przedstawia się i w padaczce. Jeszcze większe są odsetki dziedziczenia głuptactwa rodziców. Utrzymywanie przez społeczeństwo tych osób psychicznie chorych wycosi ogromne sumy: w zakładach koszt dzienny wynosi ok. 3,5 mk. co rocznie w samych Niemczech stanowi setki milionów. Wobec tego, uwzględniając ciężkie obecne czasy ekonomiczne, autor nie widzi żadnych uzasadnionych zarzutów przeciwko przeprowadzaniu sterylizacji. Oblicza on także w przybliżeniu, uwzględniając przestępczość psychopatów i t. p., że dzięki sterylizacji można ją zmniejszyć (dla Niemiec) o 6% (t. j. 30.000 osób skazanych).

W. G r z y w o - D a b r o w s k i.

Streszczenia pojedyncze.

Patologia kliniczna i doświadczalna.

William SCHICK. **Zmiany w odruchach spastycznych po uszkodzeniu szlaków piramidowych u małp: macacus, gibbon i szympanzów.** (Archives of Neurology and Psychiatry, t. 30, Nr. 3, 1933).

Schick przeprowadził swoje badania na dwóch małpach najniższych — *macacus (Pithecus rhesus)* oraz małpach wyższego gatunku — dwóch gibbonach (*Hylobates leucogenys*) i na jednym szympanzie (*Pan Chimpanse*). Autor badał odruch Babinski'ego oraz inne odruchy podaszewowe przed i po uszkodzeniu odcinków ruchowych kory mózgowej co powodowało zwyrodnienie szlaków piramidowych. Autor dochodzi do wniosku, że odruchy Rossolimo i Mendel-Bechterewa, pośród odmian odruchu Babinski'ego, zajmują specjalne miejsce. Odruchy te występują normalnie u małp niższych (*macacus*). Operacyjne uszkodzenie kory mózgowej, wywołujące w następstwie degenerację szlaków piramidowych, powoduje u gibbonów i szympanzów wystąpienie odruchu Rossolimo i Mendel-Bechterewa, nie występującego nigdy u małp normalnych tych gatunków. Wobec tego zjawienie się tych odruchów należy uważać, jako skutek zniszczenia szlaków piramidowych. Zjawienie się tych odruchów u małp niższych nie ma znaczenia, wobec tego, że odruchy te u małp niższych mogą występować także normalnie. U małp niższych (*macacus*) objaw Babinski'ego nie występuje nawet po operacyjnie wywołanym zwyrodnieniu szlaków piramidowych. Autor badań swych nie uważa za ukończone i proponuje podejście do tej sprawy metodą Sherringtona.

J. Melzak.

E. FROMMEL i D. ZIMMET. **Rola pochodnych kwasu nukleinowego w regulowaniu krążenia.** (Arch. des maladies du coeur, Nr. 2, 1934).

W ustroju ludzkim istnieją 3 grupy ciał obdarzonych działaniem regulującym krążenie. 1) Należą tu hormony, wzmagające ciśnienie i powodujące skurcz naczyń. Są to adrenalina i pitressina (hormon przysadki) które stanowią jakoby czynnik ochronny ustroju przeciwko zaburzeniom, spowodowanym obniżeniem ciśnienia. 2) Ciała, które obniżają ciśnienie i rozszerzają naczynia. Są to produkty ogólnej przemiany materii. Należą tu cholina, acetylcholina i histamina. 3) Ciała mylnie ujmowane początkowo za hormony i wytwarzane przez tkankę sercową. Haberland uzyskał rzekomy hormon z tej warstwy serca, która jest siedliskiem bodźców ruchowych. Ostatnio udało się uzyskać ciała, podobne do wyciągu Haberlanda z różnych tkanek. Materiałem do uzyskania powyższych ciał były mięśnie prądkowane, śledziona, wątroba, trzustka, jądra, jajniki i migdałki. Wobec tożsamości działania tych licznych wyciągów powstała myśl, iż wyciągi te zawierają pochodne jakiegoś jednego ciała. Dalsze badania wykazały, iż chodzi tu o zawartość pochodnych kwasu nukleinowego. Czy owe pochodne są naturalnymi składnikami kwasu nukleinowego, czy też powstają przy sztucznym jego rozkładzie, trudno rozstrzygnąć. W pierwszym rzędzie kwas adenylozofosforowy jest tym czynnikiem, który powoduje znamienne działanie powyższych wyciągów. Wstrzyknięcie kwasu adenylozofosforowego powoduje między innymi wybitne ciśnienia i rozszerzenie naczyń wieńcowych. Inne liczne pochodne kwasu nukleinowego wykazują podobne działanie, niektóre zaś pochodne wywołują zaburzenia przewodnictwa, dochodzące niekiedy do bloku. Parsons wyjaśnił rolę pewnych pochodnych kwasu nukleinowego w przebiegu czynności ruchowej mięśni. Pochodne powyższe są to adenylozyna i kwas adenilowy. Podczas ruchów mięśniowych ciała te ujawniają swoje

działanie, prowadzące do przemiany chemicznej tych ciał i do tworzenia się amoniaku. Tworzenie się amoniaku jest doniosłym następstwem ruchów mięśniowych. Dodanie kwasu adenylozofosforowego powoduje wzrost ilości wytworzonego amoniaku. Dzięki badaniom Parsonsa ustalono, iż u żaby w okresie letnim można stwierdzić większą ilość adeniny i amoniaku niż w okresie spoczynku zimowego. Gdy podczas czynności ruchowych mięśni następuje spotęgowanie działania pewnych pochodnych kwasu nukleinowego, pociąga to za sobą doniosłe następstwa. Znamienne jest wówczas działanie rozszerzające na naczynia. Rozszerzenie naczyń jest w danym wypadku niezależne od układu autonomicznego. Dzięki uruchomieniu odnośnych pochodnych kwasu nukleinowego podczas wysiłków podnosi się sprawność naczyń sercowych i naczyń mięśni. Obniżenie ciśnienia, które jest następstwem działania tych pochodnych, stanowi korzystną przeciwwagę dla nadciśnienia wysiłkowego. Należy zaznaczyć, iż działanie tych pochodnych jest przelotne. Doświadczenie kliniczne poucza, iż pochodne kwasu nukleinowego istotnie działają jedynie w przypadkach niedokrwienia (*ischemia*) naczyń obwodowych i wieńcowych. Należy odrzucić działanie naczyniowe, i niema mowy o podobieństwie pod tym względem do naparstnicy. Rozszerzenie naczyń szybko mija. Streszczając powyższe dane, należy zaznaczyć, iż pochodne kwasu nukleinowego zapewniają należytą sprawność naczyniom wieńcowym i naczyniom mięśniowym podczas wysiłków. Nadto równoważą nadciśnienie wysiłkowe. Wszystko to stwarza pomyślne warunki dla pracy mięśniowej.

N. Szysk.

J. HOFSTEIN. **Wpływ insuliny na czynność wydzielniczą żołądka.** (Archives Mal. App. Digest et de la Nutrition, Nr. 8, paźd. 1933).

Praca ta, wykonana w Strasburgu w klinice prof. Ambarda, opiera się na badaniach treści żołądkowej kilkuset osobników zdrowych i ze zmianami chorobowymi żołądka i jelit. Autor stwierdza przede wszystkim, że wstrzyknięcie małych dawek insuliny naczyniowo wywołuje u osobników normalnych uczucie głodu. Jeżeli błona śluzowa jest zmieniona i zdolna do wytwarzania kwasu, wstrzyknięcie insuliny wywołuje nadmierne wydzielanie soku żołądkowego i nadkwaśność, występujące w godzinę po wstrzyknięciu; nadkwaśność osiągnąć może 50%. W przypadkach, gdy po spożyciu śniadania Ewald stwierdzono chlorhydrię, po insulinie występowało co prawda uczucie głodu, któremu jednak nie towarzyszyło nadmierne wydzielanie soku żołądkowego. We wszystkich spostrzeganych przypadkach zwiększenie kwasoty żołądkowej występowało jednocześnie lub nawet nieco wcześniej niż spadek poziomu cukru we krwi odpowiadające temu spadkowi objawy kliniczne. U jednego z badanych osobników nadmierne wydzielanie soku żołądkowego występowało jedynie wówczas, gdy dawka insuliny była dostatecznie duża, by wywołać hipoglikemję (16 jednostek nie wywoływało żadnego efektu, po 2 zaś ujawniało się nadmierne wydzielanie soku żołądkowego). Co się tyczy mechanizmu działania insuliny, to autor sądzi, że trudno przypuścić, by insulina działała podobnie do histaminy, pobudzając bezpośrednio błonę śluzową i komórki żołądka; rolę odgrywa tutaj spadek poziomu cukru we krwi, gdyż bez hipoglikemji nie stwierdza się uczucia głodu.

H. Szpidaum.

Choroby jamy ustnej, gardła nosa i uszu.

H. KOBRAK. **Spostrzeżenia nad odruchem strzemiączkowym u człowieka.** (Zeit. f. Hals-, Nas. u. Ohr., t. 32, z. 1).

Skurcze odruchowe mięśni jamy bębenkowej stoją w związku ilościowym z podniecią słuchową. Obserwacja ścięgnam. strzemiączkowego u osób żyjących może posiadać zna-

czenie kliniczne. W tym celu a. czynił górną i tylną część błony bębenkowej przezroczystą. A. podaje dokładnie technikę tego postępowania oraz przedstawia szereg krzywych, ilustrujących związek pomiędzy rodzajem dźwięku a skurczem m. strzemiączkowego.

J. T e n c e r.

A. TOBECH. **Zmiany w błędniku kostnym królika, powstałe wskutek nadmiernego podawania vigantolu.** (Zeit. f. Hals., Nas. u. Ohr., t. 32, z. 5)

A. zastrzykiwał podskórnie królikom w ciągu 2 miesięcy vigantol. Na sekcji dało się stwierdzić znaczną łamliwość kości. Badanie histologiczne kości skalistych wykazało duże zmiany w błędniku kostnym, odpowiadające obrazowi *osteodystrophia fibrosa*.

J. T e n c e r.

F. ZÖLLNER. **Błędy rozpoznawcze, spowodowane przez wrodzone przetoki i torbiele uszu i szyi.** (Zeit. f. Hals., Nas. u. Ohr., t. 32, z. 1).

Zaburzenia rozwojowe w obrębie twarzy i szyi są różnorodne. Znajomość ich jest konieczna celem właściwego rozpoznawania różnych obrazów chorobowych, niekiedy zatarłych wskutek dołączających się spraw zapalnych. A. przytacza przypadki przetok w obrębie uszu i na szyi, które imitowały różne sprawy chorobowe i w związku z tem były niewłaściwie leczone.

J. T e n c e r.

Choroby narządów trawienia.

G. SINNESBERGER. **W sprawie zagadnienia nieżytu żołądka.** (Wien. kl. Woch. Nr. 15/1933).

Istnieje przewlekły nieżyt żołądka z ciężkimi zmianami błony śluzowej, a także podśluzówki i mięśniówki, a nawet błony surowiczej pod postacią wytwarzania zrostów. Ta postać nieżytu żołądka może istnieć bez wytwarzania wrzodu. W zupełnie wykształconym wrzodzie wykazuje błona śluzowa żołądka w odcinkach predylekcyjnych te same zmiany, co w nieżycie żołądka bez wytwarzania wrzodu. Wrzód może się rozwinąć z nadżerki. Nie jest jednak jeszcze pewnem, czy dzieje się to czysto mechanicznie, czy wskutek działania trawiącego soku żołądkowego, czy też wskutek współdziałania tych obu czynników szkodliwych.

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

J. DOBERER. **Obraz chorobowy gastroduodenitis adhaesiva.** (Wien. kl. Woch. Nr. 14/1933).

Autor opisał obraz chorobowy „*gastroduodenitis adhaesiva*“, który charakteryzuje się w następujący sposób. Przy operacji znajduje się błonę surowiczą jamy odźwiernikowej, odźwiernika, a także dwunastnicy zaczerwienioną, zrosty na przedniej i tylnej powierzchni tych części, zmienione zapalnie gruczoły w więzadło żołądkowo - okrężnicze i na krzywiznie małej, przerost mięśniówki odźwiernika, na błonie śluzowej żołądka wylewy krwawe i nadżerki. Histologicznie ma się tutaj do czynienia ze stanem zapalnym żołądka. Ten obraz chorobowy zdarza się częściej, aniżeli się przypuszcza, stanowi on, zdaniem autora, wstępny okres wrzodu. Jeżeli przy operacji, wykonywanej z powodu podejrzenia wrzodu, znajduje się ten obraz, to należy się wahać z wykonaniem operacji tak, jak gdyby istniał podejrzan wrzód, gdyż na podłożu znalezionych zmian może później powstać wrzód.

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

HOLT. **Toksemia po ostrej niedrożności jelit. Wartość lecznicza antytoksyny b. Welchii.** (The Lancet, 1934, Nr. 14).

I zdrowe jelito zawiera substancje toksyczne, które jednak przez zdrową śluzówkę nie przenikają, a wyodrębnione i wprowadzone dożylnie lub dootrzewnowo, wywołują szybko zejście śmiertelne. Toksyny te łatwo przechodzą przez uszkodzoną śluzówkę, a ma to miejsce zawsze w ostrej zamknięciu światła jelitowego. Fakt łatwiejszego przenikania toksyn przez uszkodzoną śluzówkę posiada większe znaczenie od momentu

zwiększonego wytwarzania tych toksyn. Jeżeli przy zamknięciu światła jelitowego śluzówka nie zostaje uszkodzona, a mimo to następuje niepomyślnie zejście, wtedy zależy ono od znacznego odwodnienia i utraty chlorków wskutek wymiotów. Dlatego podskórne lub dożylnie doprowadzanie fizjologicznego roztworu soli kuchennej posiada w tych razach duże znaczenie. Głównym źródłem toksyn, powodujących toksemieję, jest b. *Welchii*. Liczne badania stwierdziły, że zarówno w warunkach doświadczalnych na zwierzętach, jak i u ludzi stosowanie antytoksyny *Welchii* znacznie zmniejszało śmiertelność.

Jerzy F a j w l e w i c z (Łódź).

Choroby serca i naczyń.

J. ETTINGER i W. NIEZLIN. **O szczególnym zespole w gośćcowym zapaleniu serca.** (Klin. Med. Nr. 13-16/1932).

W gośćcowym zapaleniu serca (ostрым го́стцу стáвoвым) spostrzega się dość często rozkojarzenie przedsionkowo-komorowe ze sprzężeniem rytmów. To zaburzenie rytmu sercowego utrzymuje się niedługo — od jednego do ośmiu dni, nie pozostaje w związku z naparstnicą (w żadnym z przypadków autorów chorzy nie otrzymywali tego leku). Rytm węzłowy drugiego typu powstaje w jednych przypadkach w wyniku wzmożonej pobudliwości węzła T a w a r y, w innych — w związku z zahamowaniem węzła zatokowego. W przypadkach pierwszego rodzaju liczba skurczów komorowych dochodzi do 80 — 90 i więcej na minutę; druga odmiana przebiega z bradykardią komorową. W czasie poszczególnych spostrzeżeń rytm węzłowy cechuje się z zasady stałą częstością, podczas gdy rytm zatokowy wykazuje zwykle znaczne wahania pod względem swej częstości. W tych przypadkach, kiedy istnieje wyraźna niemiarkowość zatokowa, przy czem największa częstość rytmu zatokowego przewyższa częstość rytmu węzłowego, spostrzega się częstsze lub rzadsze występowanie naprzemian okresów rozkojarzenia i rytmu zatokowego. Rytm węzłowy drugiego typu wyróżnia się chwiejnością. Z zasady znika on na pewien czas po próbie pracy, przy zmianie położenia poziomego na pionowe oraz po podaniu wystarczających dawek atropiny. Rozkojarzeniu ze sprzężeniem rytmów odpowiada charakterystyczny zespół kliniczny: rozmaita dźwięczność pierwszego tonu serca, od czasu do czasu również „tony armatnie“ i bez związku z temi zjawiskami słuchowemi przedwczesne skurcze bez przerw wyrównawczych (sprzężenie rytmów). Wyżej podane objawy wraz z krańcową niestalością odpowiednich zjawisk (znikanie po próbie pracy) pozwalają na rozpoznawanie tego zaburzenia rytmu sercowego jeszcze przed wykonaniem elektrokardiogramu. Przy rozpatrywaniu odpowiednich elektrokardiogramów zwracają na siebie uwagę pewne zmiany, nie mieszczące się w ramach naszych zwykłych pojęć o powstawaniu i przewodzeniu fali bodźcowej. W pewnych przypadkach spostrzega się wybitną rozmaitość zespołów komorowych (zbląkanе zespoły), związane z bodźcami węzłowemi, w porównaniu z odpowiedniami zespołami pochodzenia zatokowego. W szeregu krzywych spostrzega się bardzo często zbieg zjawiska sprzężenia rytmów z następczem przyśpieszeniem rytmu zatokowego, utrzymującym się przez większą lub mniejszą liczbę uderzeń serca.

Henryk J. L a n d a u.

L. GIROUX i H. DAUSSET. **Leczenie duszniczy bolesnej krótkimi falami.** (Monde méd. Nr. 840/1934).

W 7 opisywanych przypadkach djatermja krótkofalowa okazała się nader skuteczną w usuwaniu bólów w napadach duszniczy bolesnej. Działanie jej było nader szybkie, zaś w 4 przypadkach, spostrzeganych przez kilka miesięcy, również trwale. Inne przypadki są obserwowane jeszcze zbyt krótko, ażeby można było wydać sąd. Widzimy więc, że krótkie fale

działają nader skutecznie w sposób szybki, trwałe i wolny od wszelkich niebezpieczeństw na bóle w pewnych postaciach dusznicy bolesnej, co pozwala znowu na rozszerzenie wskazań do stosowania tej metody leczniczej.

Henryk J. L a n d a u.

A. PRATSICAS. Samoistne pęknięcie tętnicy głównej o niezwyklej objawach i przebiegu. (Monde méd. Nr. 822 1933).

Autor podaje opis przypadku, dotyczącego 65-letniego chorego, w którym nastąpiło samoistne pęknięcie tętnicy głównej wskutek zmian miażdżycowych. Zamiast do jakiejś jamy (opłucnowej, worka osierdziowego) pęknięcie nastąpiło do śródpiersia tylnego. Wbrew temu, że pęknięcie podobne powoduje zwykle natychmiastową i nagłą śmierć, w opisywanym przypadku powstał krwiak śródpiersia tylnego, który nasilał guz lub zbiornik ropy. Ten krwiak zaczął się organizować, lecz wreszcie otworzył się wskutek nadżerki do jednego z oskrzeli lewego płuca; to otworzenie się spowodowało śmiertelne krwioplucie. Przebieg tej całej historii chorobowej, trwającej 40 dni jest rzeczą najzupełniej wyjątkową w podobnych okolicznościach. Podkreślić należy szczególnie też naprawdę zaskakującą symptomatologię tego przypadku.

Henryk J. L a n d a u.

HOCHREIN MAX. Czy należy zniżyć wysokie ciśnienie krwi. (Zeitschrift f. ärztliche Fortbildung. I. 4-8/1933).

H o c h r e i n następujących trzyma się zasad, dzieląc swoje przypadki hipertenzji (około 250) na wczesne i późne. Wczesne okresy, które bliżej opisuje, wymagają diety lekkiej, hydroterapii, odpoczynków częstych w łóżku, organoterapii w *climax*, bromków, rzadziej proteinoterapii gorączkowej. Upusty krwi i pijawki są wyraźnie przeciwwskazane, środki farmakologiczne, zniżające ciśnienie, są niedopuszczalne, gdyż często spowodują osłabienie czynności serca, a co gorsza, uspasabiają do następnych udarów mózgu i wylewów, stwierdzalnych na siatkówce. W okresie późniejszym hipertenzji są jedynie wskazane *cardiaca* we wszelkiej postaci, zwłaszcza, gdy towarzyszy *vitium mitrale* lub dekompenacja nadciśnienia. Poprawia się po środkach nasekowych praca mięśnia sercowego, dynamika cyrkulacyjna wraca do normy, skargi subiektywne chorego znikają, nawet, gdy nadciśnienie, jako takie, nie zawsze ulega zmianie, względnie podnosi się. Wzmoczenie się t. zw. *Vitalcapacität* i spadek ciśnienia żylnego widuje się stale po stosowaniu środków nasekowych. Jak widzimy, rozwiewają się powoli legendy, że hipertenzja esencjalna jest stale i wszędzie objawem groźnym, złośliwym, a nigdy celowym, zastępczym, nawpół fizjologicznym, kompensacyjnym, objawem, który wszędzie i zawsze należy zwalczać, którym *per fas et nefas* należy straszyć nie uświadomionego pacjenta, demonstrując mu podczas każdej wizyty w domu, uzdrowiskach i zdrojowiskach *maximum* i *minimum* ciśnienia.

H. H i g i e r.

Choroby skóry, weneryczne i płciowe.

J. PEYROT i P. De BOISSEZON. Przypadek nodositas juxta-articularis (Jeanselme) u kobiety, która nigdy nie przebywała poza granicami Francji. (Ann. de Derm. et de Syphil. Czerwiec 1933).

Nodositates juxta — articulares, opisane dokładnie przez J e a n s e l m e a, dotychczas były obserwowane prawie wyłącznie u osobników ras kolorowych i zwykle łączono z kłą lub chorobą tropikalną zwaną „pian”. Przypadek autorów dotyczy 49-letniej kobiety, badanej z powodu kły, stwierdzonej u męża. Chora podała, że przed 4-ma laty przechodziła przez 2 miesiące bardzo gwałtowne bóle głowy, po następnych 3-ach miesiącach zauważyła na przedramionach

szereg małych niebolesnych guzków, które nie sprawiały jej najmniejszych dolegliwości. Te guzki były umiejscowione wzdłuż górnej trzeciej tylnej powierzchni przedramienia. Były one ruchome, twarde i niebolesne zarówno samoistnie, jak i pod uciskiem. Jeden z nich leżał bezpośrednio na *olecranon*, nad którym był przesuwalny. W obrazie rentgenowskim nie stwierdzono zmian kostnych. Badanie krwi metodą V e r n e s a dało wynik 64. Histologicznie: tkanka włóknista bardzo bogata w kolagen, silnie barwiąca się na czerwono V a n G i e s o n e m. Pośród mas włóknistych znajdują się liczne skupienia komórkowe zapalne, niektóre rozrzucone bezładnie, inne ułożone dokoła naczyń. Liczne naczynia, otoczone płaszczem nacieków zapalnych, składających się przeważnie z limfocytów i komórek plazmatycznych. Pośród niektórych skupień komórki jasne o charakterze nabłonkowatych, które niekiedy zlewają się, tworząc komórki olbrzymie. Nigdzie niema martwicy i nie wykryto krętków. Pod wpływem leczenia dwoma flakonami eliksiru D é r e t a guzy całkowicie wessały się. Specjalnie zasługuje na podkreślenie występowanie w tym przypadku komórek olbrzymich.

Alfred E t t i n g e r.

TOURAINE i SOLENTE. Erythema annulare centrifugum Darier. (Bull. de la Soc. Franc. de Derm. et de Syphil. 8 1933).

Opis przypadku rzadkiego schorzenia, których w literaturze światowej jest zaledwie kilkadziesiąt. Chory 31-letni o anamnezie zupełnie ujemnej co do kły, zauważył przed 10-u laty po raz pierwszy pojedynczy wykwit rumieniowy. Wykwit ten stopniowo się rozszerzał, wreszcie niejako rozpadł się na liczne odcinki kształtów pierścieniowatych, jakie zajęły brzuch i klatkę piersiową. Od tam wykwity zjawiały się niemal bez przerwy: gdy jedno gina, powstają nowe. Zwykle sprawa rozpoczyna się od rumienia wielkości grochu. Ten szybko się poszerza w ciągu mniej - więcej 10 dni, a następnie rozpada na pojedyncze wykwity o kształcie odcinków koła, nieco wyniosłych. Wtedy zmiany przestają się powiększać, powoli się przyplaszczają, wreszcie bledną i gina. Wykwity występowały początkowo z pewnymi przerwami, w ostatnich czasach niemal ciągle. Zmiany powodują nieznaczne swędzenie, szczególnie latem. W tym przypadku zwraca uwagę: długi czas trwania schorzenia oraz fakt, że nawroty towarzyszyły zazwyczaj zaburzeniom ze strony przewodu pokarmowego. Zmiany histologiczne polegały na obrzęku górnych warstw skóry właściwej, który przenikał także do wypustek międzybrodawkowych i poszerzał je. W skórze kilka rozsiaanych ognisk naciekowych, złożonych niemal wyłącznie z limfocytów. Pośrodku nacieków zazwyczaj drobne naczynia krwionośne, które wydawały się poszerzone, o śródbłonkach sterzających do światła naczyń. Podobne zmiany wykazywały i naczynia chłonne skóry. W naskórku zwracał uwagę jedynie obrzęk warstw rozrodczych.

Alfred E t t i n g e r.

A. W. KUCULKER. Zapobieganie rzeżącce odybytnicy. (Wien. kl. Woch. Nr. 38/1933).

Odpowiednio do możliwości zakażenia radzi autor przed i po każdym oddaniu stolca smarowanie okolicy odbytu następującą maścią. *Rp. Acid. sulphosalic 10,0. Eucerini ad 100,0.* To samo dotyczy przepłukiwań pochwy. W domu powinny stosować pacjentki tę maść przed obmywaniem narządów 10-tych, podczas bytności u lekarza należy przeprowadzać smarowanie tą maścią okolicy odbytu przed wszelkimi manipulacjami na schorzących narządach płciowych. Tak samo smarowanie maścią wykonywać należy przed pójściem spać (z powodu możliwości spływania wydzieliny ropnej z pochwy w kierunku odbytnicy).

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

BROSTER Syndrom adrenogenitalny. (The Lancet, 1934, Nr. 16).

Syndrom adrenogenitalny nie jest chorobą, stanowi jedynie odchylenie od normalnego procesu rozwojowego. Występowanie cech płciowych męskich przypadkowo u kobiet jest znane oddawna, dopiero jednak w 1905 roku stwierdzono, że zjawiska te związane są z obecnością guzów w korze nadnerczy. Stąd przez pewien czas proponowano w tych razach operacyjne usuwanie tych guzów. Autor wykonał ten zabieg operacyjny w 15 przypadkach. Efekt dodatni otrzymał tylko u tych osobników, u których cechy męskie zaczęły się dopiero przejawiać — przeważnie w wieku pokwitania, 15 — 18 lat.

Jerzy Fajwlewicz (Łódź).

G. HAMMERLE. Częstość kiły w klinice wewnętrznej w latach 1912—1932. (Münchener Medizinische Wochenschrift 52/1933).

Na podstawie materiału obejmującego 50.000 przypadków autor stwierdza, że w klinice wewnętrznej do wojny było 9% chorych z kiłą, podczas wojny i w latach następnych 11%, od 1923 roku procent zmniejszał się stale, osiągając w 1932 roku poziom 4%. Wydaje się, że zmniejszenie się odsetka chorych kiłowych nie jest objawem przemijającym.

Alfred Ettinger.

Choroby nerwowe i psychiczne.

LAMBERT i WEISS. O rzekomym zapaleniu nerwu wzrokowego i rzekomym obrzęku tarczy nerwu wzrokowego. (Arch. of Neur. and Psych. t. 30, Nr. 3, 1933).

Przypadki rzekomego zapalenia nerwu wzrokowego są rzadkie. Z literatury ostatniego dziesięciolecia udało się autorom wynotować 10 przypadków *pseudoneuritis*. Lambert

Weiś opisali sześć przypadków, w których zmiany na dnie oczu nastręczały duże trudności w rozpoznaniu. Autorzy uważają, iż przypadki tego rodzaju mogą być podzielone na trzy grupy. Do pierwszej grupy należy zaliczyć przypadki, w których zmiany tarczy przemawiają raczej za *neuritis* i gdzie przyczyną są wady refrakcji. Do drugiej grupy autorzy zaliczają przypadki, w których zmiany również dają się sklasyfikować jako *neuritis*, przyczem dają się stwierdzić wrodzone zmiany w naczyniach i tarczy, bardzo często z odkładaniem się tkanki gęstej. Do trzeciej grupy autorzy zaliczają przypadki, w których zmiany, chociaż dają się scharakteryzować jako obrzęk tarczy, jednakże nastręczały trudności w ostatecznym rozpoznaniu. Przypadki ostatniej grupy wymagają obserwacji, przyczem należy wziąć pod uwagę następujące dwa czynniki: stałość zmian (bowiem przy rzekomym obrzęku tarczy zmiany na dnie oczu nie postępują) oraz szerokość obszaru, jaki zajmuje plamka ślepa i mroczek naczyniowy. W żadnym z obserwowanych przez siebie przypadków *pseudoneuritis* autorzy nie stwierdzili poszerzenia plamki ślepej lub mroczka naczyniowego, przeciwnie, każdy z obserwowanych przypadków obrzęku tarczy miał plamkę ślepa lub mroczek naczyniowy poszerzony. Jeżeli, przy kilkakrotnym badaniu dna oczu, nie da się stwierdzić poszerzenia plamki ślepej i mroczka naczyniowego, wtedy przy braku zmienności obrazu na dnie oczu, przypadek może być uważany za łagodny.

J. Melzak.

KESCHNER i DAVISON. O uszkodzeniach rdzenia (Arch. of Neur. and Psych. t. 30, Nr. 3, 1933).

Autorzy opisują 22 przypadki uciskowych schorzeń rdzenia, powodujących zaburzenia w krążeniu naczyń rdze-

nia, oraz zmiany w rdzeniu. Autorzy dzielą przypadki na trzy grupy, w zależności od siły ucisku. W sześciu przypadkach, w których ucisk był niewielki, stwierdzono sekcyjnie guzy przerzutowe do kanału rdzeniowego. Histologicznie stwierdzono nieznaczny obrzęk osłonek myelinowych i cylindrów osiowych, bez zmian w komórkach rogów przednich. W przypadkach, w których ucisk był wyraźniejszy, stwierdzono zniszczenie cylindrów osiowych i osłonek myelinowych, zmiany w komórkach rogów przednich oraz rozrastanie się gleju. Klinicznie stwierdzano w ostatnich przypadkach objawy korzonkowe, zaniki mięśniowe, przyczem rdzeń był również zajęty na najbliższych poziomach powyżej i poniżej ogniska.

J. Melzak.

H. HOPKINS. Badania chemiczne w przebiegu padaczki. (The Journal of Nervous and Mental Disease. t. 77, Nr. 6, 1933).

Pośród licznych badań nad padaczką znajdujemy również pracę nad znaczeniem czynników chemicznych w jej przebiegu. Lennox i Cobb znaleźli, że w ustroju usposobionym do drgawek dają się spostrzec następujące fizyczno-chemiczne zmiany: 1) alkalozę, 2) wzmożoną wrażliwość komórkową, 3) obrzęk, 4) ograniczenie dopływu tlenu do komórek nerwowych, 5) wzmożenie ilości chlorków w płynach tkankowych, 6) obniżenie ilości wapnia. Autorka postanowiła zająć się znaczeniem niektórych ustrojowych związków chemicznych w przebiegu padaczki. Badania swoje rozpoczęła od znaczenia ilości cholesterolu. Badania dotychczasowe innych autorów nad znaczeniem poziomu cholesterolu wskazują na to, że przy obniżeniu ilości cholesterolu we krwi, w ustroju spotyka się jakby „gotowość drgawkową“, duże zmiany w poziomie kwasów i zasad, w gospodarce wodnej i czynności gruczołów dokrewnych. Zazwyczaj niższemu poziomowi cholesterolu we krwi towarzyszy alkalozę, którą wielu autorów uważa za czynnik poprzedzający napad. Fa'y wykazał, że spadkowi cholesterolu we krwi towarzyszy obrzęk komórek oraz ich wzmożona wrażliwość. Dostarczenie ustrojowi cholesterolu obniża wrażliwość komórkową i, przy wstrzykiwaniu wraz z wapniem, posiada wpływ odwadniający na komórki nerwowe. U pacjentów z pooperacyjną przytężką tężyczką obserwowano obniżenie poziomu wapnia i cholesterolu. Jak widać, cholesterol posiada niewątpliwie wpływ na obniżenie „gotowości drgawkowej“ ustroju. W okresach wzmożonej wrażliwości nerwowej (wczesne dzieciństwo, okres przedmiesiączkowy oraz miesiące zimowe) daje się zawsze stwierdzić obniżenie ilości cholesterolu. Autorka zbadała 7 przypadków padaczki oraz 6 przypadków kontrolnych; wykonała 104 określenia ilości cholesterolu we krwi całkowitej metodą Leiboffa (Jour. Lab. and Clin. Med., 10, 857, 1924 — 25). W każdym przypadku robiono określenia seryjne w ciągu 24 godzin, co 3 godziny. Autorka stwierdziła, że przeciętny poziom cholesterolu we krwi u osobników padaczkowych jest niższy od przeciętnego poziomu we krwi ludzi normalnych, mianowicie u ludzi normalnych waha się od 250 — 180 mg.%, u osobników z padaczką od 130 — 170 mg.%. Skala wahań poziomu cholesterolu w ciągu doby jest u chorych padaczkowych obszerniejsza, niż u ludzi zdrowych. W jednym przypadku, który okazywał „gotowość drgawkową“, systematyczne określanie ilości cholesterolu w ciągu doby wykazało spadek cholesterolu tuż przed napadem na 11 mg.%.
J. Melzak.

Streszczenia pojedyncze.

Lecznictwo.

ANDERSON i COLLIP. **Sposób przygotowania i własności pewnej substancji antytyreotropowej.** (The Lancet, 1934, Nr. 15).

Substancję antytyreotropową otrzymano jako wyciąg z surowicy konia, któremu zastrzykiwano hormon tyreotropowy. Substancja ta posiada właściwości zwalniania przemiany podstawowej u zwierząt zdrowych, pozatem hamuje działanie hormonu tyreotropowego zarówno u szczurów zdrowych, jak i u takich, którym usunięto przysadkę. Niema antagonizmu pomiędzy działaniem otrzymanego wyciągu a działaniem tyroksyny. Jeżeli szczurom, pozbawionym przysadki zastrzykiwano tę substancję antytyreotropową razem z hormonem tyreotropowym, stwierdzano zwalnianie procesów przemiany materii oraz wzmoczoną czynność komórek tarczycy.

Jerzy Fajwlewicz (Łódź).

DYSON. **Leczenie zmodyfikowaną immunotransfuzją posocznicy spowodowanej przez paciorkowca hemolizującego.** (The Lancet, Nr. 8, 1934).

Przypadki były z początku leczone specyficzną surowicą antystreptokokową (20 ccm. dziennie) bez wyniku dodatniego. Potem szereg dawców otrzymywał szczepionkę streptokokową, przygotowaną z hodowli krwi chorych, i po jednym lub dwóch przelewaniach krwi od tych dawców krew chorych stawała się jałową. Chory otrzymuje sporą ilość sody 12 godzin przed przelewaniem. Dawca otrzymuje jakieś 4—5 coraz większych dawek szczepionki i 4—8 godzin przed przelewaniem injekcję *natr. nucleinici*; niespecyficzny bodziec nukleinowy ma wiązać niespecyficzne przeciwciała we krwi dawcy i ułatwiać uwolnienie przeciwciał specyficznych.

Jerzy Fajwlewicz (Łódź).

U. REBANDI. **Nowa metoda stosowania dużych i częstych dawek arsenobenzolu oraz zwalczania stanów nietolerancji dla tego leku.** (Rinaseenza Medica 1934 r. Nr. 1).

Badania Figari i Sivoi wykazały, że aminokwasy, pochodne białka tkankowego, posiadają zdolność odtruwania ustroju myszy w stanach anafilaktycznych. Opierając się na tem spostrzeżeniu, autor zastosował w leczeniu kili arsenobenzol w 3-ch cm³ roztworu aminokwasów wątrobowych. („Epatoamine“ Piam.). Wstrzykiwania rozpoczynał od 0,30 — 0,45 gr. arsenobenzolu i dochodził do dawki 0,90 gr. Ogółem podawał do 9—10 gr. leku, stosując wstrzykiwania co 2-gi dzień. W poszczególnych przypadkach osiągał dawki jednorazowe 1,05 gr., 1,20 — 1,50 gr., nie obserwując przytem żadnych zaburzeń. W przypadkach uporczywej nietolerancji dla arsenobenzolu w roztworze stosował z dobrym wynikiem duże ilości tego leku w roztworze aminokwasów wątrobowych. Metoda ta pozwala zadziałać na ustrój dużemi dawkami arsenobenzolu, a jednocześnie przez stosowanie wstrzykiwań, co drugi dzień, znacznie skraca okres leczenia.

H. Zeldowicz.

LOEWY. **Purpura haemorrhagica thrombopenica na skutek idiosynkrazji względem sedormidu.** (The Lancet, 1934, Nr. 16).

Kilku chorych otrzymało przez szereg miesięcy zwykle dawki sedormidu z dobrym efektem, jednak nasutek specjalnej w tym kierunku wrażliwości wystąpił u nich znaczny spadek liczby płytek we krwi i w następstwie objawy skazy krwotocznej. Autor uważa te objawy za efekt alergotoksyczny. Stąd wniosek, że modne środki nasenne i uspakajające, jakkolwiek posiadają niewątpliwie dużą wartość, niezawsze jednak są środkiem niewinnym u osób wrażliwych, zwłaszcza przy pewnej wrażliwości przewodu pokarmowego.

Jerzy Fajwlewicz (Łódź).

FISHER. **Leczenie schistosomiasis akroflawina.** (The Lancet, 1934, Nr. 16).

Dawkowanie następujące: dla dzieci wagi do 20 kilo dawka całkowita wynosi 0,02 gr. na kilo wagi; przy 30 kilo wagi — 0,015 gr. na kilo; dla dorosłych wagi 60 kilo i więcej — 0,01 gr. na kilo, jednak nie przekraczając całkowitej dawki 0,7 gr. Wynik leczenia niezawsze dobry. Na 52 przypadki w 13 brak poprawy. Po stosowaniu akroflawiny nie stwierdził autor objawów toksycznych, ani wogóle objawów ubocznych.

Jerzy Fajwlewicz (Łódź).

Choroby jamy ustnej, gardła, nosa i uszu.

R. THIBAUT. **Stany gorączkowe w następstwie schorzeń zębów.** (Presse Médicale Nr. 64, sierpień 1934).

Przewlekłe stany gorączkowe kierują uwagę lekarza w stronę gruźlicy, rzadziej kily, zimnicy, ogniska zapalnego w jamie brzusznej, miednicy, narządach rodnych, migdałkach i uszach. Jeżeli wszelkie poszukiwania zawodzą, myśli się zwykle o gruźlicy. Bardzo ważne jest również uwzględnienie możliwości ognisk zapalnych okolicyzębów. Stany gorączkowe mogą mieć różny przebieg, zaś schorzenie zębów często bywa utajone. Są to najczęściej przewlekłe schorzenia okolicyzębów, ogniska septyczne w zębach mogą w ciągu 1 — 2 miesięcy powodować stany gorączkowe, dochodzące wieczorami do 38,6°. Rozpoznanie może być łatwe w przypadkach ropotoku zębowego, natomiast przy zamkniętych ogniskach zapalnych dokoła szczytów zębów konieczne jest badanie rentgenowskie. Niekiedy równocześnie sprawa chorobowa zajmuje kilka lub kilkanaście zębów. Na szczycie zębów wówczas często stwierdza się ziarniniaki. W przytoczonych 5 przypadkach rozpoznanie schorzenia zębów nastąpiło przypadkowo. Po stosownym leczeniu stomatologicznym gorączka ustąpiła. W niektórych przypadkach gorączka miała przebieg ciągły, w innych — napadowy. Stosunek przyczyny i skutku nie ulegał żadnej wątpliwości, jeżeli wziąć pod uwagę możliwość istnienia stanu posoczniczego o tej samej etiologii. Autorzy amerykańscy podają dość złożone odnośne metody (odczyn śródskórny, wybiórcze hodowle drobnoustrojów chorobotwórczych, obraz krwi). Wspomniane metody przeważnie zawodzą. Jedynym niezaprzeczonym dowodem, iż stan gorączkowy powstał na tle schorzenia zębów, jest ta okoliczność, iż usunięcie ogniska zapalnego (wyłuszczenie) pociąga za sobą szybkie ustąpienie gorączki. W przypadkach wątpliwych jest to prosty sprawdzian dla uniknięcia błędów. Mylne rozpoznanie gruźlicy może spowodować zbędne a kosztowne leczenie sanatoryjne. Lekarz jest obowiązany starannie zbadać stan jamy ustnej każdorazowo w przypadkach przewlekłego stanu gorączkowego bez widocznej przyczyny.

N. Szyk.

L. KUMMER. **Dalszy przyczynek do etiologii stomatitis aphthosa.** (Wien. kl. Woch. Nr. 23, 1933).

Obraz chorobowy jest wywołany przez jad opryszczkowy. *Stomatitis aphthosa* dorosłych przedstawia nietypową postać opryszczki błony śluzowej jamy ustnej.

A. Neumann (Baden-Wien).

M. OPPENHEIM. **W sprawie etiologii nigrities linguae.** (Wien. kl. Woch. Nr. 23, 1934).

Autor uważa za przyczynę tego cierpienia *Tinctura Ratanhiae* oraz inne czerwone barwniki, które bywają używane do farbowania cukierków i soków owocowych oraz do rozmaitych wód do mycia zębów. Zaniechanie używania tych środków prowadzi do wyleczenia choroby.

A. Neumann (Baden-Wien).

HARTFALL. Monocytoza i agranulopenja w przebiegu anginy Plaut-Vincent. (The Lancet 1934, Nr. 12).

W przebiegu tego schorzenia stwierdził autor we krwi znaczną monocytozę. Przy dalszej obserwacji występowała ciężką agranulopenją, którą udało się autorowi opanować przez zastosowanie pentozy nukleotydowej.

Jerzy Fajlewicz (Łódź).

B. DANELIUS. Krwotoki po wyluszczeniu migdałków. (Zeit. f. Hals. Nas, u. Ohr. t. 33, z. 4).

Na 800 wykonanych tonsillektomij a. spostrzegł 26 razy krwotoki pooperacyjne, co stanowi 3,25%. Po podkluciu naczyń prawie wszystkie krwawienia dały się opanować. W jednym tylko przypadku krwotok stanął dopiero po zastosowaniu przetaczania krwi. A. znieczuliła nowokainą, radzi jednakże dodawać mało adrenaliny (3 — 4 krople na 25 — 30 cm.³). Podczas tonsillektomii należy się trzymać ściśle otoczki migdałkowej i każde występujące krwawienie odrzucać tamować.

J. T e a c e r.

Choroby narządów trawienia.

S. M. GOLDHAMER. Leczenie marskości wątroby wyciągiem wątrobowym. (Arch. of Int. Med., 1934, 53, Nr. 1).

U chorego z marskością wątroby stwierdzono obraz krwi podobny do niedokrewności złośliwej obok wolnego kwasu solnego w soku żołądkowym. Po zastosowaniu dożylnych wstrzykiwań wyciągu wątrobowego stan chorego zaczął się poprawiać. Liczba retikulocytów osiągnęła 10,5% (maksymalna reakcja po wątrobie w prawdziwej niedokrewności złośliwej), po 4 zastrzykach wyciągu w przerwach tygodniowych krwinki czerw. osiągnęły poziom 4 milij., Hb. — 64%. Na podstawie badań C a s t l e a i innych autorów amerykańskich obraz krwi o typie niedokrewności złośliwej powstać może: 1) z powodu braku odpowiednich składników pożywienia (czynnik zewnętrzny), 2) z powodu braku uczynniającego wydzielania żołądka (czynnik wewnętrzny), 3) z powodu zaburzenia wchłaniania produktu zadziałania pierwszych 2 substancji, który jest konieczny do dojrzewania krwinek czerwonych. Normalnie zostaje on magazynowany w wątrobie. Jeżeli jednak schorzenie wątroby uniemożliwia — jak w opisanym przypadku — tę czynność wątroby, nadmiar wytwarzanej w czasie trawienia substancji hematopoetycznej może być stracony, wobec czego liczba czerwonych krwinek ulega obniżeniu. Byłby to czwarty mechanizm wytwarzania się obrazu krwi o typie anemii złośliwej, występujący w marskości wątroby, a być może, i w niektórych innych schorzeniach (np. w zatruciu ciężkowem). Podobny obraz krwi był opisany w kilku przypadkach marskości wątroby przez innych autorów. Mechanizm trzeci i czwarty zaburzeń hematopoetyki tłumaczyłby możliwość występowania obrazu krwi o typie niedokrewności złośliwej przy obecności kwasu solnego w soku żołądkowym.

H. M a k o w e r (Łódź).

I. NEUMARK. W sprawie znaczenia rozpoznawczego leukocytów w treści dwunastniczej w zapaleniach pęcherzyka żółciowego. (Sowieckaja Wraczebnaja Gazeta Nr. 5, marzec 1934 r.).

W przebiegu zapalenia pęcherzyka żółciowego żółć, wydobyta za pomocą zgłębnikowania dwunastnicy, może mieć skład prawidłowy. Często leukocyty utrzymują się przyścienienie, łączą się ze śluzem i nie przenikają do żółci. Tylko w 1/3 przypadków stwierdza się w żółci B 15 — 20 leukocytów w polu widzenia. Niekiedy znalezione leukocyty mogą pochodzić z żołądka i jamy ustnej. Sprawę pochodzenia leukocytów trudno rozstrzygnąć. Nie zmniejsza to wartości badania przez zgłębnik. Sprawy zapalne dróg żółciowych dają niekiedy cały szereg innych produktów zapalnych (nabłonek, wałeczki żółciowe, białko tkankowe, śluz). Wobec możliwości za-

nieczyszczenia właściwe tłumaczenie uzyskanych danych jest trudne. Ogólny obraz kliniczny ma decydujące znaczenie w rozpoznaniu.

N. S z y k.

G. E. KONJETZNY. W sprawie zagadnienia nieżytu żołądka. (Wien. kl. Woch. Nr. 15, 1933).

W nieżycie żołądka pod wpływem przewódowania białych ciałek krwi i ucisku wysięku może łatwo przyjść do pęknięcia warstwy nabłonka. Następstwem tego jest nadżerka. Sok żołądkowy nie odgrywa w powstawaniu ostrych nadżerek i owrzodzeń, jak również w przekształcaniu się ich w typowe przewlekłe wrzody żadnej roli w znaczeniu oparzenia lub trawienia. I obecnie jeszcze nie zostało dowiedzione, ażeby sok żołądkowy mógł atakować zdrową błonę śluzową żołądka. Może on natomiast współdziałać w szerzeniu się owrzodzeń dzięki temu, że wywołuje stany pęcznienia tkanki żrącej. Nieżyt żołądka, względnie nieżyt żołądka i dwunastnicy może wywoływać wszystkie objawy, które znamy z choroby wrzodowej: bóle, ból głodowy. Bóle mogą być tak silne, jak w przedziurawieniu. Dalej występować mogą krwawienia wszelkiego stopnia i kurcze, przypominające kurcz odźwiernika. Wskutek tego może wchodzić w rachubę zagadnienie operacji. Jest ona z pewnością usprawiedliwiona w ograniczonych i polipowatych rozrostach błony śluzowej (badanie rentgenowskie!) i tam, gdzie przewlekły nieżyt żołądka doprowadził do organicznego zwężenia odźwiernika. Trudności w ocenie przypadku zwiększają się jeszcze, jeżeli uprzytomnić fakt, że można stwierdzić przejście tej sprawy w raka.

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

W. LAPP i H. DIBOLD. Nieżyt żołądka i jego leczenie w związku z gospodarką węglowodanową. (Wien. kl. Woch. Nr. 14, 1933).

Chorzy z nadkwaśnością wykazują naogół skłonność po podaniu węglowodanów do niskich wartości cukru we krwi, chorzy z niedokwaśnością — do wysokich wartości. Niski poziom cukru we krwi oznacza bodziec do wydzielania kwasu, wysoki poziom cukru we krwi może hamować wydzielanie i ruchy żołądka. Leczenie dietetyczne nieżyty ma przede wszystkim na celu oszczędzanie narządu gruczołowego, co można osiągnąć zapomocą niedrażniącej diety, składającej się z pokarmów węglowodanowych. Drugą zasadę stanowi zasada przeciwważalnia, której czyni się zadość zapomocą unikania soli. Jeżeli chodzi o częstotść posiłków, to w nadmiarze kwasu stosuje się posiłki co dwie godziny, w razie braku kwasu stosuje się 3 — 4 posiłki dziennie. A zatem w nadmiarze kwasu posiłki co 2 godziny, zrazu dieta bezsolna, składająca się z wody cukrzanej i soków owocowych, jak najbardziej przetartych kompotów z jabłek, brzoskwiń, świeżego soku z winogron i jabłek, bezsolnych biszkoptów i napiek mącznych na mleku. Po 8 dniach dodaje się 3 — 4 gr. soli, lecz i wtedy również jeden, dwa razy tygodniowo wtrąca się dzień bezsolny w postaci dnia kompotowego.

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

B. SPARK. Wyrostek robaczkowy i jego zapalenie. (Wien. kl. Woch. Nr. 10, 1933).

Dawne poglądy, że wyrostek robaczkowy stanowi zbędny narząd, upadły od czasów B e r r y e g o (1895). Poglądy na czynność wyrostka robaczkowego uległy zmianie w tym sensie, że nie przypisuje mu się czynności trawienia, lecz limfatyczną. Naogół stwierdza się zwiększenie tkanki limfatycznej w miarę zbliżania się do dolnych odcinków jelit i w miejscach naturalnego utrudnienia pasażu, co jest wyraźne, jeżeli chodzi o jelita królika, w wyrostku robaczkowym. U człowieka powstanie nagromadzenia mieszków w wyrostku robaczkowym kładzie autor również na karb powstałej z biegiem rozwoju filogenetycznej przeszkody w pasażu. Tylko człowiek, małpy człekokształtne i gibbon posiadają wyrostek robaczkowy.

wy. Przyczynę tego upatruje autor w pionowej pozycji ciała, z którą związane jest opuszczanie się wierzchołka kątnicy aż na dno miednicy i do miednicy malej. Wskutek tego koniec kątnicy pozostaje pod ciśnieniem innych trzewi, zaś pasaż znajdującej się w nim treści jelitowej ulega zwolnieniu. Lecz rozwój tkanki limfatycznej zależy również od sposobu żywienia się, jest on silniejszy u roślinożernych, słabszy zaś u mięsożernych, przyczem pewną rolę odgrywa także flora bakteryjna, gdyż autorowi udało się stwierdzić, że pożywienie mięsne sprzyja przewadze beztlenowców, a mianowicie z grupy prątków, wytwarzających gazy. Dysponujący moment dla wywołania napadu zapalenia wyrostka robaczkowego stanowi, jak się zdaje, spożywanie nadmiernych ilości pokarmów białkowych. Jak wynika ze spostrzeżeń autora, w praktyce większej zapalenia wyrostka robaczkowego zdarzają się o wiele rzadziej u chłopów, którzy spożywają mało mięsa, aniżeli u dobrze sytuowanych urzędników i właścicieli ziemskich. Fakt ten pozostaje w zgodzie ze spostrzeżeniem G e l i n s k y e g o, który rzadko znajdował zapalenie wyrostka robaczkowego u tubylców Chin i Persji, często natomiast u zamieszkujących w tych krajach Europejczyków, którzy się żywili tam tak, jak w ojczyźnie.

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

H. FINSTERER. **O znaczeniu wycięcia dla wyłączenia w leczeniu wrzodów dwunastnicy.** (Wien kl. Woch. Nr. 18, 1933 r.).

Dla wyniku operacyjnego rozstrzygające znaczenie posiada nie jednoczesne usunięcie odźwiernika, lecz rozmiary wyciętej części żołądka. Pozostawiać należy wpustową trzecią część żołądka. Z pośród 95 przypadków, w których dokonano wycięcia żołądka z pozostawieniem odźwiernika, zmarły 3, zaś 31% uległo zupełnemu wyleczeniu. Operacja wycięcia dla wyłączenia z pozostawieniem odźwiernika posiada o wiele większe zalety, niż zespolenie żołądkowo-jelitowe. Wycięcie żołądka wraz z odźwiernikiem znacznie zwiększa śmiertelność operacyjną, podczas gdy trwale wyniki nie są bynajmniej lepsze.

E. N e u m a n n (Baden-Wien).

Choroby dzieci.

H. SLOBUZIAM. **Leczenie krwotoków mózgowych u noworodków.** (Gyn. et Obst. Nr. 2. T. XXIX, 1934 r.).

Zasada leczenia polega na powiększeniu krzepliwości krwi i na wywołaniu kurczu naczyń mózgowych, w przeciwieństwie do rozszerzonych, które wywołały krwotok i obrzęk. Dlatego autor proponuje zastrzyki surowicy krwi zwierzęcej, krwi rodziców, coagulenu, wapnia i t. p. Oprócz tego łód na głowę z godzinnymi przerwami w przeciągu kilku dni. Łód wywołuje znieczulenie, dziecko jest spokojniejsze, nie odczuwa bólu w głowie, nie rzuca się i tem samem nie wywołuje nowych krwotoków.

L. b i n.

Helène BELAJEWA i S. ALEXANDROWA. **Działanie ostrych infekcyjnych chorób na organy rodne małych dziewczynek.** (Gyn. et Obst. Nr. 3. T. XXIX, 1934)

Wobec tego, że infekcyjne choroby wywołują u kobiet poronienia, przedwczesne porody, zaburzenia perjodowe i t. p., autorki zajęły się badaniem organów rodnych małych dziewczynek po infekcyjnych chorobach i przyszyły do następujących wniosków. Dyfteryt, szkarlatyna, koklusz, dyzenterja, wywołują poważne zmiany w organach rodnych. Najwięcej cierpi aparat folikularny, wywołując degenerację i ubytek komórek jajnikowych, śluzówka pochwy i jajowodów zostaje atakowana i wywołuje atrezję, którą obserwujemy później u dorosłych kobiet. Cała seria mikrofotografii organów

rodnych małych dziewcząt, które zmarły podczas tych chorób infekcyjnych, potwierdza wnioski autora.

L. E b i n.

M. SCHACHTER. **Djeta owocowa w biegunkach dziecięcych.** (Arch. de Méd. des Enf. Nr. 3 T. 1934).

Pierwszym, który opisał tę metodę, był mało znany lekarz niemiecki Heisler (1928), ale szerzej znana stała się dopiero po zastosowaniu jej przez prof. M o r o w klinice w Heidelbergu. M o r o zaleca podawanie dzieciom w ciągu trzech dni purée z jabłek, których waga wynosi około 100 — 300 gr. na posiłek, a około 1500 gr. dziennie. Niektórzy autorzy podkreślają konieczność wybierania dobrych gatunków jabłek, natomiast S. uważa, że jedynym warunkiem jest, aby jabłka były dojrzałe. Czasem dietę jabłkową zwłaszcza u dzieci poniżej 2 lat dobrze jest przedłużyć i zastosować przez 3 dni dietę przejściową złożoną z: kakao z żółtą, herbaty, biszkoptów, sera, purée z kartofli i nadal papki z jabłek, poczem przechodzi się do diety zwykłej. Do leczenia tą metodą nadają się najlepiej ostre biegunki, dysenteria choleriformis, i banalne dyspepsje dzieci powyżej roku. Niemowlętom podaje się zupełną M o r o przygotowaną w sposób następujący: 200 — 300 gr. tartych jabłek miesza się z równą ilością płynu R i n g e r a i z 500 — 700 gr. lekkiej herbaty. Całość (800 — 1000 gr.) dzieli się na 5 posiłków. Rezultaty są doskonałe, poprawa stolców zwykle zaznacza się już 1-go dnia, autor jednak podkreśla konieczność zastosowania na początku w cięższych przypadkach głodówki 6 — 12-godzinnej. W chorobie H e r t e r - H e u b n e r a S. nie miał wyraźnego i trwałego polepszenia przy podawaniu diety M o r o. Stosowanie w biegunkach dziecięcych zamiast świeżych jabłek „Aplony“ daje równie dobre rezultaty. Aplona jest to proszek jabłczany, którego 100 gr. odpowiada 1 kilo świeżych jabłek. Przygotowanie jest proste: Aplonę miesza się z wodą w stosunku 4 do 6 na 100, słodzi sacharyną i podaje dziecku. Stosowanie Aplony ma też tę dobrą stronę, że unika się oporu rodziców, którzy przeważnie są uprzedzeni do diety z surowych jabłek. M. F a n c o n i otrzymał również dobre wyniki przy stosowaniu diety bananowej, autor zaś w jednym przypadku biegunki u dziecka rocznego podał zamiast jabłek gruszki i morele, których działanie okazało się takie samo.

H. P e t r y n o w s k a.

J. COMBY. **Leczenie błonicy.** (Arch. de Méd. des Enf. Nr. 2 r. 1934).

Błonica w ostatnich latach wykazuje wzmoczoną skłonność do złośliwego przebiegu, czemu usiłowano zapobiec ogromnymi dawkami surowicy, jednak bez spodziewanego wyniku. Wobec tego należy wrócić do dawek umiarkowanych: 10 — 20 cm.³ surowicy R o u x u niemowląt i 20 — 40 powyżej 2 lat. Czasem może wystarczyć dość silna dawka jednorazowa (20 cm.³ pod skórę i tyleż domięśniowo), przeważnie jednak w ciągu następnych dni zastrzyki trzeba powtarzać, dając ogółem 80 — 100 cm.³ Przy leczeniu porażenia błoniczych jedna duża dawka nie wystarcza. Autorowi zastrzyki seryjne (podawane codziennie) wydają się specjalnie wskazane. Surowica stężona (1000 jedn. w 3 cm.³) daje dobre wyniki w celach profilaktycznych. Autor poleca stosowanie miejscowo wody selcerskiej wprowadzonej do gardła przez rurkę gumową wprost z syfonu. Zabieg ten dobrze oczyszcza gardło i przynosi dużą ulgę choremu, wobec czego należy go powtarzać parę razy dziennie. Ze względu na bezsilność naszej w leczeniu złośliwych postaci dyfterytu autor jest gorącym zwolennikiem szczepień błoniczych za pomocą anatoksyny. Następnie opis 6 przypadków. Autor stosował surowicę starą R o u x, sur. oczyszczaną i sur. stężoną. O różnicy w koncentracji tych surowic nie wspomina (przyp. ref.).

H. P e t r y n o w s k a.

Choroby nerwowe i psychiczne.

M. B. STRAUSS, W. J. Mc DONALD. **Zapalenie nerwów w przebiegu ciąży, jako skutek deficytu w odżywianiu.** (The Journ. of the Am. Med. Assoc. T. 100, Nr. 17--1933).

Autor sądzi, że *polyneuritis* w ciąży jest chorobą, zależną nie od toksemji, lecz od braków w odżywianiu. Zapalenie nerwów często połączone jest z wymiotami; pozatem wiadomo, że w przebiegu ciąży często występuje hiposekrecja śluzówki żołądka, co pogarsza warunki wchłaniania żelaza i witamin. Obraz kliniczny zapalenia nerwów jest bardzo podobny do *polyneuritis* w beriberi. Autor opisuje trzy tego rodzaju przypadki, gdzie obok zapalenia nerwów stwierdzano anemię wtórną i achlorhydrję po śniadaniu alkoholowym. Wszystkie przypadki były leczone dietą bogatą w białko; pozatem podawano surową wątrobę, soki owocowe i 6 gr. żelaza dziennie; we wszystkich przypadkach osiągnięto zupełne cofnięcie się objawów zapalenia nerwów. Jakób P e n s o n.

SCHACHTER. **Leczenie atropinowe stanów parkinsonowskich po zapaleniu mózgu.** (Strasbourg med Nr. 15/1933)

Autor leczył dotychczas 22 chorých ambulatoryjnie, podając im w płynie (na 150 cm.³) atropinę (0,01) z hyoscyną lub skopolaminą (0,02). Wyniki praktyczne sprowadzały się do tego, że pewni chorzy odzyskiwali możność pracy i zdobywania sobie egzystencji (mowa jest oczywiście, o bardzo lekkiej pracy). Naogół wyniki, otrzymane przez autora, nie były tak pomyślne, jak opisywane przez innych autorów, którzy stosowali duże dawki. W pewnym przypadku systematycznie spostrzeganym pacjentka podawała, że leczenie wpłynęło pomyślnie jedynie na ślinotok i napady okoruchowe; jeżeli chodzi o sztywność (jest to postać przeważnie sztywna) i drżenie, wynik leczenia jest tak nikły, że może ona wykonywać w domu jedynie najprostsze roboty, lecz nie może nigdy szyć, ani gotować. Harmina, zbliżona pod względem farmakologicznym i dynamicznym do banisteryny, a znana we Francji pod nazwą yagelny, w dawkach leczniczych wywiera pomyślny wpływ na zespół parkinsonowski. Działanie ujawnia się już w 1/2 godziny po jej przyjęciu; widać wówczas znikanie sztywności, przełomów okoruchowych, poprawę bradykinezy i większości innych objawów ruchowych, pod względem zaś psychicznym u chorych występuje euforia. Z punktu widzenia wegetatywnego następuje normalizacja, gdyż, jak wiadomo, parkinsonicy są raczej wago-tonikami. Drżenie, lecz tylko to, które widzi się przy ruchach zamierzonych, znika. Czas trwania działania tego leku nie przekracza 6, najwyżej 8 godzin od chwili przyjęcia go.

Henryk J. L a n d a u.

F. HAMBURGER. **W sprawie leczenia swoistego choroby Heine-Medina.** (Wien. kl. Woch. Nr. 10/1933).

Wobec tego że widywano również dobre wyniki po zastrzykiwaniach normalnej surowicy, zaleca autor bez szkody dla dalszego postępowania jako pierwsze, co należy czynić, zastrzykiwanie dziecku krwi, pobranej od rodziców, ażeby uzyskać czas dla ewentualnych późniejszych zabiegów.

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

F. GELBENEGGAR. **Dołędźwiowe wstrzykiwania solganalu w zapaleniach opon i schorzeniach mózgowo-rdzeniowych.** (Wien. kl. Woch. Nr. 8/1933).

W dwóch przypadkach limfocytarnego i w dwóch przypadkach ropnego zapalenia opon mózgowych udało się osiągnąć wyleczenie za pomocą częstych, czasami codziennych dołędźwiowych wstrzykiwań 0,01 — 0,05 gr. solganalu, przyczem najwyższa dawka ogólna wynosiła 0,9 gr. Występowanie zatrzymania moczu i krwotocznego zapalenia pęcherza moczowego czyni koniecznym zrobienie przerwy w leczeniu. W krótkim czasie porażeniu rdzeniowym (*paralysis spinalis spastica*) i jaoencefalitycznym parkinsonizmie, a, być może, również

w stwardnieniu wieloogniskowym należałoby także próbować tej metody leczenia. A. N e u m a n n (Baden-Wien).

E. LOEWENSTEIN. **O tuberkulobacillemji w chorobach nerwowych.** (Wien. kl. Woch. Nr. 8 1933).

Autor rozumie pod gruźlicą wszelkie zmiany tkankowe, które są wywołane przez prątek gruźlicy. Bywają również zakażenia gruźlicze bez gruzełków. Gruźlica jest przeważnie schorzeniem naczyń, gruzełki błony wewnętrznej naczyń są źródłem zakażenia krwi. Gruźlica jest schorzeniem ogólnym. Przemawiają za tem przerzuty do wszystkich narządów, gorączka, uczulenie na tuberkulinę, a przede wszystkim często dająca się wykazać tuberkulobacillemja. Poza znanymi już postaciami występowania gruźlicy udało się wykryć zapomocą posiewów ze krwi metodą L o e w e n s t e i n a prątki gruźlicy we krwi krążącej w następujących sprawach: toczeń rumieniowaty (*lupus erythematosus*), rumień guzowaty (*erythema nodosum*), rumień stwardniały (*erythema induratum* B a z i n), zapalenie błony naczyniowej oka (*chorioiditis*) i współczulne zapalenie oka (*ophthalmia sympathica*), ostre i przewlekłe zapalenie wielostawowe, płasawica, stwardnienie wieloogniskowe, pozagalkowe zapalenie nerwu wzrokowego (*neuritis optica retrobulbaris*) i ośpienie wczesne (*dementia praecox*). Poza krwią wykrywano metodą L o e w e n s t e i n a prątki gruźlicy w ogniskach chorobowych, tak np. w zapaleniu błony naczyniowej oka, zapaleniu pozagalkowym nerwu wzrokowego, współczulnym zapaleniu oka, w płynach stawowych, w płynie mózgoworodzeniowym i t. d. Wykrycie prątków gruźlicy jest bardziej przekonującym dowodem, niż metody pośrednie, jak: odczyny tuberkulinowe lub wiązanie dopełniacza. A. N e u m a n n (Baden-Wien).

L. BENDER i P. SCHILDER. **Encephalopathia alcoholica.** (Wien. kl. Woch Nr. 13/1933).

Autorzy podnoszą, że nie widzieli dotychczas ani jednego przypadku alkoholowego zapalenia wielonerwowego, w którymby nie było objawów procesów encefalopatycznych. Wśród 24 dokładnie spostrzeganych przypadków większość wykazywała wyłącznie objawy encefalopatyczne. Autorzy odróżniają wśród nich 4 grupy. Przedewszystkiem istnieje grupa, w której na pierwszym planie stoją zmienne napięcia mięśni, wzmagające się przy ruchach biernych, które łączą się z ruchami i ustawieniami atetotycznymi. Jednocześnie występuje chwytanie przymusowe i odruchy ssące. Do typowego obrazu należy dodatni i ujemny odczyn podpierania się, dość często widuje się toniczne jękanie się, porażenia mięśni ocznych oraz zaburzenia ze strony żrenic i zanik nerwu wzrokowego. Na szczególne zainteresowanie zasługują krwotoki do siatkówki. Synergja należy do typowego obrazu. Zawsze istnieją zaburzenia świadomości, mogą się do tego przyłączać stany brejdzenia. Do obrazu należy wzmocniona reakcja bólowa, która z pewnością jest uwarunkowana nie tylko ruchowo, lecz i psychicznie. Choroba prowadzi do śmierci w ciągu okresu czasu od kilku dni do pół roku. Zmiany histopatologiczne odgrywają się we wszystkich czterech grupach w częściach ośrodkowego układu nerwowego, które stykają się z płynem mózgoworodzeniowym tak, że musi się wyciągnąć wniosek, iż płyn mózgoworodzeniowy zawiera substancję, wywołującą chorobę. W drugiej grupie na pierwszym planie stoją objawy mózdkowe, próba B a r a n y e g o ulega daleko idącym zmianom. W trzeciej grupie symptomatologia przypomina objawy ostrego napadu katatonicznego z rokojarzeniami i omamami, występujące zamroczenie świadomości, lecz bywają również ruchy atetotyczne, przymusowe chwytanie, daje często szybkie skurcze jak gdyby uderzenia, podobnie jak w ostrym zapaleniu mózgu, lecz nie zjawiają się one w mięśniach powłok brzusznych. W czwartej grupie obok objawów mózgowych istnieje zapalenie wielonerwowe.

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

Streszczenia pojedyncze.

Choroby serca i naczyń.

A. LEHNDORFF. **O patogenezie anginae pectoris decubitalis.** (Med. Klin. Nr. 43, 1933).

Podział napadów duszniczy bolesnej na dusznicę ruchową (angine d'effort autorów francuskich) i spoczynkową (angine de décubitus, *angina decubitalis*) jest usprawiedliwiony względami praktycznymi, gdyż ta druga postać daje poważniejsze rokowanie i wymaga surowszego leczenia oszczędzającego. Jako przyczynę powstawania *anginae pectoris decubitalis*, której napady występują w spoczynku i zwykle w nocy, podaje się zwykle wpływ wysokiego ustawienia przepony w położeniu poziomem i zimnego łóżka. Oblite kolacje i zwiększenie przez to wysokiego ustawienia przepony w położeniu poziomem może się przyczyniać do występowania napadów duszniczy. Ogrzanie łóżka i ograniczenie kolacji do minimum przyczynia się do zmniejszenia częstości i natężenia napadów. Lecz nie są to wyłączne przyczyny napadów. Najistotniejszym momentem w powstawaniu każdego napadu duszniczy bolesnej jest niestosunek pomiędzy ukrwieniem przez naczynia wieńcowe a wymaganą od mięśnia sercowego pracą. W tym znaczeniu działają również przestrach i podniecenie, wzmagające na drodze nerwowej czynność serca. W przypadkach lekkiej niedomogi krążenia serce bywa zmuszone do wykonywania w spoczynku wzmózonej pracy (np. wyplukiwanie w nocy utajonych obrzęków — nykturja); tem tłumaczyć można nocne napady obrzęku płuc u sercowo chorych w stanie spokoju. Ta wzmózoną nocną pracą serca tłumaczyć można napady duszniczy bolesnej, zwłaszcza u chorych z nadciśnieniem tętniczym, którzy stanowią główny kontyngent duszniczy. *Angina pectoris decubitalis* wikła się często obrzękiem płuc. W razie silniejszej niedomogi krążenia napady duszniczy mogą zniknąć, zaś zbyt energiczne leczenie naparstnicą może je wywołać. Pomimo to małe dawki naparstnicy, podawane przez pewien czas chorym z dusznicą, działają często wybitnie pomyślnie. U chorych ze stosunkowo niskim lub normalnym ciśnieniem krwi powstawanie nocnych napadów duszniczy bolesnej tłumaczy autor w inny sposób: w nocy po dłuższym stanie spoczynku następuje spadek ciśnienia krwi i zwolnienie szybkości przepływu tak, że w razie istnienia zwężenia światła tętnic wieńcowych powstaje ischemja mięśnia sercowego i wskutek tego napad duszniczy bolesnej. Dodatkowy moment w powstawaniu nocnych napadów duszniczy bolesnej stanowią zmiany meteorologiczne, odgrywa tutaj rolę przewodnictwo elektryczne powietrza, wykazujące dwa wierzchołki, jeden o 12-ej w południe drugi o 4-ej nad ranem. Zależność występowania napadów od zmian pogody i ciśnienia barometrycznego jest znana.

Henryk J. L a n d a u.

L. A. AMBLARD. **Dusznicza bolesna na tle dny.** (Monde méd. Nr. 833, 1933).

Podczas gdy dusznica pochodzenia wieńcowego prowadzi do śmiertelnej zapaści, należy ona do wyjątkowych rzadkości w duszniczy na podłożu dławem. Ból umiejscawia się piersią mostkiem, nosi charakter czysto uciskowy, wyjątkowo tylko towarzyszy mu promieniowanie do lewego ramienia. Niema tutaj konieczności zupełnego bezruchu, ani uczucia grożącej śmierci. Często występują jednocześnie napady dny i duszniczy bolesnej. Istnieje bolesność uciskowa pewnych punktów klatki piersiowej, stale utrzymująca się. Czasami współlistnieją zaburzenia żołądkowe. U większości chorych, spostrzeganych przez autora, istniały oznaki przebytego przymiotu; jedynie u dwóch chorych nie udało się wykryć żadnych oznak kilowych. Napady dny i duszniczy czasem występowały niezależnie od siebie, czasami napad duszniczy zwiastował napad dny. Kuracja w Vittel wraz ze stosowaniem gardenalu, trinitryny

wywarła pomyślny wpływ zarówno na dusznicę bolesną, jak również na dnę w obu ostatnich przypadkach.

Henryk J. L a n d a u.

KALIEBE. **Wewnątrzkomorowe zaburzenia przewodnictwa serca.** (D. m. W. Nr. 18, 1933).

Autor przytacza historję choroby oraz krzywe elektrokardjograficzne w czterech przypadkach niejasnych dolegliwości sercowych. We wszystkich stwierdzono na Ekg. poważne zaburzenia w przewodnictwie, blok rozkojarzeniowy oraz uszkodzenie drobnych gałęzi nerwowych wewnątrzkomorowych. Dzięki badaniu Ekg. można było we właściwy sposób interpretować spostrzegane objawy. St. L u x e n b u r g.

I. W. HELD i A. A. GOLDBLOOM. **Ostre zapalenie wsierdzia, wywołane przez paciorkowca zieleniejącego. Doniesienie o 4 przypadkach ze spostrzeżeniami sekcyjnymi w 2.** (Arch. Int. Med, 1934, 53, Nr. 4).

Paciorkowiec zieleniejący wywołuje zwykle „podostre bakteryjne zapalenie wsierdzia“ (według terminologii L i b m a n a) wzgl. „*endocarditis lenta*“ (S c h o t t m ü l l e r). Różnica między temi pojęciami polega na tem, że według S c h o t t m ü l l e r a schorzenie o podobnym przebiegu wywołać może tylko paciorkowiec zieleniejący, podczas gdy L i b m a n stwierdził możliwość występowania takiego samego obrazu chorobowego również pod wpływem innych drobnoustrojów (pneumokoków, prątków P f e i f f e r a, gonokoków, gronkowców, paciorkowców hemolizujących i inn.). Ostre zapalenie wsierdzia na tle zakażenia paciorkowcem zieleniejącym było opisywane rzadko. Na zasadzie własnych 4 przypadków autorzy stwierdzają, że zwykle bywa ono poprzedzone przez jakieś ostre zakażenie, które może wystąpić kilka dni przed rozpoczęciem sprawy na wsierdzu i w ten sposób może maskować to groźne powikłanie do tego stopnia, że może ono ująć uwagi badającego lekarza. W obrazie chorobowym na pierwszy plan wysuwa się ostry stan septyczny z dreszczami i gorączką septyczną. Przyczyną wzmóżenia się zjadliwości zwykle mało zjadliwego paciorkowca zieleniejącego w tych przypadkach jest, według zdania autorów, prawie zupełny brak siły reakcyjnej układu siateczkowo-śródbłonkowego wsierdzia, wywołany przez poprzedzające zakażenie. Z tego powodu miejscowe zmiany zapalne, stwierdzone na sekcji, były nieznaczne, natomiast zmiany destrukcyjne były duże. Śmierć zwykle występowała bardzo szybko po rozpoczęciu choroby. W jednym tylko przypadku wyhodowano obfite kolonie paciorkowca zieleniejącego ze krwi, w pozostałych ilość ich była nieznaczna. Autorzy zwracają uwagę na to, że migotanie przedsionków, wyjątkowe w postaci podostrej, spotyka się w ostrem zapaleniu wsierdzia często.

H. M a k o w e r (Łódź).

Choroby krwi i narządów krwiotwórczych.

ABRAMI. **Śledzionowe pochodzenie purpurae cierpiących na wątrobę.** (Nutrition 6—1933).

Krwawienia w przebiegu cierpień wątroby, szczególnie marskości są częste, albo jako krwotoki żołądkowojelitowe, wzgl. *purpura* na tle zmian w układzie s.-ś. śledziony. Podstawą ich jest najczęściej wydłużenie czasu krwawienia, które należy badać skrupulatnie i często, gdyż zmienia się z dnia na dzień. W 80% przyp. znajduje się dodatni objaw opaskowy. Pozatem stwierdza się gorszą kurczliwość skrzepu, trombopenję. Rzadziej jeszcze opóźniony jest czas krzepnięcia (5%) i to niezależnie od obecności krwawienia. *Purpura* sama przez się jest tylko objawem zdradzającym kruchość naczyń; o ile towarzyszy jej wydłużony czas krwawienia, trombopenja, gorsza kurczliwość skrzepu, normalny czas krwawie-

nia — mamy wtedy już hemogeenę pochodzenia śledzionowe-
go; czego dowodzi poprawa po splenektomji, podwiązanie tę-
nicy śledzionowej. O ile objawy hemogenji występujące u oso-
by ze zdrową wątrobą przypisywane są wpływowi śledziony,
niema powodu szukać innej przyczyny skazy u chorych z wą-
trobą marską. Skłonność do krwawień chorych na wątrobę nie
dowodzi udziału wątroby. Wszystkie przewlekłe i ostre scho-
rzenia miększej wątroby są jednocześnie cierpieniami układu
s.-ś. i śledziony. W przebiegu ciężkich żółtaczek uszkodzona
jest również śledziona, podobnie stała jest hemogenja. Istnie-
ją prócz tego żółtaczki przy których zmiany dotyczą wyłącz-
nie wątroby; wtedy nie obserwuje się krwawień. Przykładem
może tu służyć ostry żółty zanik, wywołany zatruciem ato-
fanem. O ile zjawiały się krwawienia, śledziona była powięk-
szona. Żółtaczki mechaniczne nie dają krwawień, gdyż śle-
dziona pozostaje nieuszkodzona. Badania autora wskazują, że
zatrucie fosforem wywołuje krwawienia tylko u psów z za-
chowaną śledzioną. Usunięcie śledziony chroni przed skazą
krwotoczną, pomimo jednoczesnego zaniku wątroby. Szereg
doświadczeń różnych badaczy wykazuje, że pomimo usunie-
cia wątroby krzepliwość krwi nie zmienia się, często jednak
występuje fibrynopenja i skrócenie czasu krzepnięcia, ale bez
skłonności do krwawień. Ostatnie dwa zjawiska nie są zależ-
ne od siebie. Gorsza krzepliwość krwi jest b. rzadka u krwa-
wiących chorych na wątrobę. O ile czule metody wykrywają
tę cechę krwi w przebiegu *purpurae*, można ją rozpoznać u
tych chorych na wątrobę, którzy nie krwawią wcale. Jeżeli
znowu chorzy na wątrobę krwawią — krzepliwość ich krwi jest
normalna, gdy zaś wyjątkowo krew u takich chorych nie
krzepnie wcale — mogą nie krwawić. *Purpura* chorych na wą-
trobę i *purpura* przy hemogenji są identyczne. Objawy he-
mofilji towarzyszące hemogenji u chorych na wątrobę wyni-
kają z niedomogi tego narządu i zależnej od stanu wątroby
gorszej krzepliwości krwi. O ile więc niedomoga wątroby
przejawia się wydłużeniem czasu krzepnięcia, o tyle kruchość
naczyń, objaw opaskowy, wydłużenie czasu krwawienia, trom-
bopenja, zła kurczliwość skrzepu — są objawami uszkodzenia
układu s.-ś.

F. T u r y n.

Emile WEIL. **Hemogenja.** (Nutrition 6—1933).

Przypadki tej postaci skazy były dotąd rozproszone
przeważnie jako *purpura*, inne jako hemofilja, inne pozosta-
wały niesklasyfikowane. Do *purpura* zaliczano: *purpura rhe-
umatica, toxica, infectiosa*, W e r l h o f i i. Stopniowo wy-
kryto w hemogenji trombopenję, gorszą kurczliwość skrzepu,
wydłużenie czasu krwawienia, dodatni objaw opaskowy. He-
mogenja to skaza krwotoczna przewlekła, której cechy zasad-
nicze utrzymują się w okresach między krwawieniami. Skazą
dotknięte są prawie wyłącznie kobiety, gdy hemofilja spotyka
się tylko u mężczyzn. Ujawnia się w dzieciństwie, wzgl. w
okresie dojrzewania. Jej cechy: krwawienia z włóściczk skó-
ry, śluzówek; wydłużony czas krwawienia, czas krzepnięcia
normalny lub nawet skrócony, zła kurczliwość skrzepu, brak
lub znaczne zmniejszenie liczby trombocytów. Obok hemogenji
istnieją podobne do niej zespoły, towarzyszące cierpieniom
wątroby, śledziony, przewodu pokarmowego (żołądka), rza-
dziej tarczycy. Czasami hemogenja i hemofilja występują obok
siebie. Często nie odróżnia się *purpura* przewlekłej od ostrej,
która jest przemijająca, gdy w przewlekłej krew zachowuje
znamiona skazy w okresach spokoju. Znaczna część tych cho-
rych źle znosi lekarstwa, dostaje po nich pokrzywyki, krwa-
wień. Ostatnie występują po arsenobenzolu, na zimnie, po
wzruszeniu psychicznym, po mięsie, po transfuzji krwi. Ustę-
powanie po sterylizacji nadmiernych krwawień miesięczko-
wych wynika nie tyle z zahamowania czynności jajników, co
z usunięcia czynnika uwalniającego, jakim jest miesięczka.

F. T u r y n.

Isch WALL. **Postacie kliniczne hemogenji.** (Nutrition 6—1933).

Postać typowa: najczęstsza u kobiet, zaczyna się w
dzieciństwie koło 5 —6 r. ż. Najłżejsze urazy wywołują krwa-
wienia z dziąseł, z nosa, z dróg moczowych, przewodu pokar-
mowego. Krwawienia z dróg rodnych jako przedwczesne mie-
siączki. Niektóre krwawienia są patognomoniczne, jak z dzią-
seł po czyszczeniu zębów szczotką, po wyrwaniu zęba, po wy-
cięciu migdałków. Pierwsze objawy hemogenji zjawić się mo-
gą w okresie dojrzewania, jako nadmierne krwawienia z ma-
cicy. Nasilenia hemogenji dają się powiązać z innemi okresami
życia kobiety, jak ciąża, poród, każda miesięczka, pokwi-
tanie. Pogorszenie występuje również w przebiegu infekcji,
zatruc, chorób wątroby, każdego wstrząsu płynów ustroju
(pokrzywka), po preparatach As. Ta sama przyczyna może raz
wywołać krwawienia, innym razem powstrzymać je, co dowo-
dzi niestałości krwi. Objawy skazy cofają się wraz z wiekiem,
jakkolwiek w każdym momencie życia można spodziewać się
jej pogorszenia. Przy badaniu wykrywa się naczyńniaki, czerw-
ne plamy, sieci włóściczk na skórze, objawy choroby
O s l e r a, żylaki, guzy krwawnicowe. W okresie krwawienia
powiększa się wątroba i śledziona. Czas krwawienia jest wyd-
łużony, krwawienie bywa niemiarewne, t. j. zbierane krople
małe, następnie stają się większe i t. d. Krwawienie może
zatrzymać się nagle lub stopniowo. Czas krzepnięcia jest nor-
malny lub skrócony. Kurczliwość skrzepu jest mała, skrzep jest
kruchy, objaw opaskowy dodatni. Ilość trombocytów mniej-
sza od 100000, może być zwykła. Obok tej postaci istnieją
inne, które ujawniają się późno, np. w okresie pokwitania,
u mężczyzn, poronne, umiejscowione. W każdej odmianie he-
mogenji krwawienia odbywają się do narządu, który już
przedtem krwawił. Do objawów paradoksalnych należą za-
palenia żył, zakrzepy, zatory. Zespół hemogenji, jak już
wspomniano, może być wywołany cierpieniami wątroby, śle-
dzioną, krwi. Do hemogenji dołączyć się może hemofilja.

F. T u r y n.

Choroby przemiany materji i gruczołów wewnątrzwydzielniczych.

H. BLOTNER. **Insulina i tolerancja cukrowa u ludzi
chudych.** (Arch. Int. Med. 1934, 53, Nr. 1).

Przeprowadzone u 25 ludzi chudych, poddawanych le-
czeniu insuliną celem zwiększenia wagi, badanie gospodarki
węglowodanowej wykazało wyniki zmienne. W jednej grupie
przypadków nie było żadnych zaburzeń tolerancji. W drugiej
grupie krzywe cukru we krwi po obciążeniu glukozą były pra-
widłowe, jednakże stwierdzano cukromocz pokarmowy w okre-
sie podawania insuliny; cukier zjawiał się zwykle w godzinę
lub dwie po podaniu glukozy. Wreszcie w trzeciej grupie zja-
wiała się w okresie insulinowym zarówno przecukrzenie krwi
jak i cukromocz. Praktycznego znaczenia jednakże te zaburze-
nia nie mają, gdyż w krótkim czasie po odstawieniu insuliny
znikają bez śladu.

H. M a k o w e r (Łódź).

A. ŁOWICKI. **Przyczynę w sprawie natury nerwowo-
troficznej cukrzycy.** (Sowietskaja Wraczebnaia Gazeta Nr. 12,
czerwiec 1934 r.).

Rola układu nerwowego i roślinnego w rozwoju cu-
krzycy znana jest oddawna. Wysepki L a n g e r h a n s a
są gęsto oplecione siecią zakończeń nerwowych. Po wycię-
ciu trzustki następuje w rdzeniu przedłużonym zwyrodnienie
komórek nerwowych, zawiadujących czynnością trzustki.
Przecięcie nerwów, dochodzących do trzustki, powoduje zanik
wysepek L a n g e r h a n s a. Liczni autorzy stwierdzili
przejście czystych postaci cukromoczu mózgowego w prawdzi-
wą cukrzycę wysepkową. Wynikiem wspomnianych poglądów
był poniekąd brak usiłowań do czynnego wkroczenia w prze-

biegu cukrzycy. Insulina jest wprawdzie środek doskonały, lecz właściwie ma znaczenie paljatywne. Autor wychodząc z powyższych założeń stosował w przypadkach cukrzycy metodę bloku nowokainowego według W i ś n i e w s k i e g o. W pięciu przypadkach wstrzyknięto roztwór nowokainy w okolicę otoczki nerwowej. W następstwie wspomnianego postępowania nastąpiło całkowite wyleczenie. Wyniki lecznicze utrzymywały się również przy diecie węglowodanowej. Metoda bloku nowokainowego stanowiła dodatkowy czynnik bodźcowy. Działanie powyższej metody tłumaczy się zmianą zespołu stosunków w zakresie układu nerwowego. Trwałość osiągniętych wyników dowodzi, iż nie było to przelotne wyłączenie układu współczulnego. Przywrócenie prawidłowej czynności aparatu wysepkowego zostało spowodowane gruntowną zmianą stosunków w zakresie układu nerwowego. Większych wahań ciśnienia krwi nie stwierdzono. Dowodzi to, iż działanie blokady nowokainowej nie polegało na wyłączeniu układu adrenalinowego. N. S z y k.

S. SOSKIN, L. KATZ, S. STROUSE, S. RUBINFELD. **O leczeniu chorych na cukrzycę ze zmianami miażdżycowymi sercowo-naczyniowymi.** (Archives of Int. Med. T. 51, Nr. 1, 1933 r.).

Od czasu wprowadzenia insuliny do leczenia cukrzycy liczni autorzy omawiają stosunek cukrzycy do spraw miażdżycowych narządu krążenia; dzięki insulinie chorzy na cukrzycę dłużej żyją, co pozwoliło zaobserwować częste współistnienie miażdżycy z cukrzycą. Pozatem okazało się, że przy stosowaniu insuliny u chorych tego rodzaju, często występowało pogorszenie; zwłaszcza wstrząs hipoglikemiczny źle wpływa na mięsień sercowy. Materiał autorów obejmuje 7 przypadków chorych cukrzycowych, dotkniętych miażdżycą naczyń wieńcowych serca lub cierpiących na dusznicę bolesną. Pierwsza część pracy dotyczy t. zw. ostrej próby, polegającej na wstrzykiwaniu naczecz dużych dawek insuliny. Przed próbą chorzy przez dłuższy czas znajdowali się na diecie standardowej; po wstrzyknięciu naczecz insuliny (25 do 40 jednostek) mierzono glikemję, tetno, ciśnienie krwi oraz przeprowadzano badanie elektrokardiograficzne w pewnych odstępach czasu. W okresie hipoglikemii obserwowano niemierność tętna, migotanie przedsionków oraz w 2 przypadkach nanad dusznicę bolesną; objawy te cofały się po zastosowaniu glukozy dożylnie. Druga część pracy dotyczy wpływu leczniczych dawek insuliny na stan chorych. Chorzy przez pewien czas otrzymywali stałą djetę; przez szereg dni mierzono glikemję, cukromocz, azot w moczu, zawartość CO₂ we krwi żylnej, ciśnienie krwi i obserwowano krzywa elektrokardiograficzną; w tym okresie chorzy wykazywali cukromocz różnego stopnia. Po 18 — 20 dniach zaczęto stosować insulinę (od 30 do 50 jedn. dziennie), nie zmieniając diety. W okresie stosowania insuliny powtarzano wielokrotnie wszystkie badania. Okazało się, że rytm serca ulegał wyraźnym zmianom; we wszystkich przypadkach stwierdzono zmiany elektrokardiogramu, podobne do wyników przy ostrej próbie, ale o mniejszym natężeniu. W okresie insulinowania subiektywnie wszyscy chorzy czuli się znacznie gorzej, chociaż cukromocz uległ prawie całkowitej redukcji; objawy sercowe ulegały pogorszeniu, a niekiedy występowały objawy dusznicę bolesną. W trzeciej części pracy autorzy omawiają wyniki stosowania naprzemiennie diety ubogiej i obfitej w węglowodany; ilości białka nie zmieniano, natomiast węglowodany zastępowano odpowiednią ilością tłuszczu. Okazało się, że przy diecie małowęglowodanowej chorzy czuli się źle; na diecie bogatej w węglowodany, dawała wybitnie poprawę objawów sercowych. Te same wyniki wykazał elektrokardiogram, przyczem charakter zmian przy diecie małowęglowodanowej był zupełnie podobny do zmian wywołanych przez insulinę; autorzy wyciągają stąd wniosek, że dieta małowęglowodanowa działa na serce tak samo szkodliwie, jak

insulina. Nie należy więc mówić o toksyczności insuliny, źle wpływającej na zmiany sercowe, lecz o nagłej hipoglikemii równoległej do której występują objawy subiektywne oraz zmiany na elektrokardiogramie. (Obszerna wyżej zreferowana praca, poparta licznymi badaniami elektrokardiograficznymi, porusza ważne zagadnienie, dotyczące stosowania diety i insuliny u djabetyków, dotkniętych zmianami sercowo-naczyniowymi. Dokładne zapoznanie się z protokołami drugiej części pracy, w której autorzy wykazują, że nawet lecznicze stosowanie insuliny w omawianych przypadkach jest przeciwwskazane, nastrocza pewne zastrzeżenia. Autorzy bowiem chorym, którzy pod wpływem diety wykazywali nieznaczny cukromocz (4 do 16 gr. na dobę), wstrzykiwali przez dłuższy czas (20 do 30 dni) insulinę w ilości od 30 do 50 jednostek na dobę; przyczem nie przerywali podawania dużych dawek insuliny, pomimo znacznego obniżenia glikemji naczecz np. do poziomu 61mg.% — 53 mg.%. W ten sposób doprowadzali swych chorych do stałej hipoglikemji; nie też dziwnego, że stan ich znacznie się pogarszał. W przeciwieństwie do wniosku autorów liczne obserwacje wykazują, że przypadki cukrzycy z objawami sercowo-naczyniowymi nadają się przy odpowiedniej diecie do leczenia insuliną pod warunkiem b. ostrożnego jej dawkowania, celem uniknięcia stanów hipoglikemicznych tak niepożądanych dla mięśnia sercowego. Uwagi ref.).

Jakób P e n s o n.

D. M. COWIE i M. C. MAGEE. **Lipoidy i choroby lipidowe. Zawartość lipidów w tkankach w chorobie Schüller-Christiana (ksantomatoza) i przegląd piśmiennictwa o zawartości lipidów w tkankach ludzkich.** (Ann. Int. Med. 1934, 53, Nr. 3).

W wyżej opisanym przypadku oraz dla porównania w przypadku ciężkiej niedokrewności innego pochodzenia wykonano dokładne badania zawartości lipidów w różnych tkankach. Z wyjątkiem miejsc z masami ksantomatycznymi dużych różnic w tkankach nie stwierdzono. Masy ksantomatyczne zawierały bardzo dużo lipidów, z których 50% przypadało na cholesterynę.

H. M a k o w e r (Łódź).

M. B. ZULEBERGER. **Hormon „intermedina” i jego znaczenie w leczeniu moczówki prostej.** (The Journ. of the Am. Med. Ass. T. 100, Nr. 24, 1933).

Hormon średniej części przysadki, wykryty i nazwany przez Z o n d e k a intermediną, różni się pod względem chemicznym, fizycznym i biologicznym od prolanu i wydzieliny tylnego płata przysadki. Z o n d e k stwierdził intermedinę w całej przysadce, w szypule mózgu oraz w ścianach 3 komory mózgu; natomiast w innych częściach mózgu, w tkankach ani w płynach ustroju nie udało się wykryć obecności tego hormonu; pozatem Z o n d e k wykazał, że jest to hormon, mający powinowactwo do barwików i zmieniający pigmentację ryby „*Phoxinus levis*”; za reakcją odbarwienia Z o n d e k posługiwał się do standaryzowania hormonu. Autor wyszedł z założenia, że jeśli intermedina znajduje się w tych częściach mózgu, przy których uszkodzeniu występuje moczówka prosta, to należy przypuścić, że hormon ten reguluje diurezę. Wyciąg zaś tylnego płatu przysadki zmniejsza pragnienie i ilość oddawanego moczu, bo zawiera obok innych hormonów w nieznacznej ilości intermedinę. Autor opisuje wynik stosowania intermediny w czystej postaci, otrzymanej wprost od Z o n d e k a, w 2 przypadkach moczówki prostej. Przed przystąpieniem do leczenia jeden z lekarzy dla kontroli pozwolił, aby mu wstrzyknąć 1 cm.³ intermediny dożylnie; nie stwierdzono przytem żadnych przykrych następstw. W obu przypadkach moczówki prostej leczenie intermediną dało zdumiewające rezultaty. W pierwszym—2 cm.³ wspomnianego hormonu dawało możność choremu nie pić i nie oddawać moczu przez 5 godzin, podczas gdy stosowanie wyciągu z tylnego płatu

ta dawało ulgę jedynie na 1 — 2 godz. W 2 przypadku moczówki prostej chory oddawał duże ilości moczu co ½ godz. i wypijał co godzinę 1500 cm.³ płynu; po wstrzyknięciu 4 cm.³ intermedyny nie oddawał moczu przez 14 godzin. Autor sądzi, że przez odpowiednie zwiększanie dawek intermedyny można będzie chorych na moczówkę prostą uwolnić od ich przykrych dolegliwości na dłuższy czas i że być może uszkodzone ośrodki ponownie usprawnią swą czynność. Autor zwraca uwagę na fakt, że wzrastające dawki intermedyny nie dawały żadnych ubocznych objawów, w przeciwieństwie do wyciągu tylnego płata przysadki, który trzeba dawkować ostrożnie, wywołuje bowiem skurcze naczyń krwionośnych, macicy, jelit i wzrost ciśnienia krwi. Poza to autor spostrzegł, że intermedyna stosowana na śluzówkę nosa nie wywiera żadnego wpływu na diurezę.

Jakób P e n s o n.

Choroby kobiet i położnictwo.

J. HOFBAUER. **Bujanie nabłonka szyi macicy w ciąży i jego znaczenie kliniczne.** (Amer. J. Obst. a. Gynec. Nr. 6/1933).

Morfologiczne przejawy zmian rozrostowych nabłonka szyi macicy, znalezione w niedużym, lecz zasługującym na uwagę odsetku macic ciężarnych, z wyraźnie zaznaczonym wrastaniem i nadmierną barwliwością, nie wyłączają teoretycznego założenia co do znaczenia ich jako poprzedników lub zwiastunów raka szyi. Nie udało się dotychczas zaobserwować w serii przypadków stanowiących przejście od tego zasługującego na uwagę rozrostu nabłonkowego do prawdziwego raka. Jednakże przez analogię do podobnych zjawisk w woreczku żółciowym, gruczole piersiowym i przewodzie pokarmowym, autor ośmiela się twierdzić, że powstawanie podczas ciąży zbitych języków bujących komórek nabłonkowych w pewnych miejscach błony śluzowej szyi macicy bez względu na ich los może stanowić ważne ogniwo w łańcuchu przyczynowych czynników, o ile chodzi o późniejszy rozwój procesu złośliwego, przyczem pozostawia bez odpowiedzi zagadnienie związku między temi zmianami nabłonkowymi a następownymi przewlekłymi procesami zapalnymi. Z rozważań tych można wyciągnąć praktyczny wniosek, że jako jeden z ważnych momentów zapobiegania rakowi stosować należy w klinice położniczej staranne badanie błony śluzowej szyi i zwracać troskliwą uwagę na każdy bogato unaczyniony lub ziarnisty odcinek jej powierzchni.

H. L.

S. VIDAKOVIĆ. **Przyczynę do rozpoznawania i leczenia ciąży pozamacicznej w drugiej jej połowie.** (Liječ. Vjesn. Nr. 3/1933).

Autor podaje opis przypadku ciąży pozamacicznej, przesłanego do kliniki wskutek ciężkiego krwotoku w cztery miesiące po śmierci płodu. Rozpoznanie zostało potwierdzone przez histerografię. Jajo usunięto w całości, jamę brzuszną zaś drenowano przez powłoki brzuszne i przez pochwę. Miało się tutaj do czynienia z ciążą jajowodowo - brzuszną. Dla rozpoznania posiadają bardzo duże znaczenie wywiady przypadku, jak również położenie i kierunek szyi macicznej, albowiem macica ulega prawie zawsze przemieszczeniu przez jajo płodowe, znajdujące się poza nią. W przypadkach podobnych o ciąży pozamacicznej w potwierdzeniu rozpoznania okazują pomoc zastrzyknięcia pituitryny i histerografia. Podczas usuwania jaj należy zwracać uwagę, ażeby pozostać brzeg samego łożyska na koniec z powodu groźby krwotoku z naczyń łożyska, zwłaszcza, jeżeli płód jeszcze żyje. Po operacji ważny jest wystarczający drenaż jamy brzusznej z powodu obfitej wydzieliny podłoża jaja.

L. H.

J. HALBAN. **Rozszerzanie szyi macicznej a poród o ustalonej zgóry godzinie.** (Wien. kl. Woch. Nr. 17/1933).

Autor potępia metodę P o t t e r a, który bez wskazań lekarskich przeprowadza rozwiązanie w ustalonym przebiegu dnia i godzinie bez względu na to, czy wystąpiły bóle porodowe, czy nie. W głębokim uśpieniu przeprowadza się ręczne rozszerzanie kanału szyi, otwiera się pęcherz płodowy i natychmiast wykonywa się wydobycie dziecka.

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

J. KRUG. **O stosowaniu mieszaniny eupaveryny, atropiny i dwumetylamino fenazonu w położnictwie.** (Münch. med. Wochenschr. 1933, Nr. 20).

Dla złagodzenia bólów porodowych stosował autor czopki, zawierające 0,03 eupaveryny, 0,0005 atropin. methylo bromat. i 0,15 dwumetylamino fenazonu. Wszystkim położnicom, u których spodziewano się długotrwałego, bolesnego porodu, jak np. starszym pierwiastkom, w przypadkach przedwczesnego pęknięcia pęcherza płodowego, dysproporcji pomiędzy główką a miednicą i t. p., podawano, niezależnie od okresu porodu, po 1 czopku, zawierającym wspomnianą mieszaninę. Stosowano wspomnianą mieszaninę u 100 położnic. Porównano przebieg tych porodów z równą liczbą porodów bez stosowania leku. Po zastosowaniu wspomnianego czopka spostrzegano naogół wyraźne zmniejszenie się bólów porodowych i korzystny wpływ na czynność porodową. Szczególnie zmniejszały się bardzo dotkliwe bóle w krzyżu. Przeważnie wystarczył jeden czopek, w niektórych przypadkach (starsze pierwiastki, umiarkowana dysproporcja pomiędzy główką a miednicą i t. p.) podawano drugi, a nawet trzeci czopek. Nigdy nie spostrzegano zmniejszenia się czynności porodowych, ani działania ujemnego na dziecko. W kilku przypadkach środki zawiódł.

X.

Choroby skóry, weneryczne i płciowe.

TOURAINÉ, SOLENTE, RENAULT. **Urticaria pigmentosa przebiegająca z odczynem ze strony śledziony i szpiku kostnego.** (Bull. de la Soc. Franc. de Derm. et de Syphil. 9/1933).

Opis przypadku trwającego od dzieciństwa u mężczyzny 55-letniego. Na skórze obfite zmiany typowe, zwraca uwagę powiększenie śledziony. We krwi 29% limfocytów, z tych 2½% komórek dużych, o bardzo wielkim, gęstym i silnie barwliwym jądrze i wąskim obrębku wybitnie zasadochłonnej zarodki. Autorowie uważają te elementy, zbliżone do dużych limfocytów, za charakterystyczne dla choroby N e t t l e s h i p a. Biopsja wykazuje liczne skupienia komórek tucznych w skórze właściwej (charakterystyczne dla danego schorzenia — ref.). Liczne teorie dotyczące się urtic. pigm. są: stan nowotworowy, zbliżony do xanthoma (T i l b u r y, F o x), naevi (G r a h a m, L i t t l e i n.), stan toksemii, zatrucia pochodzące z przewodu pokarmowego lub wątrobowego, niewydolność nadnerczy z zaburzeniami barwnikowymi z powodu hipotonii sympatycznej. W niektórych przypadkach sprawa zjawiała się po zakażeniach, które często powodują odczyn myeloidny: ospa wietrzna, kur. Częste są hiperplazje narządów hematopoetycznych: poliadenopatie obwodowe, splenomegalia, przerost grasicy. Zmiany we krwi są zwykle dość nieznaczne. Sprawę uważają autorowie za pseudoleukemję, za nadczynność hematopoetyczną skóry, czego dowodem ma być nacieczenie skóry przez komórki tuczne. W e i s s e n b a c h zalicza ją do grupy odczynów tkanki siateczkowo - śródbłonkowej. Uprzednie zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego lub wątroby mają odgrywać rolę czynnika uspasabiającego, zmniejszając aktywność funkcji antytoksycznej wątroby. Alfred E t t i n g e r.

Streszczenia pojedyncze.

Patologia kliniczna i doświadczalna.

G. I. UMANSKY i A. P. STEPANOWA. **Wahania K i Ca we krwi osób z ostrym wypryskiem i zapleniem skóry.** (Wien. kl. Woch. Nr. 42, 1933).

Zawartość potasu i wapnia pozostaje w związku ze stanem schorzenia, a mianowicie w ten sposób, że na wysokości schorzenia zawartość potasu we krwi jest najwyższa, zawartość zaś wapnia najniższa. Przy ustępowaniu choroby spada zawartość potasu i zwiększa się zawartość wapnia, aż nastąpi całkowite wyleczenie. Wtedy oba te katjony wykazują znowu normalny poziom, a mianowicie potas od 15,9 do 19,2 mgr., zaś wapń od 10,4 do 12,6 mgr.

A. Neumann (Baden-Wien).

G. EROS i S. KUNOS. **Badania nad znaczeniem klinicznym i biologicznym komórek żołądka i jelit, wykazujących powinowactwo do srebra.** (Wien. kl. Woch. Nr. 41, 1933).

Autorzy wskazywali na to, że komórki, wykazujące powinowactwo do srebra, w żołądku i jelitach spełniają prawdopodobnie czynności wewnątrzwydzielnicze, a ponieważ w niedokrewności złośliwej są one w stanie uderzającego zaniku, muszą zapewne pozostawać w związku z wytwarzaniem krwi. Przygotowali oni wyciągi z jelit kur i świń, u których zapomocą głodzenia zwiększono zawartość substancji ziarnistej w komórkach, wykazujących powinowactwo do srebra. Zapomocą tych wyciągów otrzymywali oni zrazu dobre wyniki w niedokrewności szczurów, wywołanej przez *bartonellae*. Uderzającym jest fakt, że wyniki te udawało się osiągnąć tylko zapomocą bardzo małych dawek, podczas gdy duże raczej hamowały wytwarzanie krwi. Później udało się autorom również wywrzeć pomyślny wpływ na niedokrewność złośliwą zapomocą małych dawek wyciągów; w jednym przypadku czerwienicy doprowadzili oni liczbę czerwonych ciałek krwi zapomocą dużych dawek wyciągu do normy.

A. Neumann (Baden-Wien).

E. GOLD. **Gospodarka wapniowa, ciałka nabłonkowe i układ szkieletowy.** (Wien. kl. Woch. Nr. 42, 1933)

Ostitis fibrosa generalisata (Recklinghausen) bywa zawsze wywoływana jako wyraz nadczynności gruczołów przytarczycznych (*hyperparathyroidismus*) przez znajdujący się w ustroju guz ciałek nabłonkowych (gruczolak), powodujący ich nadczynność. Tam, gdzie nie można znaleźć guza ciałek nabłonkowych poza gruczołem tarczycowym, należy go poszukiwać w samej tarczycy. Proces patologiczny polega na rozrzedzeniu istoty kostnej z następową hiperkalcinurją, hiperkalcemią i hipofosfatemią. Bilans wapniowy jest ujemny. W tem znaczeniu *ostitis fibrosa generalisata* stanowi przeciwieństwo niedomogi gruczołów przytarczycznych (*hypoparathyroidismus*), teżyczki wskutek usunięcia gruczołów przytarczycznych. Pod wpływem wycięcia guza ciałek nabłonkowych ustaje wydalenie wapnia. Jeżeli ta zmiana następuje zbyt szybko, może przyjść do teżyczki, którą należy leczyć według obowiązujących dla niej zasad: wśródzylne wstrzykiwanie wapnia, ewentualnie parathormon. Dlatego też w przypadkach, w których istnieją dwa guzy, albo guz jest bardzo duży, należy najpierw usunąć część mas guzowych. Po operacji znikają błyskawicznie bóle kostne, kości powoli powracają do normalnej gęstości wapniowej, natomiast torbiele w kościach nie znikają. Obok tego istnieje takie same, tylko miejscowe schorzenie — *ostitis fibrosa cystica localisata*, które leczy się miejscowo chirurgicznie. Dążenia do zaliczenia do tej grupy chorób schorzenia kręgosłupa Bechterew'a ze względu na nieznaczne przemijające podniesienia się poziomu wapnia we krwi należy uważać za błędne. Również *ostitis*

deformans Page'ta stanowi ogólne schorzenie kostne, nie wykazuje jednak ani zmian w gruczolach przytarczycznych, ani też zaburzeń gospodarki wapniowej. Autor uważa schorzenie Page'ta za hiperwitaminozę D, ponieważ można wywołać u szczurów podobne zmiany w kościach, jak w chorobie Page'ta, zapomocą długoletniego przekarmiania wigantolem (to samo autor widział u pewnego dziecka). Krzywica, późna krzywica i rozmięczenie kości należy ze względu na ich zachowanie się morfologiczne uważać za jednolite schorzenia, natomiast za różny sposób odpowiadania różnorodnych układów szkieletowych na brak witaminy D.

A. Neumann (Baden-Wien).

C. J. TRIPOLI i H. H. BEARD. **Dystrofia i atrofia mięśni. Wyniki kliniczne i biochemiczne po doustnym podawaniu kwasów aminowych.** (Arch. Int. Med., 1934, 53, Nr. 3).

Od r. 1932, kiedy Milhcrat, Techner i Thomas zastosowali poraz pierwszy glikokol w dystrofiach mięśniowych, leczenie to przeprowadzono ogółem w 69 przypadkach, przyczem osiągnięto wyniki dodatnie w 51. O wynikach ujemnych donieśli dotychczas tylko Brand i Harris, ale autorzy ci stosowali u swoich chorych dietę biedną w białko, wobec czego glikokol nie mógł zapewne stanowić tego „nadmiaru aminokwasowego”, jaki jest potrzebny do wytwarzania zwiększonej ilości kreatyny. Według poprzednich badań autorów niniejszej pracy również i inne aminokwasy przemieniać się mogą w kreatynę; cystyna wzmacnia kreatynę w mięśniach o 37%, walina o 34%, kwas glutaminowy o 21%, glikokol o 15%, alanina o 13%. Według przypuszczenia autorów chodzi tu zapewne o funkcję metylowania kwasu guanidynooctowego, powstającego z mogącej być przez ustrój syntetyzowaną argininy, kreatyna jest właśnie kwasem metyloguanidynooctowym. Rola glikokolu i kwasu glutaminowego nie ogranicza się tylko do powstawania kreatyny, gdyż wspólnie z cystyną przyczyniają się do powstania glutationu, a pozatem mogą one przechodzić w cukry i prawdopodobnie wspomagają przy tworzeniu się nowego białka w mięśniach. Dlatego też u chorych leczonych temi aminokwasami stwierdza się zwiększenie ciężaru ciała, siły i sprawności mięśniowej. Po rozpoczęciu leczenia aminokwasowego (autorzy stosowali przeważnie kwas glutaminowy, dwukrotnie tańszy od glikokolu) następuje kilkutygodniowy okres zwiększonej kreatynurji, później zaś kreatyna zaczyna zatrzymywać się w mięśniach, dostarczając jako fosfokreatyna energii do pracy mięśniowej. W przypadkach własnych stwierdzono zwiększenie kreatynurji od 48% do 303%. Jednocześnie z zatrzymywaniem kreatyny w ustroju zjawia się kliniczna poprawa u chorych. Glikokol i kwas glutaminowy stosowano w dawkach 10-względnie 20-gramowych. Stosowanie w celach leczniczych kreatyny nie daje wyniku, gdyż wymaga tylko kreatynurji, nie wywołując zupełnie zatrzymywania kreatyny w mięśniach; istnieje więc w dystrofiach mięśniowych niejako moczówka kreatynowa, zwalczana objawowo przez duże dawki glikokolu i kwasu glutaminowego. Zaprzymanie kreatynurji w trakcie leczenia temi środkami powoduje jednoczesne zwiększanie się ilości glikogenu (Brentano) i białko (Tripoli i Beard) w mięśniach. Nie jest wykluczone, że i zwiększenie podawania cukrów wzmacnia metabolizm kreatyny, jak to wynika z prób klinicznych Eaton'a i Farnella, którzy stwierdzali poprawę u chorych na dystrofię mięśniową, którym podawali duże ilości cukru. Dotychczas stosowano leczenie za pomoca kwasów aminowych zarówno w myopatjach pierwotnych jak i w atrofiach mięśniowych pochodzenia nerwowego. Tylko w grupie pierwotnych myopatji stwierdzano wyraźną poprawę. Najlepsze wyniki uzyskano w przypad-

kach *myasthenia gravis*, *dystrophia musculorum pseudohypertrophica* i *dystrophia musculorum progressiva*. Autorzy sugerują myśl, że to różnorodne reagowanie na leczenie być może, ułatwi w pewnych niejasnych przypadkach rozpoznanie.

H. M a k o w e r (Łódź).

Djagnostyka.

E. HERMANN. **Próba z galaktozą w marskości wątroby.** (Wien. kl. Woch. Nr. 41, 1933).

Szczególnie wczesne przypadki marskości wątroby dają ujemne wyniki próby na galaktozurę tak, że autor nie uważa jej za miarodajną.

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

C. WETZLER-LIGATI i R. WILHEIM. **W sprawie wpływu choroby rakowej na glikolizę krwi i jego znaczenia rozpoznawczego.** (Wien. kl. Woch. Nr. 42, 1934).

Podczas gdy dawni autorzy nie mogli znaleźć we krwi ludzkiej glikolizy krwi, którą by można było porównywać z glikolizą tkankową (W a r b u r g), udało się obecnie autorom wykazać ją w nieco zmienionych warunkach. Jeżeli dodać do krwi cjanek potasu, albo, jak to robili autorzy, karotynę, to doświadczenie przeprowadza się w tych samych warunkach, jak przy przerwanym dostępie powietrza, gdyż ciała te wylapują tlen. W normalnych warunkach potęguje to glikolizę. Lecz czerwone ciała krwi chorych z rakiem bywają przeważnie pozbawione tej zdolności zwiększania glikolizy. To przyspieszenie nie występuje również u chorych z mięsakiem, białaczką i ciężką gruźlicą. Autorzy wykazują na 100 przypadkach możliwość wyzyskania dla celów rozpoznawczych tego odmiennego zachowania się.

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

J. CHOLEWA i ST. CÉRUEL. **Odczyn skórny E. Freunda w rozpoznawaniu raka.** (Wien. kl. Woch. Nr. 35, 1933).

Autorzy wypróbowali zapomocą kwasu rakowego swoistość odczynu skórno E. F r e u n d a i doszli do pomysłowych wyników. Wszystkich 15 chorych z rakiem wykazywało obecność charakterystycznych, ostro odgraniczonych guzków (wielkości soczewicy). Z pośród 27 przypadków kontrolnych dwa reagowały niewyraźnie dodatnio. W jednym przypadku chodziło o chorego z moczwą cukrową, w drugim było charłactwo, a więc możliwy był również przebiegający dotąd bezobjawowo rak.

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

Choroby jamy ustnej, nosa, gardła i uszu.

E. DUSSA. **W sprawie częstości przerzutów w odległych narządach ciała u chorych, dotkniętych nowotworami złośliwymi gardła, nosa i uszu.** (Zeit. f. Hals. Nas. u. Ohr. t. 33, z. 4).

Bardzo często po zabiegu chirurgicznym lub napromienianiu zostaje usunięty guz pierwotny, a pomimo to chory ginie, gdyż nie zwrócono uwagi na przerzuty w odległych narządach ciała. Dlatego też badanie tylko gruczołów chłonnych rejonowych w nowotworach należy uznać za niewystarczające. Należy pamiętać i o dalszych przerzutach. Z nowotworów ucha zewnętrznego rak wykazuje małą skłonność do przerzutów, mięsak natomiast dużą. Nowotwory złośliwe twarzy, nosa, jam bocznych i szczęki rzadko dają przerzuty do odległych narządów, dotyczy to zwłaszcza raka szczęki górnej. Mięsak jamy ustnej w okresie posuniętym nierzadko daje przerzuty do odległych narządów, jeszcze częściej spotykamy przerzuty w przypadkach raka języka. Nowotwory gardła stanowią wg. statystyki a. 21,5% (43 na 200 przypadków z różnych okolic górnych dróg oddechowych, pokarmowych i uszu). Z liczby tej 27 przypada na gardło dolne, a 10 na samą zatokę gruszkowatą. Jeśli chodzi o przerzuty, to skłonność w tym

kierunku wykazują nowotwory wszystkich odcinków gardła w równej mierze. Co się zaś tyczy gardła dolnego, to punkt wyjścia przerzutów stanowi wyłącznie zatoka gruszkowata. Nowotwory ślinianek dają przerzuty często do układu kostnego. W przypadkach wola złośliwego spotyka się często przerzuty w odległych narządach, a zwłaszcza płucach. Raki krtani wykazują częściej przerzuty do odległych narządów, niż się o tem zazwyczaj sądzi. Jednakże raki strun głosowych nie dają przerzutów ani do gruczołów chłonnych rejonowych, ani do narządów odległych. Raki oskrzeli często dają przerzuty, zwłaszcza do nerek.

J. T e n c e r.

E. DARABAN. **Rozpoznanie i leczenie raka krtani.** Revue de lar. etc. Nr. 8, 33).

Nowotwór umiejscawia się albo wewnątrz krtani, albo też na jej ścianach zewnętrznych i na ścianie gardła. W drugim wypadku można mówić o nowotworze gardła dolnego. Rak zewnątrzkrtniowy rozwija się niepostrzeżenie, szybko, gruczoły chłonne bywają zajęte od początku. Wyniki leczenia tej postaci raka są złe. M a c k e n z i e wypowiedział zdanie, że raki zewnątrzkrtniowe nie są i nie będą nigdy uleczalne na drodze chirurgicznej. Rak wewnątrzkrtniowy występuje u człowieka 3-krotnie częściej, niż zewnątrzkrtniowy, i może być usunięty przez zabieg chirurgiczny, oczywiście w stanach niezbyt posuniętych. Rak ten niekiedy przez dłuższy czas może zajmować tę samą przestrzeń, nie szerząc się na otaczające tkanki. Makroskopowo nowotwór przedstawia się bądź jako guz ograniczony i bądź też jako twór rozlany. Zdanie, wypowiedziane przez S e m o n a, nie straciło i dziś swej wartości: uporczywa chrypka u osobnika, który przekroczył 40 lat życia, jest podejrzana jako wczesny objaw raka krtani. Z objawów przedmiotowych w późniejszym okresie stwierdza się brak trzeszczenia krtani przy palpacji (objaw M o u r e a). Obraz laryngoskopowy bywa różny w zależności od umiejscowienia i postaci morfologicznej nowotworu. Struna głosowa jest zawsze nieruchoma (objaw F r a e n k l a) wskutek nacieczenia nowotworowego lub ucisku gałązek końcowych n. zwrotnego. W raku podgłośnia jest to przeważnie jedyny objaw przedmiotowy, który się stwierdza u chorego. W początkowych okresach raka krtani nie stwierdza się gruczołów chłonnych na szyi. Obecność gruczołów w przypadkach raka krtani przemawia bądź za umiejscowieniem podgłośnia nowotworu bądź też za stanem posuniętym. W raku zewnątrzkrtniowym zajęte bywają gruczoły chłonne wzdłuż tętnicy szyjnej albo górne albo też dolne w zależności od usadowienia się raka krtaniowo - gardłowego w górnym lub w dolnym odcinku krtani. Nie należy dokonywać operacji na zasadzie wyłącznie badania klinicznego. Musi być uprzednio dokonane badanie histo-patologiczne. Z drugiej strony należy pamiętać, że pobranie wycinka może być bodźcem w rozwoju raka. Dlatego też niektórzy klinicyści nie dokonywają próbnego wycięcia z nowotworu nim nie uzyskają zgody chorego na ewentualny późniejszy zabieg większy. Rodzaj zabiegu zależy od umiejscowienia i rozprzestrzenienia się nowotworu. Rak nagłośni, o ile nie przerasta jej podstawy, może być usunięty na drodze faryngotomii. Rak struny głosowej, o ile nie przerasta otoczenia, może być doszczętnie zlikwidowany poprzez laryngofissurę. Rak, który przekroczył linię środkową krtani może być usunięty przez laryngektomię. Statystyka S c h m i e g e l o w a wyluszcza krtani z 1890 r. podawała 22% śmiertelności naskutek dokonanego zabiegu. G l u c k w 1908 r. podawał 12% śmiertelności. W 1925 r. G l u c k na 460 laryngektomij podawał 2% śmiertelności. Zarówno rentgen jak i rad należy stosować w przypadkach, nie nadających się do operacji. W przypadkach, które mogą być operowane, najlepsze wyniki według obecnych statystyk daje leczenie chirurgiczne.

J. T e n c e r.

Choroby narządów trawienia.

L. HESS i J. FALTITSCHKEK. **Zmiany anatomiczne w zaburzeniach unerwienia przewodu pokarmowego.** (Wien. kl. Woch. Nr. 20, 1934).

Autorzy stwierdzili, że w stwardnieniu wieloogniskowym występuje postać kurczowego zaparcia stolca, przypominająca typ wstępujący *Stierlina*. Kurcz może doprowadzić do niedrożności jelit (*ileus*). Inaczej wygląda zaparcie nawykowe w wiązce rdzenia. Przesuwanie treści jelitowej odbywa się tutaj bez przeszkód i zaburzeń aż do zstępnicy, względnie do zagięcia śledzionowego. Zalega ona tam oraz w odbytnicy. Powstaje wskutek tego zaparcie stolca o typie zstępującym. Na podstawie przypadku guza części piersiowej rdzenia kręgowego, w którym przyszło do bezwładnego rozszerzenia i porażonej niedrożności jelit, uwzględniając dane innych autorów, *Hess i Faltitschek* przychodzą do wniosku, że autonomiczne ośrodki rdzeniowe odgrywają doniosłą rolę w regulacji ruchów jelit.

A. Neumann (Baden-Wien).

WEINBREN. **Prawosiłonne duodenum inversum.** (The Lancet, Nr. 6, 1934).

Musi to być sprawa nie tak rzadka, ponieważ autor znalazł w ciągu jednego roku wykryć aż 11 przypadków. Anomalia ta znana jest również pod nazwą *duodenum mobile*. Jest to anomalia wrodzona, spowodowana ubytkiem w krecie dwunastnicy; równocześnie spostrzega się często anomalje prawej nerki, trzustki, żyły wrotnej i poprzecznicy. Dwunastnica w postaci odwróconej pętli obejmuje główkę trzustki, leży więc całkowicie pod poprzecznicą. Jako skutek mamy nie tylko przeszkodę w przechodzeniu pokarmów z żołądka do dwunastnicy, ale i zaburzenia w wydzielaniu trzustki i wątroby oraz stany zapalne trzustki i pęcherzyka żółciowego. Rozpoznanie ustala *Roentgen*.

Jerzy Fajwlewicz (Łódź).

G. DOBERAUER. **W sprawie operowania dróg żółciowych bez sączkowania.** (Wien. kl. Woch. Nr. 18, 1933).

Autor poleca jak najgoręcej wprowadzoną przez *Habera*, lecz później zarzuconą przez niego i przez większość chirurgów metodę operacyjną. Z 52 przypadków, prawie wyłącznie bardzo ciężkich, w których autor zastosował pierwotne zaszycie rany operacyjnej, zmarły tylko dwa, a i tych nie można położyć na karb metody.

A. Neumann (Baden-Wien).

SHELDON i EDWARDS. **Przypadek zapalenia pęcherzyka żółciowego u chłopca 10-letniego.** (The Lancet, Nr. 2. Rok 1934).

Schorzenie, w tym wieku rzadko spostrzegane. W przypadku opisanym ostre napadowe bóle, obrona mięśniowa, żółtaczka i znaczna leukocytoza spowodowały interwencję chirurgiczną, która potwierdziła rozpoznanie kliniczne. Chłopiec urodzony w Chinach; matka w czasie ciąży chorowała na zimnicę.

Jerzy Fajwlewicz (Łódź).

LYNN i MACKAY. **Ostry żółty zanik wątroby w przebiegu gruźlicy płuc.** (The Lancet, Nr. 3. Rok 1934).

Przypadek dotyczył chorej 27-letniej, panny, z rozległymi zmianami w obu płucach, u której odma sztuczna, wyrwanie nerwu przeponowego i leczenie sanatoryjne dały znaczną poprawę. Objawy schorzenia wątrobowego wystąpiły nagle. Rozpoznanie kliniczne ostrego żółtego zaniku wątroby potwierdziła sekcja i badanie histopatologiczne wątroby. W przebiegu gruźlicy płuc schorzenie to obserwuje się bardzo rzadko. Przypadki opisywane dotyczące ciężkiego uszkodzenia wątroby po stosowaniu dużych dawek sanochryzyny; przypadek autorów nie był leczony złotem.

Jerzy Fajwlewicz (Łódź).

H. SCHNITZLER. **Lymphangitis et lymphadenitis mesenterialis.** (Wien. kl. Woch. Nr. 5, 1933).

Utajone zakażenia gruczołów chłonnych mogą występować wskutek późniejszego, nie pozostającego w żadnym związku z pierwotnym już wyleczonym cierpieniem albo też wskutek aktywacji przez uraz tak, że pozornie wydaje się iż stanowią one cierpienie samoistne. W jamie brzusznej mogą pozostawać takie utajone zapalenia gruczołów chłonnych np. po zapaleniu wyrostka robaczkowego, po zapaleniu pęcherzyka żółciowego, które mogą już same ulec wyleczeniu, zaś potem pozornie samoistnie wybuchają one i dają często ciężkie objawy. Przy ewentualnym zabiegu operacyjnym nie znajduje się w tym narządzie, który, sądząc z objawów, był podejrzan (wyrostek robaczkowy, pęcherzyk żółciowy), żadnych zmian, lecz jedynie parę schorzałych gruczołów okolicznych. Wynikają z tego wnioski zapobiegawcze, a mianowicie wymaganie usuwania w porę schorzałego narządu.

A. Neumann (Baden-Wien).

A. M. HUDAK. **Zapalenia dwunastnicy.** (Liječ. Vjes. z. 6, 1933).

Autor podaje opis zmian w dwunastnicy, spowodowanych przez przewlekłe zapalenia trzustki, przyczem przytacza opis 5 przypadków, spostrzeganych klinicznie i radiologicznie. Wygląd bańki *Vatera* nie posiada, zdaniem autora, żadnego szczególnego znaczenia. Zmieniony wygląd dwunastnicy wskutek nieprawidłowego rozmieszczenia masy kontrastowej, która niewszędzie jest jednakowo gęsta, jest dowodem zapalenia dwunastnicy. Nie można jeszcze wypowiedzieć się z całkowitą stanowczością co do zależności przyczynowo-skutkowej między zapaleniami dwunastnicy z jednej, zaś zapaleniami trzustki, wrzodem dwunastnicy i zapaleniem pęcherzyka żółciowego z drugiej strony.

Henryk J. Landau.

Choroby płuc.

J. B. GRAESER, C. W. i O. H. ROBERTSON. **Objawy fizyczne i wyniki rentgenograficzne w zapaleniu płuc płatowym u dorosłych.** (Arch. Int. Med., 1934, 53, Nr. 2).

W 40 przypadkach płatowego zapalenia płuc przeprowadzono codzienne (tylko w późniejszych okresach choroby rzadsze) badanie fizyczne i rentgenologiczne celem skrupulatnego porównania obu tych metod. Starano się o jaknajwcześniejsze określenie typu pneumokoka, badając płwocinę, krew lub stosując punkcję płuca. Z 18 przypadków typu I i II zastosowano surowiec w 15, w grupie tej był tylko 1 zgon; w pozostałych 22 przypadkach bez leczenia seroterapeutycznego — 8 zgonów. Badanie rentgenologiczne okazało się wyższem od fizycznego w początkowych okresach choroby i dla umiejscowienia nacieku w czasie jego rozwoju. Natomiast w okresie największego nasilenia nacieku obydwie te metody dawały mniej więcej podobne wyniki. Również w przeważającej liczbie przypadków rozpoczęcie się rezolucji było jednocześnie wykrywane za pomocą obu metod. Z 14 przypadków obserwowanych w ciągu 1-ych 30 godzin od rozpoczęcia choroby badanie rentgenologiczne nie dało wyniku tylko w 1-ym, badanie fizyczne natomiast nie dało żadnego wyniku w 3-ech, a w większości pozostałych — tylko nieznaczne objawy. W 10 przypadkach stwierdzono nieznaczne stłumienie, w 4-ech oddech oskrzelowy, w 1-ym pęcherzykowo-oskrzelowy, w 2 — osłabienie szmerów oddechowych. W 9 przypadkach występowała leukocytoza powyżej 20.000, tylko w 1-ym poniżej 10.000. Wpływu między rozległością lub ciężkością schorzenia a leukocytozą nie stwierdzono. Ujemny wynik badania rentgenologicznego po dwudobowym trwaniu choroby przemawia przeciwko rozpoznaniu zapalenia płuc. Nacieczenie 1-go płata trwało od 1-go do 6-u dni, największe nacieczenie w większo-

ci przypadków występowało najwcześniej 3 dni po rozpoczęciu choroby. W przypadku zajęcia kilku płatów rezolucja odbywała się różnie, czasami najpierw w płatach początkowo zajętych, czasami jednocześnie wszędzie, czasami wprawdzie w późniejszej zajętych płatach niż we wcześniej skonsolidowanych. Rezolucja trwała od kilku do kilkudziesięciu dni. Stosunek czasu rozpoczynania się rezolucji do występowania przełomu jest w różnych przypadkach niejednakowy: rezolucja może wystąpić przed przełomem, jednocześnie lub po przełomie. Podniesienie przepony po stronie zajętej obserwowano podczas badania rentgenologicznego bardzo często (w 18 z 27 przypadków, w których udało się uwidocznić przeponę), za pomocą badania fizykalnego dało się ono stwierdzić znacznie rzadziej. W 7 przypadkach z 40 — stwierdzono nieznaczne przesunięcie śródpiersia ku stronie chorej. W 14 przypadkach obserwowanych w ciągu 1-ych 30 godzin od rozpoczęcia się choroby przesunięcia śródpiersia nie spostrzegano. U dzieci, u których śródpiersie jest bardziej ruchome, spostrzega się to zjawisko częściej i wyraźniej. Badanie rentgenologiczne ma duże znaczenie rozpoznawcze we wczesnych okresach choroby, kiedy badanie fizykalne tylko w rzadkich przypadkach daje wyniki wyraźne.

H. Makower (Łódź).

SAINT JACQUES. **Kiła płuc.** (Gaz. Med. de France, 15, 1934).

Sergent, Piotti i Imbert przed niedawnym czasem zwrócili uwagę na częste występowanie zmian kilowych w płucach. Letulleowi zawdzięczamy sprecyzowanie odmian anatomicznych kilowych zmian w płucach: odosobniony kilak, skupienie zmian o charakterze stwardnieniowo-kilakowym, gwiazdzista blizna oraz wysepka odoskrzelowego swoistego zapalenia płuc. Sergent słusznie podkreśla praktyczne znaczenie promieni Rentgena dla określania rodzaju zmian płucnych oraz dla rozpoznania w przypadkach, gdy wielokrotne badanie płwociny nie zdołało wykryć laseczników Kocha. Autor przytacza dwa własne przypadki kiły płuc, wykazując, jak szybko i skutecznie zmiany te poddają się leczeniu swoistemu. H. Szpidaum.

Choroby nerwowe i psychiczne.

LARUELLE. **Odszukiwanie komór.** (Rev. Neur. T. I, Nr. 2, 1933).

Autor wpuszcza kilka zaledwie ctm.³ powietrza do komór drogą dolędźwiową i według obrazu rentgenowskiego orjentuje się w kształcie komór i w ich drożności. Technika zabiegu polega na nakłuciu lędźwiowym w pozycji siedzącej, głowa pacjenta musi być lekko pochylona do przodu, w przeciwnym wypadku powietrze przenika na powierzchnię mózgu lub pod namiot mózdzku. Powietrze wpuszczone idzie poprzez III komorę i otwory Monro do komór bocznych. Zdjęcie dokonane natychmiast po zabiegu, pozwala dojrzeć komorę III, szybko jednak powietrze daży wyżej i cakowicie przechodzi do komór bocznych. Pochwycenie momentu przejścia przez komorę środkową jest niezmiernie ważne z tego względu, że położenie jej pozwala różniczkować nowotwór płata czołowego przedniego od nowotworu płata skroniowo-ciemiennego: w pierwszym przypadku komora środkowa zachowuje położenie zwykle, w drugim — przesuwa się w stronę przeciwną do nowotworu. Metoda jest łatwa, nieszkodliwa i pożyteczna we wszystkich cierpieniach, wpływających na drożność przestrzeni podopajęczynówkowych i komór.

N. Z. Z.

M. SCHACHERL. **Co daje leczenie ambulatoryjne szczepionką w ostrym i przewlekłym zapaleniu nerwów.** (Die aerztliche Praxis VII. 74—75. 1933).

Bardzo dobre są wyniki leczenia szczepionkowego zapaleń nerwów obwodowych w ich przebiegu ostrym i chronicz-

nym. Metoda łatwo daje się stosować, nie jest bolesna i przykra, najwyżej wywołuje dreszcz półgodzinny, gorączkę dochodzącą do 38° i krytyczny jej spadek. W cięższych postaciach wystarcza do skutecznego stosowania apicosanu, w ciężkich dożylnie saprovitane lub neosaprovitane, w średnich do mięśniowo w akcyneuryna, której 18 ampulek w 3 dniowych odstępach się stosuje. Energiczniej ale i burzliwiej działa ona, stosowana dożylnie. Schacherl radzi wtedy rozpoczynać od 1/5 minimalnej dawki ampulkowej, by dopiero po miesiącu dojść do dawki zwykłej. Ostatnia metoda może być stosowana ambulatoryjnie.

H. Higier.

STRAUSS. **W sprawie przełomu z rdzenia przedłużonego z zatrzymaniem oddechu w wadzie rdzenia.** (D. m. W. Nr. 11, 1933).

Autor opisuje przypadek władu rdzenia, w przebiegu którego dwukrotnie występowały stany nieprzytomności z zatrzymaniem oddechu i z następczym zwężeniem krtani. W literaturze opisano 21 podobnych przypadków, z których większość zjawiała się po uprzednim stosowaniu alkaloidów, w kilku zaś nie można było doszukać się żadnej przyczyny zewnątrz, podobnie jak w obserwowanym przypadku. Należy przypuszczać, iż napadowe występowanie zatrzymania oddechu wraz z innymi objawami kryzy jest uwarunkowane temi samymi czynnikami, co ostatnia. Ośrodek oddechowy ulega prawdopodobnie porażeniu pod wpływem toksycznych substancji, wyzwalających się podczas kryzy. Zrozumiałem jest fakt występowania zatrzymania oddechu pod wpływem alkaloidów, osłabiających ośrodek oddechowy, powodujących nawet porażenie ośrodka tam, gdzie czynniki endogenne nie były w możności do tego doprowadzić. W przypadkach opisanych w literaturze nie spostrzegano następczego zwężenia krtani. Autor przypuszcza, iż porażenie oddechu i objawy zwężenia krtani powstają jednocześnie i są uwarunkowane napadem przełomu w rdzeniu przedłużonym, w którym blisko siebie znajduje się ośrodek oddechowy i jądro nerwu błędnego. Stąd słuszne jest wprowadzenie terminu „przełom z rdzenia przedłużonego”. Lecznictwo podawano lobelinę, działającą ośrodkowo i inturowano odpowiednim kateterem.

Wanda Luxenburgowa.

PASKIND and STONE. **Rodzinne porażenie spastyczne.** (Archives of Neurology and Psychiatry, t. 30, Nr. 3, 1933).

Przypadki *paralysis spinalis spastica* występują zazwyczaj jako choroba wrodzona, lub rodzinna. Porażenie spastyczne może być jedynym i wyłącznym objawem i należałoby oczekiwać, że sprawą chorobową dotknięte są wyłącznie drogi piramidowe. Jako objawy towarzyszące występują: zaburzenia psychiczne, drgawki, zanik nerwu wzrokowego, oczopląs, zaburzenia mowy pod postacią skandowania, zaniki mięśniowe. Autorzy zebrali światową literaturę tego schorzenia. Postać familijną *paralysis spastica* obserwowano w 152 rodzinach. 32 razy chorobę spotykano w dwu pokoleniach, 6 razy w trzech, 5 razy w czterech, 1 raz w pięciu i 1 raz w sześciu pokoleniach. Autorom udało się obserwować *paralysis spinalis spastica* u trzech członków tej samej rodziny, przyczem jeden z tych przypadków udało się zbadać anatOMICZNIE. W ostatnim tym przypadku, klinicznie oprócz *paralysis spinalis spastica*, występował także idjotyzm. Anatomo-patologicznie stwierdzili autorzy: mały mózg, prawie z zupełnym brakiem rowków na powierzchni mózgu (*agyria*), z pozostałymi rowkami poszerzonymi (*pachygyria*), brak włókien asocjacyjnych w potylicznej i ciemiennowej części mózgu.

J. Melzak.

Streszczenia pojedyncze.

Lecznictwo.

A. M. Th. PFLIEGER. **Cibalgina.** (Psychiatr. - neurolog. Wochenschr. 1934. Nr. 17).

Autorka posługiwała się metodą F r e y a dla badań Cibalginy, którą szczegółowo opisuje i podaje w tablicach i wykresach wyniki 3 doświadczeń. Cibalgina, podobnie jak Dormalgina, prawie wyłącznie przytłumia ból, wywołując ostre i przechodzące szybko, a także i przewlekłe podniesienie progu bólowego. Cibalgina zasługuje na pierwszeństwo przed Dormalginą, gdyż działanie jej występuje prędzej, trwa dłużej i jest silniejsze od działania Dormalginy. Zadawano Cibalginę po 1,1 — 2 cm.³ domięśniowo i nigdy nie zauważono niepożądanych objawów ubocznych. Również nie widzi ona nawyknięcia i potrzeby stosowania leczenia ujmowaniem leku, jako następstwa nalogu. X.

J. LOUBIÈRE. **Przyczynek do badania obrazu zatrucia kwasami barbiturowymi i nowych dróg ich leczenia.** (Rozprawa — Paryż).

Autor badał szczegółowo leczenie zatrucia kwasami barbiturowymi za pomocą strychniny, dochodzi on jednak do przekonania, że Coramina znacznie mniej jest toksyczna i daje się w nadzwyczaj prosty sposób stosować, zasługuje przeto na pierwszeństwo. X.

H. HEINRICH. **Coramina w zatruciu środkami nasennymi.** (Münchener Mediz. Wochenschr. 1933. Nr. 14. Str. 526/527).

Autor podnosi 3 charakterystyczne cechy w działaniu Coraminy, jako leku działającego na ośr. naczynioruchowy i oddechowy. 1) Coramina, podnosząc ciśnienie krwi, stwarza dla uszkodzonego serca, szczególnie w zatruciach, większe obciążenie i pracę, co byłoby niekorzystne dla ustroju, gdyby nie ta okoliczność, że mimo zwężenia naczyń w obrębie trzew, rozszerzają się naczynia powłok, co w rezultacie łatwo wyrównywa wahania w ciśnieniu i nie wpływa na pracę serca. 2) Drugim czynnikiem, przeciwdziałającym podnoszeniu się ciśnienia krwi jest wpływ Coraminy na oddech, a mianowicie, przez pobudzenie ośrodka naczynioruchowego oddech staje się pełniejszy i częstszy, wskutek czego zawartość CO₂ we krwi obniża się, co wg. S t r o s s a ma być powodem ośrodkowego spadku ciśnienia krwi. 3) Następnym czynnikiem jej jest działanie podobne do kamfory, ale 7 razy mocniejsze (A s c h e r), mające wpływ na rozmieszczenie krwi, które odgrywa niewielką rolę w warunkach prawidłowych; inaczej natomiast rzecz się ma w razie spadku ciśnienia; wtedy wpływ na ośr. naczynioruchowy i regulujący oddech, stawia ją w rzędzie pierwszorzędnych środków do walki z zatruciami. Ponieważ Coramina najprawdopodobniej obniża pobudliwość serca, co się zdarza w zatruciu chloralem, który w dodatku powoduje zaburzenia w czynności serca, jest ona w zatruciu tego rodzaju środkami niewskazana. Najważniejszymi wskazaniem zaś będą zatrucia, których wyrazem będą zaburzenia oddechowe i naczynioruchowe, szczególnie stany zapaści. F. S i e n i c k i

Alfredo BUZZO y Guido Costa BERTANI. **Zatrucie związkami barbiturowymi (weronalem). Traktowanie Coramią.** (Rev. de la Asoc. Med. Argent. 1933. Tom XLVII).

Zwykle zabieg zawiódł w przypadku zatrucia weronalem, poddanym leczeniu w 12 godzin po próbie samobójstwa. Po dalszych 9 godzinach chora jeszcze była nieprzytomna. Zastrzyknięto powoli 5 cm.³ Coraminy dożylnie, poczem pacjentka natychmiast otworzyła oczy i z płaczem pragnęła ujrzeć swoją matkę. Kiedy chora ponownie wpadła w stan odrętwienia, wstrzyknięto znów dożylnie 5 cm.³, poczem nie-

bezpieczeństwo ostatecznie minęło, a chora się obudziła. N a f t a l i w dyskusji przytacza również przypadek pomysłnego zastosowania Coraminy w zatruciu kwasem barbiturowym. C a r r a t a l à jest przekonany o wielkim znaczeniu Coraminy w leczeniu zatruc. Potwierdził on doświadczenia kliniczne drogą prób doświadczalnych.

F. S i e n i c k i.

F. de SIMONE. **O stosowaniu wielkich dawek Coagulenu pod postacią zastrzykiwań do tkanki łącznej ściany brzusznej.** (Rassegna Internazionale di Clinica e Terapia, 1933. tom XIV. Nr. 20).

Autor zaleca w często się powtarzającym krwiopłuciu 40—80 cm.³ roztworu Coagulenu wstrzykiwać pod skórę brzucha. Tak wielką ilość byłoby bardzo trudno zastrzykiwać do pośladków. Aczkolwiek bezwarunkowo dobre wyniki osiągnąć można przez zastrzykiwanie Coagulenu do tchawicy, to jednak zabieg taki wymaga wielkiej wprawy i starannego dopilnowania chorego przez dobrze wyszkolony personel. Tam, gdzie warunki nie są po temu, metoda autora rokuje dobre wyniki. Zwykle daje się naraz 40 cm.³ Coagulenu i czeka się ½ godziny. Jeżeli w tym czasie krwiopłucie się nie zmniejsza, powtarza się zastrzyknięcie z 20 — 40 Coagulenu. Większych dawek nigdy nie było potrzeba. W bardzo silnych krwotokach osiągnąć po drugim zastrzyknięciu zupełne ustawnienie krwiopłucia. Nigdy nie zauważono jakichbądź objawów ubocznych lub następnych. F. S i e n i c k i.

Choroby serca i naczyń.

R. V. SAGER. **Zakrzep tętnic wieńcowych. Przebiec uległej zawałowi przegrody międzykomorowej.** (Arch. Int. Med., 1934, 53, Nr. 1).

Od roku 1845 dotychczas opisano w piśmiennictwie 18 przypadków przebiecia przegrody międzykomorowej na tle zawału. Specyzowanie symptomatologii tego rzadkiego schorzenia pozwoliło B r u n n o w i w r. 1923 oraz autorowi niniejszej pracy na postawienie jedynych dotychczas rozpoznania za życia. Obraz chorobowy charakteryzuje się połączeniem objawów ciężkiego zawału mięśnia sercowego z objawami choroby R o g e r a. Zwłaszcza nagle wystąpienie silnego „thrillu“ skurczowego i głośniego, szorstkiego szmeru skurczowego, później ewentualnie i delikatnego rozkurczowego — u osobników, u których przedtem się ich nie wysłuchiwało, jest bardzo charakterystyczne. Szmerzy te promieniują do lewej pachy i do okolicy podłopatkowej lewej, nie promieniują w kierunku dużych naczyń. Ponieważ otwór w przegrodzie przeważnie nie jest duży, szmer nawet przy słabej akcji serca jest wyraźny i głośnie, a niewielka ilość krwi, jaka zostaje przezeń przepychana, nie powoduje dużego zaburzenia w hemodynamice. Dlatego nie występuje tu częsta we wrodzonym otworze przegrody znaczny stopień sinicy. Dotychczas wszystkie przypadki okazały się śmiertelnymi, śmierć wystąpiła najpóźniej po 10 dniach od chwili wystąpienia zawału. Przyczyną śmierci nie jest przebiecie przegrody, ale sam zawał mięśnia sercowego. Autoptycznie stwierdzano zawsze duże zmiany w gałęzi zstępującej przedniej lewej i gałęzi zstępującej tylnej prawej tętnicy wieńcowej, przeważnie znaczne zwężenie drugiej i świeży zakrzep pierwszej.

H. M a k o w e r (Łódź).

NORDMAN. **Zachowanie się krążenia obwodowego w białym i czerwonym nadciśnieniu.** (D. m. W. Nr. 20, 1933).

Wiadomo powszechnie, że według V o l h a r d a, różniamy białe i czerwone nadciśnienie. W pierwszym, powstałym wtórnie przy zapaleniu nerek, organizm posiada zwężone naczynia włosowate, w drugim — konstytucjonalnym —

oprócz wyżej podanych zmian istnieją rozszerzone naczynia włosowate żyłne i żyły. Ścisłego rozgraniczenia między temi przypadkami niema, a specjalnie pouczające są przypadki, które nie dadzą się wtłoczyć w ten schemat. W nadciśnieniu białem mamy wybitne zmiany w nerkach, przerost mięśnia sercowego i tętnic. W drugiej postaci nadciśnienia zmiany w nerkach są znikome, występuje koncentryczny przerost serca, b. znaczne zgrubienie i zwężenie tętnic. Poziom ciśnienia nie jest różny w obu tych postaciach i nie stanowi kryterjum rozpoznawczego. Badania doświadczalne na zwierzętach wyświetliły nieco wiele spraw niejasnych. Przy wzroście ciśnienia krwi widzimy w jednych doświadczeniach ogólne zwężenie łożyska krwi z przyspieszonym krążeniem; podobne zachowanie się, jak u ludzi przy nadciśnieniu białem. W innych — znacznie silniejsze zwężenie tętnic z jednoczesnym rozszerzeniem naczyń włosowatych i żył, stan, jaki spotykamy przy kapilaroskopji nadciśnienia czerwonego. Dalsze badania w tym kierunku, przeprowadzane u ludzi, wykazały istnienie zależności i skłonności naczyń włosowatych do rozszerzenia od ciśnienia krwi. Im wyższe jest ciśnienie skurczowe i niższe rozkurczowe tem szybciej występuje dermatografizm. Małe stosunkowe różnice w poziomie ciśnienia krwi w obu postaciach nadciśnienia można wytłumaczyć tem, że w nadciśnieniu konstytucjonalnem skurczowi małych i dużych tętnic przeciwstawia się rozkurcz naczyń włosowatych i żył, przy nadciśnieniu białem koryto krwi jest równomiernie zwężone. W pierwszej postaci tętnice są więcej skurczone niż w drugiej. Spotykamy jednak dość duże wyjątki od tych zasad. Wiadomo bowiem, że osobnik z chwiejnym układem naczynioruchowym i osobnik z nadciśnieniem ma dużą skłonność do spastyczno-atonicznego zespołu objawów naczyniowych. Wiele jest też stanów, które nie dadzą się ująć w powyższy schemat np. stany mocznicowe i pseudomocznicowe. Ogólnie rzecz biorąc, przy nadciśnieniu konstytucjonalnem mamy znacznie większy skurcz naczyń niż u chorych na nerki, poziom ciśnienia zachowuje się jednak z niewielkimi zmianami tak jak w nadciśnieniu białem, dzięki rozszerzeniu końcowych odcinków krwioobiegu.

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

SCHARK. W sprawie kliniki zakrzepow naczyniowych. D. m. W. Nr. 24, 1933).

Zakrzep naczyń wieńcowych serca (z. n. w.) spotyka się przedewszystkiem u osób powyżej 50 roku życia i przeważnie u mężczyzn. Napady takie występują głównie w spokoju, a nie rzadko i w nocy, i w przeciwieństwie do napadu dusznicy bolesnej, spokój nie łagodzi bólów. Bóle te, przy z. n. w., o charakterze zamierania, umiejscowione są w nadbrzuszu i promieniują do okolicy lewej połowy klatki piersiowej, imitując często ostre sprawy w jamie brzusznej, trwają zazwyczaj dłużej niż przy zwykłym napadzie dusznicy bolesnej, a ustępując, przechodzą w uczucie palenia i ucisku za mostkiem. Jądem napadu z. n. w. jest wstrząs: zblednięcie, brak tętna, sinica, zimny pot, uczucie nicości, często duszność, obrzęk płuc, nudności, wymioty, niemiarkowość tętna zależna od migotania przedsionków, spadek ciśnienia krwi, w późniejszym okresie podwyższenie temperatury ciała, leukocytoza krwi, silnie przyspieszone opadanie krwinek. Objaw ten łącznie z dwoma poprzedniami: temperatura i leukocytoza, jest dowodem rozpadu białka w ustroju. Ważniejszym dowodem z. n. w. jest tarcie osierdziowe. Często występują objawy odoskrzelowego zapalenia płuc w dolnym płacie lewym w połączeniu z suchym zapaleniem opłucny. Spotykano także krwawą płwocinę. Sinica, duszność, obrzęki, żółtaczka pojawiają się jako objawy niedomogi serca. W rozpoznaniu i rokowaniu z. n. w. niepoślednią rolę odgrywa badanie elektrokardiograficzne. Ustalono cały szereg krzywych, charakterystycznych dla różnych okresów zawału m. sercowego, tak że tą drogą udaje się ustalić anatomiczne umiejscowienie zakrzepu. Kli-

nicznie za zakrzepem lewej tętnicy wieńcowej przemawia: nagłe wystąpienie *status anginosus* z ostrem osłabieniem serca, dusznością i bólem w dolku podsercowym, powiększenie serca na lewo, za zaczerwienieniem prawej tętnicy — powiększenie serca wprawo, ostre obrzmienie wątroby, i czasami *pericarditis serosa*. Rokowanie w przypadkach z. n. w. jest zawsze poważne. Stosunkowo dość duża liczba chorych ginie w czasie ataku lub wskutek osłabienia m. sercowego. Specjalnie należy zwrócić uwagę na możliwość powstania zakrzepów w ścianie serca, co może być punktem wyjścia dla zatorów mózgowych. W leczeniu należy duży nacisk położyć na kurację wypoczynkową dopóki temperatura ciała, leukocytoza i czas opadania krwinek nie powróci do normy. Wiadomą jest rzeczą i b. charakterystyczną, że nitraty nie uspokajają dolegliwości bólowych w przeciwieństwie do dusznicy bolesnej. Niezbędne stają się wtedy narkotyki, aż do skopolaminy włącznie. Na 19 przypadków sekcyjnych zakrzepów w układzie tętniczym, stosunkowo dość rzadko udało się postawić rozpoznanie *in vivo*; zwłaszcza duże trudności istniały w przypadkach zakrzepów tętnic płucnych, tętnic nerkowych. Natomiast zakrzepy tętnic w obrębie jamy brzusznej dają się już łatwiej rozpoznać: ostra niedrożność u starszego osobnika z silnymi bólami, ciężką zapaścią i krwawymi biegunkami. Niestety ten ostatni objaw występuje dość rzadko, a wtedy rozpoznanie jest wielce utrudnione. Najczęściej stosunkowo spotykano zakrzepy tętnic mózgowych, jednakże i tutaj konieczna jest duża wnikliwość, aby w pewnych stanach chorobowych wogóle myśleć o możliwości wystąpienia zakrzepów u młodych ludzi. Sprawę nieco ułatwia zebranie wywiadów co do uprzednio odczuwanych bólów głowy, następnie wystąpienie zawrotów głowy, drgawek lub jednostronnego porażenia, podwyższenie się temperatury ciała, leukocytoza krwi, narastanie objawów w przeciwieństwie do zatoru tętnic. Duże trudności rozpoznawcze może nastręczyć różnicowanie zakrzepu tętnicy z guzem mózgu, *pachymeningitis haemorrhagica* i krwawieniem podpajęczynówkowym. W etiologii zakrzepu na pierwszym miejscu należy wymienić miażdżycę, później zakażenie kilowe, którego procent jest jednak stosunkowo mały. W dalszym ciągu idą: zatrucia nikotyną, ołowiem. Statystyki ostatnie z całą pewnością mówią o wzroście zakrzepów w ostatnich latach.

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

E LONGO. Tętniaki lewej tętnicy biodrowej wspólnej. (Wien. kl. Woch. Nr. 39, 1933).

Pomimo starannie przeprowadzonych rozważań różniczkowo-rozpoznawczych nie można było postawić rozpoznania w przypadku, który zginął z powodu pęknięcia tętniaka. Wyjaśnienie dało dopiero badanie pośmiertne.

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

Choroby krwi i narządów krwiotwórczych.

C. E. FORKNER. Kliniczne i patologiczne różniczkowanie ostrych białaczek ze szczególnem uwzględnieniem ostrej białaczki monocytowej. (Arch. Int. Med., 1934, 53, Nr. 1).

Dotychczas uważano symptomatologję różnych rodzajów ostrych białaczek za jednakową. Autor na podstawie własnych obserwacji i dokładnego przeglądu piśmiennictwa stara się sprecyzować djaagnostykę różniczkową białaczek, opierając się w znacznej mierze na badaniu fizykalnem. Dla ostrej białaczki monocytowej charakterystyczne są rozlane znaczne obrznięcia śluzówek jamy ustnej i gardzieliowej, zwł. dziąseł, połączone zwykle z owrzodzeniami i martwicą; zwykle występuje silny *foetor ex ore*. Obok tych objawów występują często większe zmiany zapalne w głębszych tkankach twarzy, powodujące obrzmienie i ból. Z tego powodu wszyscy pacjenci F o r k n e r a z białaczką monocytową zanim trafili do lekarza, udawali się do dentyści. W ostrych

myelozach i limfadenozach często występują zmiany w ustach, ale zwykle znacznie łagodniejsze, bez rozlanego obrzmienia, owrzodzeń i nekroz, przeważnie tylko nieznaczne zmiany zapalne i krwawienia. Gruczoły limfatyczne zwykle niepowiększone w ostrej białaczce szpikowej, ogólnie — czasami znacznie, czasami umiarkowanie — powiększone w limfatycznej; w monocytowej średniego stopnia powiększenie gruczołów karkowych, inne przeważnie wcale niemacalne, ewentualnie tylko nieznacznie powiększone. Śledziona zwykle niemacalna w szpikowej, znacznie powiększona w limfatycznej; w monocytowej macalna w około 70% przypadków. Wątroba powiększona we wszystkich rodzajach białaczek. Pod względem hematologicznym poleca autor specjalnie technikę badania przyżyciowego (Sabin, Simpson). W obrazie histopatologicznym monoblasty, premonocyty i monocyty wyróżniają się swym nieregularnie ukształtowaniem, często wydłużeniem i skręconym jądrem, bez jąderek; zaródź — bardziej obfita niż w limfo- i myeloblastach — jest znacznie mniej od nich bazofilna. Komórki szeregu monocytowego mogą dawać lub nie reakcję oksydazową i peroksydazową; jeżeli ją dają, to tem samem wyróżniają się od limfocytów; granulacje komórek monocytowych są znacznie delikatniejsze od granulacji oksydazowych komórek szeregu myelogennego. Badania powyższe tyczą się białaczek dorosłych, u dzieci być może stosunki są inne.

H. M a k o w e r (Łódź).

K. FRANKE. O najskuteczniejszej metodzie leczenia niedokrewności złośliwej. (Klin. Woch. Nr. 4 — 1934).

Skuteczna metoda leczenia anemii złośliwej winna być szybka, pewna, możliwie tania i przyjemna dla chorego; należy dbać o to, aby normalny obraz krwi stale był zachowany; w ten sposób chory zdolny będzie do swej pracy zawodowej i chroniony przed groźnymi powikłaniami rdzennymi. Materiał autora obejmuje 61 przypadków z okresu przedwątrobowego i 118 przypadków leczonych metodami nowoczesnymi. Zdaniem autora najenergiczniejsze i najlepsze jest następujące leczenie; rozpocząć należy od soku wątrobowego (500 cm.³) zmieszanego z sokiem żołądkowym (100 — 150 cm.³); już po paru dniach występuje przełom retikulocytów i rozpoczyna się ogólna poprawa. Po osiągnięciu normalnego obrazu krwi należy stosować wstrzykiwania domięśniowe wyciągu wątroby raz tygodniowo. Poza tem autor spostrzegł, że w niektórych przypadkach działanie wątroby zostaje spotęgowane przez jednoczesne stosowanie żelaza w dawkach 2 — 3 gr. dziennie.

Jakób P e n s o n.

Choroby przemiany materji i gruczołów wewnątrzwydzielniczych.

D. E. LICHTY. Lipoidy i choroby lipidowe. Ksantomatoza (typ Schüllera-Christiana). (Ann. Int. Med. 1934, 53, Nr. 3).

Autor opisuje przypadek zespołu Schüllera-Christiana u 2-letniej dziewczynki, szybko zakończony zejściem śmiertelnem. Złamanie samoistne prawej kości udowej (po raz pierwszy opisane w piśmiennictwie), bardzo silna i uporczywa niedokrewność aplastyczna i skaza krwotoczna świadczyły o znacznym zajęciu systemu kostnego. Złogi lipidowe u podstawy czaszki, a zwłaszcza w okolicy siodełka były dość znaczne, jednakże nie wystarczały do wytworzenia zmian w okolicy podwzgórkowej, prowadzących do powstania moczówki prostej. Brak zmian w odczodole tłumaczy nieobecność wytrzeszczu. Zmiany w kości skroniowej były tego rodzaju (wyciek z ucha, bolesność i obrzmienie), że symulowały zapal. wyrostka sutkowego, wobec czego wykonano operację, której można było uniknąć, gdyby zrobiono zdjęcie rentgenologiczne. Znacznej lipemji wzgl. cholesterynemji w przypadku tym nie stwierdzono. Poziom wapnia we krwi odpowiadał niskiej normie, poziom fosforu niski. Znacznego stopnia miażdżca

tętnic (u 21-miesięcznego dziecka) spowodowana została zapewne przez uwolniony z kości przez ksantomaty wapń. Promienie Roentgena, stosowane niekiedy z dobrym skutkiem w chorobie Schüllera-Christiana, nie mogły być w tym przypadku użyte z powodu daleko posuniętych zmian w szpiku kostnym.

H. M a k o w e r (Łódź).

Harvey CUSHING. Dwadzieścia lat pracy nad dysfunkcją przysadki mózgowej ze specjalnem uwzględnieniem gruczolaków przysadkowych. (Arch. of Int. Med. T. 51, Nr. 4, 1933).

Autor w swej pracy zajmuje się jedynie gruczolakami przysadki mózgowej; zwraca uwagę, że należy odróżniać t. zw. *adenohypophysis* od *neurohypophysis*. *Adenohypophysis*, czyli tk. gruczolowa, składa się z komórki macierzystej o delikatnej niebarwiącej się ziarnistej protoplazmie; komórka taka, zwana chromofobową, dojrzewając, zamienia się na kwaso- lub zasadochłonną. Autor na zasadzie swego długoletniego doświadczenia sądzi, że komórka chromofobowa niema właściwości sekrecyjnych, natomiast komórka kwasochłonna wydziela czynny produkt, mający wpływ na wzrost, a kwasochłonna łączy się z pracą gruczołów płciowych. W zależności od bujania poszczególnych komórek autor odróżnia 3 rodzaje gruczolaków przysadki: chromofobowe, kwasochłonne i składające się z komórek zasadochłonnych. Gruczolaki chromofobowe występują b. często, nie mają cech złośliwości; wśród 385 przypadków gruczolaków przysadki przez autora obserwowanych, w 277 przyp. wykryto utkanie chromofobowe, w 107 — gruczolak składał się z komórek kwasochłonnych, w 1 przyp. — z komórek zasadochłonnych. Chociaż guzy chromofobowe nie mają zdolności wydzielniczej, mogą jednak wywołać niedoczynność przysadki przez ucisk elementów gruczolowych sekrecyjnych; najczęściej pierwsze niepokojące objawy polegają na zaburzeniach wzrokowych i zależą od ucisku guza na skrzyżowanie nerwów wzrokowych. Guzy chromofobowe przeważnie występują u dorosłych; niekiedy jednak rozwijają się w wieku dziecięcym, wtedy wywołują zahamowanie wzrostu i rozwoju narządów płciowych przez długotrwały ucisk na elementy, wydzielające wspomniane hormony. Autor opisuje tego rodzaju przypadek, dwukrotnie operowany z powodu ucisku na nerwy wzrokowe; badanie wyciętej substancji wykazało typowe utkanie chromofobowe, a jednak w przebiegu klinicznym występowały zaburzenia wzrostu i objawy ze strony narządów płciowych. Gruczolaki drugiego typu, składające się z komórek kwasochłonnych, powodują przeważnie akromegalię i gigantyzm; na tej zasadzie sądzić należy, że komórki kwasochłonne wydzielają hormon wzrostu. Klinika poucza, że akromegalię często towarzyszą objawy dystrofji seksualnej, co autor tłumaczy uciskiem rosnącego gruczolaka na komórki sekrecyjne innego typu od samego gruczolaka. Autor zwraca uwagę na fakt, że niezawsze akromegalię cechuje wybujały wzrost. Autor opisuje 4 przypadki, gdzie chorzy stawali się jakby niższego wzrostu, zaczęli rosnać wszędy; kości i kręgi stawały się grubsze, a jednocześnie stwierdzono t. zw. „splanchnomegalię” w postaci powiększenia wątroby, śledziony i innych narządów. Przebieg akromegalii i stanów z tem schorzeniem spokrewnionych jest niejednorodny; dla przykładu autor opisuje przypadek, pouczający jak skomplikowany bywa przebieg zespołu klinicznego, zależnego od nadczynności przysadki z powodu jej gruczolaka. Przypadek dotyczy kobiety, u której po porodzie wystąpiła stała laktacja, brak perjodu i objawy akromegalii, po pewnym czasie dołączyły się objawy wzmożonego ciśnienia wśródczaszkowego. Operacja wykazała gruczolak kwasochłonny ponadsiodełkowy; na uwagę zasługuje fakt, że w przypadku tym objawy akromegalii były przejściowe (fugitive acromegaly); napady senności i petit mal, które występowały u chorej, autor uzależnia od podrażnienia przez

guz ośrodków podkorowych parasympatycznych. Trzecia grupa gruczolaków, składających się z komórek zasadochłonnych, występuje najrzadziej; o ile sekrecja komórek kwasochłonnych niewątpliwie łączy się z czynnikiem wzrostu, to łączność komórek bazofilnych z czynnikiem degeneracji płciowej jest jeszcze sprawą niepewną. W ciągu ostatnich lat okazało się, że często sprawy chorobowe wielogrzuczałowe, przebiegające z otłuszczeniem, rozmiękczeniem kości, hipertonią, zmniejszonym metabolizmem, zależą od gruczolaków zasadochłonnych przedniego płata przysadki mózgowej. Autor opisuje tego rodzaju przypadek obserwowany przez kilkanaście lat. Sprawa rozpoczęła się od braku perjodu, znacznego i szybko rozwijającego się otłuszczenia, nadciśnienia w młodym wieku (19 lat). Po 10 latach dołączyły się liczne złamania kości, hiperglikemia i cukromocz, męskie uwłosienie twarzy. Chora nagle zmarła z powodu ostrego obrzęku płuc. Na autopsji stwierdzono rozległą miażdżycę aorty i dużych tętnic, rozmiękczenie kości, przerost kory nadnerczy, zanik macicy i jajników, a w przysadce gruczolak bazofilny; trzustka, tarczyca nie wykazywały zmian patologicznych. Autor podkreśla, że w przebiegu *dyspituitarismus* pozostałe gruczoły dokrewne biorą czynny udział. Gruczolaki zasadochłonne np. przebiegają z obniżonym metabolizmem podstawowym, z małą tarczycą; w akromegalji tarczyca natomiast przerasta. Zmiany w kościach, hiperglikemia, wysokie ciśnienie wskazują na udział przytarczyczek, trzustki i nadnerczy. Na zakończenie autor wskazuje na fakt, że nowotwory przysadki rozwijają się długie lata, zanim dają wyraźne objawy kliniczne. Wreszcie autor wypowiada zdanie, że płat przedni, tylny przysadki i śródmózgowie stanowią harmonijnie pracującą całość i trudno jest czynność wymienionych narządów oddzielać w sensie fizjologicznym. Jakób P e n s o n.

G. A. HARROP, A. WEINSTEIN, L. J. SOFFER, J. K. TRESHER. **Rozpoznanie i leczenie choroby Adisona.** (The Journ. of the Am. Med. Assoc. T. 100, 23, 1933).

Autorzy podają wyniki leczenia 13 przypadków choroby A d i s o n a wyciągami z kory nadnercza; 7 przypadków zakończyło się śmiertelnie, 6 chorych dożył. Na autopsji stwierdzono w 4 przypadkach zanik kory, w 3 gruźlicę nadnerczy. Opierając się na swych obserwacjach klinicznych oraz doświadczeniach na psach, pozbawionych nadnerczy, autorzy sądzą, że niektóre objawy, jak trwała hipotonja, hipoglikemia i pigmentacja, są głównie związane z uszkodzeniem rdzenia nadnerczy; natomiast objawy, cechujące nawrót chorobowy, a polegające na astenji, objawach żółdkowo-jelitowych, oraz dające obraz wstrząsu przebiegającego z zagęszczeniem krwi, zależą od niedoczynności kory nadnerczy. W pierwszej części swej pracy autorzy omawiają cechy rozpoznawcze choroby A d i s o n a, stawiając na plan pierwszy pigmentację, hipotonję, astenję, hipoglikemję, nadmierną wrażliwość na insulinę; następnie opisują dokładnie historie chorób, poprawę, osiągniętą przez stosowanie wyciągów kory nadnercza oraz skłonność sprawy chorobowej do nawrotów, pomimo znacznej poprawy; autorzy podkreślają, że w okresie poprawy nigdy nie stwierdzili zupełnego zaniku pigmentacji, jak to niektórzy autorzy podają, lecz osłabienie natężenia barwikowego w poszczególnych odcinkach skóry. Poza tem autorzy zwracają uwagę na fakt, że, pomimo obniżonego metabolizmu, podawanie preparatów tarczycy wywołuje pogorszenie choroby A d i s o n a. W drugiej części pracy autorzy, opierając się na doświadczeniu klinicznym i eksperymentach na zwierzętach, proponują nowy sposób rozpoznawania i leczenia choroby

A d i s o n a. Wycięcie obu nadnerczy u psa wywołuje b. szybko zejście śmiertelne; obecnie dzięki wstrzykiwaniu wyciągów kory nadnerczy udaje się utrzymać długo przy życiu psy pozbawione obu nadnerczy; badania autorów dowiodły, że przerwa w stosowaniu wstrzykiwań wyciągów kory tego rodzaju psom powoduje zagęszczenie krwi, wzrost białek surowicy, hiperazotemję, spadek ciśnienia krwi i zapasę naczynioruchową; ponowne wstrzykiwanie wyciągu daje powrót zwierząt do poprzedniego dobrego stanu. Wraz ze wzrostem stężenia krwi autorzy stwierdzili spadek ilości chloru i sodu w surowicy i wzmożone wydzielanie tych pierwiastków drogą moczu; na zasadzie tych badań autorzy wyciągają wniosek, że hormon kory nadnerczy wywiera wybitnie regulujący wpływ na gospodarkę wodną i solną ustroju; zdaniem autorów, dehydratacja z hipochloremją są głównym powodem burzliwych i groźnych objawów, obserwowanych w przebiegu niewydolności nadnerczy. Wobec tego należy się spodziewać, że obfite karmienie zwierząt solą kuchenną w okresie przerwy w podawaniu wyciągów kory powinno opóźnić zjawienie się objawów zagęszczenia krwi i wstrząsu naczynio - ruchowego; doświadczenia w zupełności potwierdziły to przypuszczenie. Trzecia część pracy odnosi się do opisu przypadków choroby A d i s o n a, gdzie stosowano naprzemian dietę obfitą i ubogą w sól kuchenną; autorzy przekonali się, że dieta bezsolna zawsze wywołuje u chorego na A d i s o n a znaczne pogorszenie; w szeregu przypadków, gdzie osiągnięto znaczną poprawę za pomocą stosowania wyciągów kory, zastosowanie diety obfitej w sól pozwalało zmniejszyć dawkę stosowanego wyciągu. Bardzo ważne znaczenie ma dieta obfita w sól w okresie zwolnienia. Pouczający jest przypadek, opisany przez autorów, gdzie zastosowano w celach rozpoznawczych metodę autorów; u 55 letniego mężczyzny, chorego na gruźlicę, stwierdzono obfitą pigmentację na skórze, wargach i śluzówce policzków; poza tem stwierdzono hipoglikemję, nieznaczne obniżenie metabolizmu, obniżenie ciśnienia krwi. Choremu zastosowano bezsolną dietę na przeciąg 12 dni i nie stwierdzono żadnych zmian humoralnych ani subiektywnych. Na zasadzie tego wyniku autorzy, pomimo danych przemawiających za chorobą A d i s o n a, nie stosowali wyciągów kory. Chory wyzdrowiał i znajduje się przez dłuższy czas pod obserwacją autorów. Autorzy sądzą, że w opisanym przypadku sprawa chorobową był zajęty rdzeń nadnerczy, co wywołało pigmentację i hipotonję; kora natomiast była oszczędzona, dlatego też nie stwierdzono zagęszczenia krwi, astenji, objawów jelitowych i wreszcie zapasności naczynioruchowej, pomimo stosowania bezsolnej diety. Autorzy sądzą, że próba z zastosowaniem diety bezsolnej ma ważne znaczenie rozpoznawcze w chorobie A d i s o n a i pozwala ustalić uszkodzenie kory nadnerczy. Poza tem przy stwierdzeniu niedomogi kory należy obok wyciągów kory stosować dietę obfitą w sól. W niektórych przypadkach po otrzymaniu zwolnienia za pomocą wyciągów kory autorzy przez długi czas chronią chorych od nawrotu, stosując jedynie sól; w innych sama sól nie wystarcza. Wreszcie autorzy zwracają uwagę na fakt, że długotrwałe wstrzykiwanie wyciągu kory nadnerczy nie przynosi żadnej szkody ustrojowi. Główny teren stosowania wyciągu kory — to leczenie objawów dehydratacji i wstrząsu naczynioruchowego; objawy te są zdaniem autorów jedynie groźne dla chorego na A d i s o n a i zależą od niedomogi kory; inne objawy jak pigmentacja, choć jaskrawe, ale mało groźne, zależą od niedomogi rdzenia nadnerczy.

Jakób P e n s o n.

Streszczenia pojedyncze.

Fizjologia normalna i patologiczna.

R. RIVOIRE. **Współzależność przysadki i tarczycy.** (Presse Médicale Nr. 75, 1934).

Doświadczalnie stwierdzono, iż po wycięciu przysadki następuje zanik tarczycy. Usunięcie przysadki u kijanek powoduje zahamowanie przeobrażeń, które są zjawiskiem, zależnym od tarczycy. Jeżeli tym samym kijankom, pozbawionym przysadki, wstrzykiwać tyroksynę (hormon tarczycy) zjawiska przeobrażeń stają się prawidłowe. W przebiegu choroby *S i m m o n d s a*, spowodowanej uszkodzeniem przedniego płata przysadki, objawy niedomogi tarczycy wysuwają się na plan pierwszy. Dowodem niedomogi tarczycy jest wówczas obniżenie przemiany podstawowej. Wstrzykiwanie wyciągów przysadki powoduje u młodocianej świnki morskiej przerost tarczycy, co pociąga za sobą wzmożenie przemiany podstawowej, wytrzeszcz, częstoskurcz i wychudzenie. Przy dłuższym jednak podawaniu wyciągów przysadki następuje niedomoga tarczycy. Z powodu wymienionej niedomogi wyciągi przysadki przestają działać. Następuje okres refrakcyjny pobudliwości tarczycy. — Przedni płat przysadki wydziela hormon, który nosi nazwę tyreostymuliny. Ostatnio udało się uzyskać tyreostymulinę prawie w czystej postaci. Obecność i ilość tyreostymuliny można oznaczyć za pomocą prób na młodocianych świnkach morskich, u których tarczyca znajduje się w stanie spoczynku czynnościowego. Jeżeli wstrzyknąć moczu człowieka młodocianej śwince morskiej, wówczas następuje lekki odczyn rozrostu tarczycy. Mocz szczurów, zawierający dużo tyreostymuliny daje bardzo silny odczyn wzrostu tarczycy u młodocianych świnek morskich. Usunięcie tarczycy powoduje rozrost przysadki. Nadczynność tarczycy powoduje obniżenie czynności przysadki. Wstrzykiwanie tyroksyny powoduje zmniejszenie się zawartości tyreostymuliny we krwi. Usiłowano udowodnić pochodzenie przysadkowe choroby *B a s e d o w a*. Dowodu szukano w wytrzeszczu, który można wywołać u zwierząt, pozbawionych tarczycy, za pomocą podania tyreostymuliny. W tym wypadku wytrzeszcz powstaje z powodu pobudzenia odnośnego ośrodka w śródmózgowiu. Jednak mała zawartość tyreostymuliny we krwi chorych na chorobę *B a s e d o w a* przemawia przeciwko jej pochodzeniu przysadkowemu. W większości przypadków choroby *B a s e d o w a* występuje pierwotna nadczynność tarczycy, która pociąga za sobą zmniejszenie się wydzielania tyreostymuliny. W wyjątkowych przypadkach choroby *B a s e d o w a*, gdy nadczynność tarczycy była wtórną po pierwotnym wzmożonym wydzielaniu tyreostymuliny, uzyskano poprawę po naświetlaniach rentgenowskich przysadki. Samoistną poprawę w niektórych przypadkach choroby *B a s e d o w a* możnaby wytłumaczyć wystąpieniem okresu refrakcyjnego pobudliwości tarczycy. Przy obrzęku śluzakowatym uszkodzenie tarczycy jest sprawą pierwotną. Wstrzykiwanie tyreostymuliny zawodzi. W chwili obecnej można przyjąć, iż w patogenezie niektórych przypadków choroby *B a s e d o w a* nadczynność przysadki ma pewne znaczenie. Również możliwa jest rola przysadki w powstawaniu zaburzeń na tle obniżonej czynności tarczycy. Wreszcie bardzo prawdopodobne jest, iż t. zw. basedowifikacja wola pospolitego jest zależna od przysadki.

N. S z y k.

A. MARLOW i F. H. L. TAYLOR. **Stażość poziomu żelaza w osoczu i moczu u ludzi zdrowych i niedokrewnych.** (Ann. Int. Med. 1934, 53, Nr. 4).

Poziom żelaza w osoczu ludzi normalnych wynosi 0.4—0.7 mg.%; w moczu 0.03—0.8 mg. w ciągu 24 godzin. U 3 pacjentów z niedokrewnością niedobarwliwą i u 2 z niedokrewnością złośliwą poziom żelaza wahał się w granicach prawidłowych.

wych. Podawanie doustne dużych dawek żelaza nie wywołało wzrostu ilości żelaza w osoczu ani w moczu. Wyjątek stanowił tylko nieznaczny wzrost wydalania żelaza w moczu u ludzi zdrowych, którym podawano żelazo w środowisku kwaśnym buforowanym. Badania te były przeprowadzone za pomocą bardzo ścisłej metody własnej, która nie nadaje się do streszczenia.

H. M a k o w e r (Łódź).

Patologia kliniczna i doświadczalna.

FORBES, FINLEY and NASON. **Wpływ niektórych środków farmaceutycznych na naczynia mózgowe.** (Archives of Neurology and Psychiatry, t. 30, Nr. 5, 1933).

Autorzy badali różnicę we wpływie niektórych środków farmaceutycznych na naczynia opony miękkiej i skóry (ucha). Badania były przeprowadzone na uśpionych kotach i małpach. Badano wpływ *e p i n e p h r i n y*, *p i t r e s s i n y* oraz wpływ podrażnienia nerwu sympatycznego. Naczynia opony miękkiej obserwowano bezpośrednio przez okienko, zrobione w czaszce. Pitressina wywołuje rozszerzenie tętnic w oponie miękkiej oraz zwężenie tętnic skóry. Epinephrina wprowadzona śródżylnie lub śród tętniczo wywołuje również rozszerzenie tętnic opony miękkiej i zwężenie tętnic skóry. Epinephrina zastosowana miejscowo wywołuje skurcz tętnic opony miękkiej i skóry, przyczem intensywność skurczu jest czterokrotnie silniejsza w skórze aniżeli w oponie miękkiej. Drażnienie nerwu sympatycznego wywołuje zwężenie tętnic zarówno w skórze jak i w oponie miękkiej, przyczem skurcz w skórze jest 10 razy silniejszy aniżeli w oponie. Zwężenie naczyń w oponie miękkiej, wywołane czynnikami wyżej wspomnianymi, może być zniesione przez wzmożenie ciśnienia krwi. Zwężenie naczyń skóry nie może być zniesione.

J. M e l z a k.

M. BRUGER i C. A. POINDEXTER. **Stosunek cholesteroliny osocza do otyłości i niektórych wklających ją schorzeń zwyrodnieniowych (moczówki prostej, nadciśnienia samoistnego, zapalenia kości i stawów oraz miażdżycy tętnic).** (Ann. Int. Med. 1934, 53, Nr. 3).

Zawartość cholesteroliny w osoczu u 53 osobników otyłych, u których nie stwierdzono zaburzeń w przemianie materii, zmian artretycznych lub zmian w gruczołach o wydzielaniu wewnętrznym, była zwykle w granicach prawidłowych. Natomiast u 18 osobników, u których prócz otyłości istniała cukrzyca, nadciśnienie tętnicze lub miażdżycę tętnic, poziom cholesteroliny był często wzmożony. To samo stwierdzono u 4 z 7 osobników otyłych, którzy, aczkolwiek nie mieli cukrzycy, wykazywali zmniejszoną tolerancję na doustnie podawany cukier gronowy. U 4 otyłych z gośćcowatym lub wiewiórowym zapaleniem stawów była cholesterolina w granicach normalnych, natomiast u 7 otyłych z *arthritis hyperthrophica degenerativa* wzgl. *osteo-arthritis* była znacznie zwiększona. Rozwój chorób zwyrodnieniowych u otyłych jest z reguły przyczyną, a nie skutkiem hipercholesterinemji.

H. M a k o w e r (Łódź).

Max VAUTHEY. **Układ siateczkowo-śródbłonkowy wątroby i środki chemiczne przeciwkłowe; rola układu w stosunku do ich tolerancji i znaczenia leczniczego.** (Annales des mal. vénér., kwiecień 1934 r.).

Układ siateczkowo-śródbłonkowy wątroby odgrywa rolę wybitną, przede wszystkim w czasie stosowania leków przeciwkłowych. Od jego stanu zależy z jednej strony zdolność lecznicza wobec czynników chorobotwórczych, z drugiej znoszenie bez objawów ubocznych i nieszkodliwość w stosunku do ustroju. Autor studjuje czynność układu s.-s. z pomocą metody barwienia przyżyciowego, zablokowania układu i me-

tod histologiczno - chemicznych obserwacyjnych. Bada rolę u. s.-s. w fiksowaniu leków przeciwnięciowych, w wydalaniu środków chemicznych, w tolerancji ustroju i w aktywności lekarstw. Wydaje się, że w wątrobie komórki układu s.-s. osiągnęły największe zróżniczkowanie i wydolność czynnościową, zapewniając najdoskonalszą nieszkodliwość i maksymalną moc leczniczą wybitnym chemicznym środkiem leczniczym.

Alfred E t t i n g e r.

Choroby jamy ustnej, gardła, nosa i uszu.

H. BARTH. W sprawie zagadnienia: uraz porodowy a narząd słuchu. (Zeit. f. Hals. Nas. u. Ohr., t. 35, z. 1).

W kościach skalistych noworodków napotykamy często krwotoki. Krwotoki te powstają, jak wskazują badania płodów 3—5 miesięcznych oraz doświadczenia na zwierzętach, naskutek zamartwicy. Czynniki mechaniczne podczas porodu również odgrywają pewną rolę w powstawaniu wylewów krwawych, natomiast ciśnienie ujemne w jamie czaszkowej (teoria S c h w a r t z a) nie ma wielkiego znaczenia. Jednakże często jest b. trudno ustalić pochodzenie tych wylewów krwawych na podstawie badania histologicznego bez danych klinicznych, gdyż ślady po krwawieniach w kościach skalistych stwierdza się często u dzieci i u osobników dorosłych. Trudności ustalenia rodzaju krwawień zwiększa i ta okoliczność, że pozostałości po krwotokach, stojących w związku z urazem porodowym, można stwierdzić w stanie niezmiennym w kości skalistej niekiedy nawet i po roku. W celu wykazania barwnika hemosyderyny konieczne jest wykonanie odczynu chemicznego na żelazo. Autorowi udawało się to przeprowadzić w uchu środkowym nie zaś w błędniku. Na pytanie, czy oczopląs samoistny noworodka stoi w pewnym związku przyczynowym z urazem porodowym, trudno odpowiedzieć twierdząco. Na 100 badanych noworodków a. stwierdził oczopląs u 74. Należy raczej uważać, że jest to oczopląs do pewnego stopnia fizjologiczny. Co się tyczy związku urazu porodowego z głuchotą dziecka, to należy stwierdzić, że głuchota na tem tle nie jest tak częsta, jak się o tem mówi. A. zbadał słuch i pobudliwość narządów n. przedsionkowego ok. 100 dzieci, które się urodziły przy pomocy kleszczy i nie stwierdził u nich żadnych zaburzeń. Należy zatem być b. ostrożnym z wyprowadzaniem wniosków co do związku krwotoków porodowych do kości skalistych z czynnościowymi zaburzeniami narządu słuchu.

J. T e n c e r.

E. MATIS. Operacja doszczętna ucha, dokonywana poprzez małżowiną uszną. (Zeit. f. Hals. Nas. u. Ohr. t. 35, z. 2).

A. podaje nową metodę operacyjną, która nie wymaga wykonania typowego cięcia za małżowiną i bardziej oszczędza słuch chorego. Technika operacji nie jest trudna. Po znieczuleniu małżowiny usznej i zewnętrznego przewodu słuchowego przeprowadza się okrężne cięcie w jamie małżowiny od przedniego wcięcia ucha do wcięcia międzyskrawkowego. Po odluszczeniu podokostnowem tylną - górnej ściany przewodu i małżowiny wprowadza się rozwieracz automatyczny. W dalszym ciągu rozpoczyna się dłutować na powierzchni sutkowej i dokonywa się typowej operacji doszczętniej. Metoda ta posiada tę zaletę, że rana kostna pooperacyjna jest mała, wobec czego gojenie jest szybsze oraz że pod względem kosmetycznym i czynnościowym wyniki są lepsze, niż po zwykłej operacji doszczętniej.

J. T e n c e r.

H. NEUMANN. Uwagi w sprawie etiologii, rozpoznania i leczenia zapalenia opon mózgowych pochodzenia usznego. (Revue de lar. etc. Nr. 1, 1934)).

Zapalenie opon mózgowych jest cierpieniem opon miękkich, istoty mózgowej oraz spłotu naczyniastego. Przebieg tego cierpienia u osobników młodych jest inny niż w wieku starszym. Według danych autora z. o. m. daje największy odsetek

wyzdrowienia u chorych do lat 15. Większość przypadków o zejściu pomyślnym wykazywała małą liczbę objawów. We wszystkich przypadkach, które skończyły się śmiertelnie plyn m. r. zawierał drobnoustroje. Bywają jednak przypadki, w których plyn jest jałowy, a pomimo to zejście nie jest pomyślne. Należy w tych razach wyłączyć błędy techniczne w poszukiwaniu zarazki (czas od pobrania płynu do posiewu; beztle nowce). Przebieg z. o. m. często w dużym stopniu zależy od zmian w istocie mózgowej. Istnieją przypadki, które całkowicie zależą od ogniska pierwotnego w kości, są też przypadki, które się od tego ogniska niezależniają. Pierwsze kończą się dobrze, o ile się usuwa ognisko kostne. Zabieg operacyjny w z. o. m. musi być przeprowadzony b. dokładnie. Rodzaj jego bywa różny zależnie od przypadku. W każdym przypadku muszą być usunięte wszystkie dostępne komórki powietrzne wyrostka sutkowego.

J. T e n c e r.

K. ARSLAN. Nowe metody semiologii przedsionkowej. Próba standaryzacji badań przedsionkowych. (Revue de lar. etc. Nr. 1, 1934).

Wartość prób błędniowych jest coraz częściej poddawana krytyce. U ludzi normalnych istnieje duża różnica w pobudliwości błędnika. Pobudliwość ta jest zależna od stanu pobudliwości ośrodków nerwowych, oczopląs zmienia nasilenie po kąpieli gorącej, wskutek zmęczenia badanego i t. p. Prawo pobudliwości błędnika nie jest dotychczas dobrze znane. Nie jest ustalony stosunek pomiędzy przyspieszeniem kątowym dodatniem lub ujemnem a siłą oczopląsu. Czynnikiem pobudzającym błędnik nie jest szybkość kątowa, lecz przyspieszenie kątowe. W normalnej próbie obrotowej (10 obrotów w ciągu 20") wskutek silnego przyspieszenia kątowego powstaje znaczny oczopląs p e r r o t a c y j n y, który po 20" obracania jest w dalszym ciągu obecny. Ny. poobrotowy nie jest zatem ny. czystym, zależnym jedynie od ujemnego przyspieszenia kątowego, lecz stanowi wypadkową obydwu składników (B u y s). Inny jest ny. poobrotowy po obracaniu chorego przez 20", a inny po dłuższym obracaniu. W celu usunięcia interferencji pomiędzy ny. perrotacyjnym a poobrotowym należy obracać osobnika z przyspieszeniem kątowym mniejszem od progu pobudliwości błędnika ($0,5^{\circ} - 1^{\circ} \text{ sec}^2$), a po osiągnięciu pewnego przyspieszenia kątowego, zatrzymać fotel i uzyskać odpowiednie przyspieszenie ujemne. Albo też należy obracać fotel zwykłym przyspieszeniem kątowym nie krócej, niż 3 minuty (B u y s), w ciągu których oczopląs perrotacyjny wygasa. Najlepszy jest specjalny fotel T o u n i e s a, dzięki któremu można uniknąć powstania ny. perrotacyjnego. Duży wpływ na rodzaj oczopląsu poobrotowego ma sprawa unieruchomienia głowy. Najmniejsze poruszenie głowy podczas obracania powoduje przemi eszczenie się wchłonki, co zmienia rodzaj ny. poobrotowego. Dzięki unieruchomieniu głowy unika się też łatwo powstających zaburzeń równowagi naskutek obracania. Na ny. poobrotowy może się nakładać oczopląs wzrokowo- ruchowy, który powstaje analogicznie jak ny. w pociągu. Okulary B a r t e l s a lub F r e m e l a nie są wystarczające. Badany musi mieć oczy całkowicie zasłonięte. Zachodzi pytanie, czy przy badaniu błędnika podniętą cieplną należy szukać progu pobudliwości, jak podaje K o b r a k, czy też badać ustaloną ilość wody. Jednakże wydaje się, że badanie za pomocą podnięty standaryzowanej jest bardziej słuszne. W próbie cieplnej ma znaczenie nie tylko ilość i t° wody, lecz i szybkość płukania oraz miejsce przewodu słuchowego, w które prąd wody jest skierowany. „Okres utajenia“, uważany przez niektórych jako najbardziej charakterystyczny siłą oczopląsu, jest w rzeczywistości zależny od przyczyn miejscowych, tkwiących w uchu środkowym. Prawdziwy okres utajenia, obejmujący czas od powstania ruchu wchłonki do pojawienia się ny. trwa kilka sekund. Najracjo-

nalniejsza metoda badania kalorycznego błędnika podana jest przez V e i t s a. Polega ona na tem, że badany siada, przechylając głowę do przodu na 15 — 20 stopni, a następnie przestrzykuje się mu ucho 10 cm.³ o ciepłocie 20° (w próbie gorącej 47°) pod kontrolą wziernika w ciągu 10". Czeką się minutę. Następnie głowę przechyla się ku tyłowi na 90° w ciągu 2" w celu ustawienia kanału poziomego w pozycji pionowej. Teraz obserwuje się prawdziwy czas utajenia ny., trwanie jego oraz liczbę drgań. Pożądanem jest liczenie drgań ny, nie tylko trwanie ny. Częstość $nv. = \frac{\text{liczba drgań}}{\text{czas trwania}}$.

Należy pamiętać o czynnikach pozabłędniowych, które mogą spowodować drgania oczopląsowe (czynniki optokinetyczne, odruchy szyjne i t. p.). Badanie zatem kończym na zbaczanie i mijania przed badaniem nv, może mieć wpływ na rodzaj ny. Po przerobieniu jednej próby nie należy dokonywać innej wcześniej niż po 5 godzinach, gdyż tyle czasu trwa okres pobudzenia ośrodków nerwowych (F i s c h e r).

J. T e n c e r.

HENDERSON. Ostre pneumokokowe zapalenie gardzieli. (The Lancet, 1934, Nr. 12).

Schorzenie rzadkie, o którym w piśmiennictwie znajdujemy skąpe dane. Praca zawiera sprawozdanie z 11 przypadków. Pneumokok znajduje się w dużym odsetku w gardzieli u ludzi zdrowych. W stanach zapalnych gardzieli znajduje się często pneumokoki razem z paciorkowcami hemolitycznymi i trudno stwierdzić wtedy, który z tych drobnoustrojów zadziałał pierwotnie, a który wtórnie. Autor stwierdził pewien charakterystyczny obraz schorzenia w przypadkach, gdzie badanie bakteriologiczne potwierdziło etiologię pneumokokową schorzenia. Początek ostry, wysoka ciepłota, dreszcze, silna dysfagia, bolesny obrzęk gruczołów szyjnych, zanalny obrzęk gardzieli, błonisty nalot na migdałkach, języczku, miękkim podniebieniu i tylnej ścianie gardła. Szybko występują nadżerki śluzówkowe, wybroczyny, i nalot przyjmuje wygląd ciemnych nekrotycznych mas. Czasami utrudniony oddech zmusza do tracheotomii. Przebieg najczęściej piorunujący. Schorzenie kończy się zejściem śmiertelnym. Na 11 opisanych przypadków wyzdrowiał jeden. Przeważnie wyhodowuje się pneumokoka i z nalotu i z krwi. Z nalotu przeważnie otrzymuje się czystą kulturę pneumokokową, rzadziej wyrasta ona jako element tylko przeważający.

Jerzy F a j w l e w i c z (Łódź).

O. MAYER. Przypadek zapalenia opon mózgowych z zejściem śmiertelnym w następstwie dokonanej wewnątrznosowo operacji na komórkach sitowych. (Zeit. f. Hals. Nas. u. Ohr., t. 35, z. 4).

Podczas operacji usuwania komórek sitowych najbardziej niebezpieczne jest skałeczenie blaszki sitkowej. Ochronę dla niej stanowi zachowana muszla środkowa. Jednakże są przypadki, w których blaszka sitkowata sięga odsiebnie od nasady muszli, wobec czego łatwo może być skałeczona. Nie jest jednakże bezwzględnie pewne, czy stwierdzane otwory w tem miejscu podstawy czaszki służą dla przejścia włókien nerwowych, czy też stanowią szczeliny kostne. M. cytuję przypadek, w którym podczas operacji na komórkach sitowych operator, chwytając polip tępym konchotomem, urwał kawałek kości dachu sitowia wraz z oponą twardą. Następnego dnia po operacji wystąpiło zapalenie opon mózgowych, a po 4 dniach chora zmarła. Badanie histologiczne wykazało, że skałeczenie nastąpiło bocznie od nasady muszli środkowej. Przypadek ten wskazuje, że radykalne usuwanie komórek sitowych wewnątrznosowo jest b. niebezpieczne. Podczas operacji nie należy przekraczać poziomu blaszki sitkowej nawet bocznie od nasady muszli środkowej.

J. T e n c e r.

Choroby kobiet i położnictwo.

M. GARRIGA ROCA. Duże przetoki pęcherzowo-pochwowe i ich leczenie. (Gyn. et Obst. Nr. 5. T. XXIX 1934 r.).

Jednym z najgorszych cierpień kobiecych jest przetoka pęcherzowo - pochwowa. Jeżeli przetoka jest tak wielka, że o operacji ani od góry, ani od dołu nie może być mowy, kobieta często wpada w chorobę nerwową lub psychiczną. Autorowi wpadło na myśl zoperować taką chorą zupełnie innym sposobem, niż dotychczas, a mianowicie, za pomocą przemieszczenia całego pęcherza z pochwy na powierzchnię brzuszną. Małe pozaotrzewnowe cięcie w dole brzucha, separacja pęcherza, przecięcie brzegów przetoki i wszycie tych brzegów do skóry brzucha. Po dwóch tygodniach druga operacja w znieczuleniu nowokainą: zeszywanie mięśni piramidalnych brzucha naokoło brzegu przetoki. Po tej operacji chora oddaje mocz według swego życzenia. Trzeba tylko uważać, ażeby żadna infekcja nie dostała się do pęcherza. Wstrzymując częste urynowanie, chora tem samem powiększa swój pęcherz. Korzyści tej operacji są podwójne. Chora nie jest ciągle mokra, a organy płciowe są dostępne do nowej ciąży i porodu. Autor podaje technikę operacyjną wraz z rysunkami i opisuje kilka przypadków, wyleczonych tym sposobem. Chore z zadawnionymi przetokami nie mogą być operowane.

L. E b i n.

V. CATHALA i S. SEYDEL. Anatomja patologiczna obrzęku szyi macicznej podczas porodu. (Gyn. et Obst. Nr. 1, T. XXX 1934 r.).

Autorzy rozróżniają obrzęk miękki i obrzęk twardy przy niepodatnej szyi. Po kilkuletnich obserwacjach autorzy obalają zdania innych, że obrzęk szyi jest pochodzenia zapalnego, a nie mechanicznego. Badanie drobnonidowe obrzękowej szyi i znalezienie w niej objawów zapalenia tłomaczy się wtórną infekcją. Obrzęk tylko przedniej wargi szyi, jak to najczęściej bywa, wykazuje dość dobitnie, że mamy tylko do czynienia z mechaniczną przeszkodą. W każdym takim przypadku możemy zaobserwować ucisk główki w miednicy i lekką dysproporcję miednicy z noworodkiem. W każdym przypadku obrzęku szyi autorzy stwierdzali bądź zwężoną miednicę, bądź zanadto rozwinięte dziecko, bądź wreszcie nieprawidłowe wstawienie główki noworodka.

L. E b i n.

E. BOHLER i M. REILES. Rewizja macicy w przypadkach krwotoków po porodzie z jednoczesnym zastrzyknięciem wśródzylnym hipofizyny zamiast dotychczasowej tamponady macicy. (Gyn. et Obst. Nr. 5, T. XXIX, 1934 r.).

Tamponada macicy w przypadkach krwotoków poporodowych jest dotychczas stosowana przez jednych rzadziej, a przez drugich częściej. Tamponada ta dawała zawsze duży odsetek powikłań, nawet śmiertelnych. Autorzy wypróbowali na 200 chorych sposób, który dał im zupełną satysfakcję. Zastrzykiwać hipofizynę wśródzylnie i kładąc jednocześnie rękę do macicy, autorzy stwierdzali zaraz dobry efekt tego zabiegu i po wyjęciu resztek łożyska ew. kilku skrzepów macica się kurczyła. Autorzy nie mieli ani jednego przypadku śmierci i od czasu stosowania tej metody ani razu nie byli zmuszeni zastrzykiwać soli fizjologicznej lub wykonać transfuzji krwi.

L. E b i n.

S. A. COSGROVE. Schorzenia pochwy, powstałe wskutek leczenia metodą Elliotta. (Amer. J. Obst. and Gyn. Nr. 5, 1933).

Autor podaje opis czterech przypadków uszkodzenia błony śluzowej pochwy, które powstały bezpośrednio wskutek leczenia metodą E l l i o t t a (przeplukiwania pochwy gorącą wodą pod ciśnieniem). Dwa wykazywały wyraźne oparzenia górnej części pochwy, w jednym z nich zaczynały się tworzyć zrosty, które niewątpliwie doprowadziłyby do trwałej niedrożności pochwy, jeżeliby ich w porę nie wykryto i nie

leczono. Dwa wykazywały całkowitą niedrożność pochwy wskutek bliznowatego zarośnięcia, powstałego niewątpliwie z powodu uszkodzenia, podobnego do wykazanego w poprzednich dwóch przypadkach. Autor przytacza powyższe przypadki, nie przesądając wartości metody E l l i o t t a, lecz wyraża życzenie, aby w czasie tego leczenia wykonywać ciągle badania kontrolne pochwy, i aby częstość i czas trawienia i leczenia regulować zależnie od reakcji na nie tkanek pochwy.

H. L.

B. MANN, D. MERANZE i L. GOLUB. Próba ciążowa Aschheim-Zondeka w modyfikacji Friedmana. (Amer. J. Obst. and Gyn. Nr. 5, 1933).

Wyniki 174 prób, wykonanych w tej serii, wykazały wartość modyfikacji F r i e d m a n a próby A s c h h e i m - Z o n d e k a dla rozpoznawania wczesnej ciąży. Już dawniej okazała się nieocenioną metodą pomocniczą w rozpoznawaniu różniczkowym podejrzanego ciąży, zaśniadu groniastego i nabłoniaka kosmkówkowego z wieloma innymi schorzeniami, dającymi podobne objawy. Próba F r i e d m a n a umożliwiła autorom w dwóch przypadkach śledzenie przebiegu zaśniadu groniastego w sposób dawniej niemożliwy. Próba F r i e d m a n a jest bardzo praktyczna, łatwa do przeprowadzenia, z łatwością wykonywana w normalnie urządzonych pracowniach, daje niezwykle wysoki odsetek właściwych rozpoznań.

H. L.

I. L. MONTGOMERY. Uszkodzenia naczyń łożyska. (Amer. J. Obst. a. Gyn. Nr. 3, 1933).

Autor podaje krótki zarys ostrych stanów zapalnych łożyska i naczyń łożyskowych i wykazuje, że łagodniejsze postaci ostrych zapaleń rozpoczynają się od blon. Następnie ulegają zaatakowaniu brzegi łożyska i powierzchnia owodni. Kiedy stan zapalny jest dalej posunięty, następuje nacieczenie leukocytarne do naczyń łożyska i pępowiny. W ciężkich postaciach zapalenia przychodzi do powstawania zakrzepów. Tylko w najcięższych postaciach zapalenia stan łożyska odbija się niepomyślnie na rozwoju dziecka. Autor badał pewne uszkodzenia naczyń łożyskowych, prowadzące do zmian w ich ścianie i do ich niedrożności. W tych przypadkach stwierdzono martwicę łożyska. Uszkodzenia naczyń wydają się raczej wtórnymi w stosunku do procesów wyrodnieniowych w nabłonkach kosmówki, aniżeli pierwotnymi. Twierdzenie to jest słuszne nie tylko wtedy, gdy martwica nosi t. zw. charakter fizjologiczny, lecz również wtedy, gdy przyjmuje ona takie rozmiary, że zagraża życiu płodu. Twierdzenie, że „łożysko posiada wiek swoich naczyń” nie jest słuszne: w istocie łożysko posiada taki wiek, jak nabłonki kosmówki. Autor przytacza rozmaite poglądy na przyczyny przedwczesnej lub silnie rozwiniętej martwicy łożyska. Opierają się one na badaniach klinicznych i histologicznych. Najlepsze tłumaczenie polega na hipotezie, że rozwój zapłodnionego jaja czy to pod wpływem czynników dziedzicznych, czy też wskutek zaburzeń wewnątrzwydzielniczych odchyła się od normy. To odchylenie od normy może następować bądź w kierunku zbyt krótkiego okresu życia, co prowadzi do przedwczesnej martwicy, bądź też wywoływać gwałtowny rozrost, prowadzący do powstania zaśniadu groniastego (*mola hydatidosa*) i nabłoniaka kosmkówkowego (*chorionepithelioma*).

H. L.

I. F. STEIN i E. J. COPE. Rzęsistek ludzki. (Amer. J. Obst. a. Gynec. Nr. 6/1933).

Wśród 58 kobiet z rzęsistkiem ludzkim (*trichomonas vaginalis*) u 3 znajdował się on na wargach, u 3 — w stolcu i u 5 — w cewnikowanym moczu. Ze spostrzeżeń tych wyraźnie wynika, że niema związku przyczynowego pomiędzy występowaniem rzęsistka w pochwie a innymi jego zwykłymi

umiejscowieniami. Istnieją pewne cechy charakterystyczne hodowli, które pozwalają odróżniać typ pochwowy rzęsistka od ustnego i jelitowego. Chociaż są znane nieliczne przypadki zakażenia męża i żony i jeden przypadek zakażenia trzech żeńskich członków tej samej rodziny, nie jest to jednakże dostatecznym dowodem bezpośredniego przenoszenia się rzęsistka z jednej osoby na drugą. Dodanie kobiecego hormonu płciowego do pożywki pobudza rozmnażanie się rzęsistka ludzkiego *in vitro*. Sposób i droga, jaką dostaje się rzęsistek do pochwy, są nieznane. Jest rzeczą mało prawdopodobną, ażeby mogły się one tam dostawać z innych miejsc ciała, będących ich zwykłą siedzibą. Autor twierdzi w dalszym ciągu z całą stanowczością, że rzęsistek ludzki jest chorobotwórczy dla człowieka, że istnieją swoiste postaci rzęsistka, i że żyje on w symbiozie z bakteriami, znajdującymi się zwykle w pochwie.

H. L.

J. V. MEIGO i W. F. HOYT. Pęknięcie pęcherzyków Graafa. (Amer. J. Obst. a. Gyn. Nr. 4/1933).

Ostatnio było operowanych w Massachusetts General Hospital 25 pacjentek z pęknięciem lub krwotokiem jajnikowym. W wielu z tych przypadków można było prawdopodobnie obejść się bez operacji. Przy stawianiu rozpoznania zapalenia wyrostka robaczkowego u młodych kobiet należy się zastanowić nad możliwością pęknięcia jajnika. Położenie pacjentki do łóżka i staranna jej obserwacja może w wielu przypadkach oszczędzić niepotrzebnej operacji z powodu „łagodnie przebiegającego ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego”. Gwałtowny napad bólów, niska ciepłota, nieznacznie przyspieszone tętno, nieznaczna bledność w stosunku do natężenia bólów stanowią objawy, które powinny budzić podejrzenie tego schorzenia. Podając opis przypadków i wyciągając z nich powyższe wnioski, autorzy zwracają jednocześnie uwagę na to, że niedokładna obserwacja z niepotrzebną stratą czasu może narazić na niebezpieczeństwo życie kobiet z ostrym zapaleniem wyrostka robaczkowego.

H. L.

L. E. BURCH i J. C. BURCH. Rozrost błony śluzowej macicy. (Amer. J. Obst. a. Gynec. Nr. 6/1933).

Zmiany histologiczne, dowodzące rozrostu błony śluzowej macicy (*hyperplasia endometrialis*), są wynikiem działania hormonu estryny. Patologiczne krwawienia mogą powstawać we wszystkich okresach zmian błony śluzowej macicy, spowodowanych przez estrynę. Ważnym momentem rozpoznawczym jest stwierdzenie budowy błony śluzowej macicy w czasie patologicznego krwawienia. Najlepiej to osiągnąć przez otrzymanie tkanki z miejsca, bliskiego do ogniska krwawienia. Wycięcie jajnika uspasabia w późniejszych latach do rozrostu błony śluzowej macicy. Krwawienia w przypadkach rozrostu błony śluzowej macicy wynikają z odchyłeń w czynności estryny, spowodowanych zmniejszeniem się wydzielania przedniego płata przysadki mózgowej. Przysadka mózgowa wywiera wpływ na jajniki, jajniki zaś — na przysadkę mózgową. Prawdopodobność ich wzajemnego stosunku odbija się w silnym stopniu na okresowości cyklu kobiecego. W ostatecznej konsekwencji rozrost błony śluzowej macicy jest wynikiem zaburzeń we wzajemnym stosunku przysadki mózgowej i jajników, spowodowanych nienormalnymi i nieprawidłowymi wahaniami zawartości estryny i czynnych hormonów przedniego płata przysadki mózgowej. Hormony, otrzymywane z moczu (?), dają zadawalające wyniki w leczeniu tych przypadków. Czynność ich polega prawdopodobnie na pobudzaniu przedniego płata przysadki mózgowej. Przyczyny zwiększania się krwawień podczas zastrzykiwań i doświadczenia E n g l e a są niewytłumaczone. Dla osiągnięcia dobrych wyników nie jest konieczne wywołanie luteinizacji w jajnikach, ani zmian ciążowych w błonie śluzowej macicy.

H. L.

Streszczenia pojedyncze.

Choroby narządów trawienia.

H. S. LURJE. **W sprawie t. zw. zapaleń wyrostka robaczkowego.** (Wien. kl. Woch. Nr. 48, 1932).

Obraz zapalenia wyrostka robaczkowego mogą naśladować rozmaite inne stany (nieżyt kiszek grubych, kurcze jelitowe, zwykłe zaparcie stolca, schorzenia narządów rodnych i t. d.), które wyniki operacyjne stawiają pod znakiem zapytania. Dlatego też należy być bardzo ostrożnym przy stawianiu wskazania do wkroczenia chirurgicznego, tembardziej, że, jak się zdaje, wyrostek nie jest zupełnie niepotrzebny ustrojowi.

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

R. DEMEL. **Krwawiący wrzód żołądka w przepuklinie przeponowej.** (Wien. kl. Woch. Nr. 16, 1933).

Przepukliny przeponowe z wrzodem operowano dotąd albo zapomocą otwarcia klatki piersiowej, albo jamy brzusznej, albo też, jak to uczynił autor w swoim przypadku, zapomocą otwarcia klatki piersiowej i jamy brzusznej.

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

K. BLOND. **W sprawie żółtaczk mechanicznej.** (Wien. kl. Woch. Nr. 44, 1932).

Ponieważ w zamknięciu przewodu żółciowego wspólnego przez kamień wydolny czynnościowo pęcherzyk żółciowy chroni komórki wątrobowe przed uszkodzeniem, należałoby kamień taki usuwać zapomocą rozcięcia przewodu żółciowego wspólnego (*choledochotomia*), lecz zdrowego pęcherzyka nie należałoby zaraz jednocześnie usuwać. Jeżeli w podobnym przypadku znajdują się również kamienie w pęcherzyku żółciowym, należałoby łączyć poprzedni zabieg z samem tylko rozcięciem pęcherzyka żółciowego (*cholecystotomia*) lub z zespoleniem woreczka żółciowego z żołądkiem (*cholecystogastrostomia*). Usuwanie woreczka żółciowego, który w żółtaczce stanowi klępę bezpieczeństwa przeciwko zbyt wysokiemu poziomowi bilirubiny i kwasów żółciowych we krwi, należy w miarę możliwości unikać.

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

Choroby serca i naczyń.

A. SACHS. **Znaczenie kliniczne pomiarów ciśnienia rozkurczowego obok skurczowego.** (Wien. kl. Woch. Nr. 41, 1932 r.).

Stosunek liczbowy ciśnienia skurczowego i rozkurczowego jest normalny w stałym nadciśnieniu tętniczym i krwio-pochodnych rozlanych schorzeniach nerek, jest zwiększony wskutek podniesienia się ciśnienia maksymalnego bez odpowiedniego podniesienia się ciśnienia minimalnego w pewnych schorzeniach tętnicy głównej (*Hypersystolia aortalis*). U wielu osób z nerwicami naczyniowymi znajduje się normalne ciśnienie skurczowe i podniesione rozkurczowe (stosunek liczbowy niski). Jeżeli oba ciśnienia są niskie, ma się do czynienia z prawdziwym podciśnieniem (*hypotonia essentialis*).

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

Ch. ACHARD. **Przedziurawiające zapalenie wsierdza.** (Monde méd. Nr. 832, 1933).

Rozmaite objawy, które można spostrzegać w przedziurawiającem zapaleniu wsierdza (*endocarditis perforativa*), można ugrupować w trzy duże zespoły: 1) Zespół zakaźny ujawnia się gorączce i zaburzeniach stanu ogólnego, co stanowi następstwo posocznicy (*septicaemia*) i zaatakowania rozmaitych narządów przez czynnik drobnoustrojowy, zaburzenia, podtrzymywanego wskutek rozmnażania się drobnoustrojów w ogniskach zapalnych wsierdza, z których dostają się one bez przerwy do krwioobiegu. 2) Zespół sercowy polega na

objawach fizykalnych schorzenia zastawkowego, mogących się zmieniać w przebiegu cierpienia, i na zaburzeniach czynnościowych takich, jak: duszność, bóle, bicie serca, niemiarywość, sinica i rozmaite objawy niedomogi serca. 3) Zespół zatorowy wynika z wędrowania do rozmaitych narządów cząstek zakażonych zakrzepów, odrywających się od chorego wsierdza: znajduje on swój wyraz w objawach zawałów śledziony, nerek, mózgu, czasami w zaburzeniach, wywołanych przez niedrożność tętnic kończyn. W zwykłych zapaleniach wsierdza pochodzenia guściowego spostrzega się głównie objawy sercowe. Lecz w zakaźnych zapaleniach wsierdza na plan pierwszy występują naogół objawy zakaźne, w postaciach zaś zwalniających ukazują się zatory, które zwracają uwagę klinicysty na możliwość tego schorzenia. Schematycznie można semiologię tego cierpienia przedstawić następująco: Posocznica łańcuszowcowa: Zespół zakaźny: gorączka, duża śledziona, objawy durowe, ropnicowe, oponowe. Zespół sercowy: objawy fizykalne schorzenia zastawkowego; objawy czynnościowe: duszność, lęk sercowy, sinica. Zespół zatorowy: zawały śledziony, nerek, mózgu, jelit; niedrożność tętnic kończyn. W pierwszym przypadku opisywanym przez autora choroba rozpoczęła się od zespołu zakaźnego, w przebiegu którego zjawily się zaburzenia sercowe fizykalne i czynnościowe, później niespodzianie, będąc niewątpliwie wyrazem przedziurawienia, końcowy przełom duszności, sinica, zamartwica i wystąpienie szmeru skurczowego. Początkiem było zakażenie, śmierć nastąpiła wskutek schorzenia serca; początkowo zespół zakaźny, potem zespół sercowy, występujący coraz bardziej na plan pierwszy, i zespół zatorowy, niemy klinicznie, lecz wykryty przy badaniu pośmiertnem w postaci zawałów śledzionowych: oto zasadnicze elementy pierwszego przypadku. W drugim przypadku w następstwie bardzo lekkich zmian guściowych zapalenie wsierdza rozpoczęło się od zaburzeń sercowych; wystąpiły wkrótce po nich zrazu objawy zakaźne i końcowe zapaści, które szybko spowodowały śmierć, a które należy położyć na karb stanu serca i ujścia tętniczego lewego. Co się tyczy trzeciego przypadku, wykazywał on z początku zespół sercowy, datujący się oddawna, a następnie w przebiegu tego schorzenia sercowego objawy zakaźne, które same tylko prawie były wyrazem rozwoju zakażenia dodatkowego o szybkim przebiegu. Wreszcie u czwartego chorego poza przewlekłym nieżytem oskrzeli istniał zespół sercowo-aortalny i zespół zakaźny, który można było, zdawałoby się, powiązać ze zmianami zapalnymi w płucach. Napady duszności można było położyć na karb schorzenia sercowo-aortalnego, lecz przedziurawienie jednej z zastawek póksiężycowych tętnicy głównej było zbyt małe, ażeby wyrzucić jakikolwiek wpływ na krążenie krwi w komorze i tętnicy głównej.

Henryk J. L a n d a u.

L. BRAUN. **Djeta w niewyrównaniu.** (Wien. kl. Woch. Nr. 31, 1932).

W zaburzeniach krążenia lżejszego stopnia wystarcza zachowanie umiarkowania. Alkohol w niedużych ilościach nie szkodzi zupełnie, a pod pewnymi względami działa pomyślnie, należy go uważać za środek nasercowy. To samo można powiedzieć o kawie i herbacie. 15 gramów kawy ziarnistej zawiera 0,1 gr. kofeiny. Należy unikać zbyt obfitych posiłków, jeść należy raczej często. Bardzo ważny jest 1/2 — 3/4 godzinny odpoczynek p r z e d jedzeniem. Bardzo ważne znaczenie posiada dieta mleczna K a r e l l a, którą jednak można wielokrotnie modyfikować. Ograniczenie ilości płynów, jak się zdaje, bywa silnie przesadzane. Naogół wystarczy ograniczenie ilości podawanych dziennie płynów (łącznie z zawartością wody w pokarmach) do 2 litrów. Ponad 2 1/2 litra nie

należy pozwalać również pacjentom z wyrównanym sercem. Podawanie soli kuchennej w rozmaitych rodzajach osłabienia serca z silnymi obrzękami powinno być ograniczone, jeżeli sama naparstnica nie pomaga. Bardzo ważne jest leczenie zaparcia stolca. W razie współistnienia otyłości należy zalecać ostrożne odchudzanie, szczególnie ostrożne i powolne u chorych w starszym wieku.

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

Choroby przemiany materji i gruczołów wewnątrzwydzielniczych.

R. LUKART. **Awitaminozy.** (Amer. J. Obst. Nr. 6/1933).

Nowoczesne leczenie naukowe złośliwych wymiotów sprowadza się do leczenia awitaminozy. Zwykle spotykane w ciąży 20% lub wyższe wzmożenie przemiany podstawowej może wywołać zaburzenia w gospodarce witaminy B. Większość zaawansowanych przypadków zapalenia wielonerwowego z ciążą wykazała, że dolegliwości utrzymywały się pomimo przerwania ciąży. Pomiedzy objawami klinicznymi i zmianami patologicznymi zespołu K o r s a k o w a istnieje ścisły związek. W sprawie tej istnieją przypuszczenia, że zapalenie nerwów powstaje wskutek stałych wymiotów alkoholowych, a w ostatecznym wyniku wskutek awitaminozy. Badanie neuronów w przypadkach beri-beri, pellagry i gnilca daje podobne wyniki, jak w przypadkach zapalenia wielonerwowego w przebiegu wymiotów ciążowych, jak to wynika z badań B e r k w i t z a i L u f k i n a oraz z badania przypadku autora. Przytoczony przez autora przypadek przypomina obraz, spowodowany „djetą wyplukującą”, bezwitaminową, składającą się z cukru gronowego i soli, a spostrzegany przez C o w g i l l a. Wiele objawów tego obrazu ustępuje ostatecznie po forsownym żywieniu pokarmami, bogatymi w witaminę B, w ciągu 12 godzin. Badanie neurologiczne należy przeprowadzać często w przebiegu niepowściągliwych wymiotów ciężarnych, w których należy dążyć do utrzymania równowagi witaminowej.

H. L.

J. Hemenway KENYON. **Djetetyczne leczenie otyłości o typie przysadkowym.** (The Journ. of the Am. Med. Assoc. T. 100 — Nr. 2 — 1933).

Autor omawia wyniki leczenia 50 przypadków otyłości u kobiet; we wszystkich przypadkach stwierdzono różnego rodzaju zaburzenia w miesiączkowaniu; typ otyłości przysadkowej o specjalnym rozkładzie warstw tłuszczowych; we wszystkich prawie przypadkach obniżenie metabolizmu. Djeta stosowana zawierała dużo witamin, soli, względnie dużo białka (1 gr. na 1 kg. wagi), owoców. Cukru, masła, tłuszczu, chleba nie podawano wcale. Po paru miesiącach stosowania tego rodzaju diety prawie wszystkie chore straciły na wadze od paru do 33.6 kg. przyczem zaburzenia w miesiączkowaniu cofały się. Na uwagę zasługuje fakt, że po przerwaniu wyżej opisanej surowej diety, kiedy zaczęto podawać choremu dietę pełną, lecz niezbyt obfita, chore nadal nie wykazywały przyrostu wagi.

Jakób P e n s o n.

UDAONDS i SCHTEINGART. **Otyłość tarczycopochodna.** (Nutrition Nr. 5 — 1933).

Dla rozpoznania otyłości tarczycopochodnej należy koniecznie obliczać przem.-podst. Przy otyłości konstytucjonalnej istnieją zaburzenia hormonalne ogólne i objawy hipotyreozy konstytucjonalnej, co nie wystarczy jednak dla przyjęcia otyłości tarczycopochodnej, którą spotyka się zaledwie u 8% otyłych. U większości hipotyreotyków nie stwierdza się właściwej otyłości. Przekroczenie normalnej wagi przez tych chorych nie oznacza jeszcze otyłości; może to być naciek śluzowy lub obrzęk ustępujący szybko po leczeniu preparatami tarczycy. Zmniejszenie procesów katabolicznych w hipotyreo-

zie kompensuje brak lanknienia i zaparcie. W ciężkiej niedomodze tarczycy regułą jest wychudzenie wskutek wadliwej przemiany tłuszczów, białek i węglowodanów i złego ich przyswajania w jelitach. Otyłość tarczycopochodna jest więc b. rzadka. O ile pominąć czynniki hipotyreozy konstytucjonalnej, większość przyp. niedomogi tarczycy wynika z przyczyn infekcyjnych i toksycznych. Hipotyreoza jest tedy wtórna, leczenie substytucyjne nie jest przyczynowe.

F. T u r y n.

DA FONSECA. **Lipomatosis symmetrica.** (Nutrition 5 — 1933).

Zmiany są ogólne lub miejscowe, na klatce piersiowej, na brzuchu. Często jest *lipomatosis* szyi. Guzy tłuszczowe usadawiają się chętniej w okolicy gruczołów limfatycznych, na szyi sprawiają wrażenie kołnierza, sięgając wgłąb uciskając tchawicę, przelyk, duże naczynia i są niebezpieczne dla życia. Pod pachami lub w pachwinach mogą ograniczać ruchy kończyn. Guzy mają kształt jaja kurzego, pomarańczy, są niebolesne, miękkie, przesuwalne, wymiary ich są zmienne. W postaci piersiowej i brzusznej zwisają, przypominają sutki. Najrzadszą jest *lipomatosis* ogólna. U niektórych chorych występuje osłabienie mięśniowe, *tachycardia*, zmiana odruchów powierzchownych i głębokich. Rozwój cierpienia jest powolny, rozpoczyna się w dzieciństwie lub w młodości, może się cofać. Guzy tłuszczowe należy odróżniać od obrzęku nerwowego lub gościcowego pochodzenia. W ostatnim wypadku guzy są miękkie, granice ich niewyraźne, przeważają nad obojętkami. *Lipomatosis* wrodzona daje mniejsze guzy. Przy otyłości podściółka tłuszczowa jest wszędzie równomierna. Łatwo odróżnia się od ch. D e r c u m a, która jest bolesna, częstsza u kobiet w okresie przekwitania. Etiologia *lipomatosis* nie jest znana. S t r i s o w e r obserwował ją u 2 braci. Częściej występuje u mężczyzn. Niektórzy autorzy wskazują na czynnik infekcyjny i toksyczny. Istnieją 4 teorie o powstawaniu guzów tłuszczowych. Gruczołowa, gdyż guzy umiejscawiają się najczęściej obok gruczołów limfatycznych lub na ich miejscu; tkanka tłuszczowa może być uważana za przekształconą tkankę limfatyczną. Przypadki *lipomatosis* u tabetyków, w przebiegu jamistości rdzenia, u paralityków, w rwie kulszowej, nerwicy n. twarzowego, chromaniu przestankowem — dały powód do powstania teorii nerwowej. W przypadkach z symetryczną lokalizacją udział n. sympatycznego i gruczołów dokrewnych jest niewątpliwy. Jednakże leczenie wyciągami z tarczycy jest bezskuteczne; chorzy ci nie mają żadnych objawów ze strony szyszynki; otyłość na tle nadnerczy jest częstsza u kobiet, daje *hypertrichosis*. U jednego z chorych siodełko turckie było powiększone, wyrostki klinowe tylne zniszczone prawdopodobnie przez rozrost guza. Chory ten poprawił się po leczeniu preparatami przysadki. Wiele spostrzeżeń przemawia za zależnością *lipomatosis* od tylnego płata przysadki wzgl. od wpływu jej wydzieliny na ośrodki ścian komory III. Leczenie preparatami przysadki należy połączyć z wyciągami z gruczołów rodnych i tarczycy.

F. T u r y n.

Choroby dzieci.

A. ECKSTEIN. **O stosunkach zachodzących między „padaczką dziecięcą”, względnie padaczką samoistną a drgawkami wieku dziecięcego.** (Klin. Wochenschr. NN 34 i 35/1934).

Dla wyjaśnienia zagadnienia autor poddał analizie materiał kliniczny kliniki dziecięcej Akademii w Düsseldorfie za szereg ostatnich lat, przyczem uwzględnione zostały nie tylko samoistne schorzenia układu nerwowego, ale i objawy nerwowe, a w szczególności drgawki, występujące w przebiegu różnych chorób zakaźnych, zebrane na oddzielnym oddziale kliniki. Osobliwa uwaga została poświęcona zagadnieniu t zw.

drgawek „okolicznościowych“ (H o c h s i n g e r a), których najważniejszymi postaciami są drgawki „wstępne“ oraz drgawki „gorączkowe“. Jak bardzo słabe podstawy ma pojęcie drgawek „okolicznościowych“, tego dowodem jest przeobrażenie, jakiemu uległa klasyfikacja meningoencefalopatii, dzięki lepszemu poznaniu tych stanów chorobowych. A więc nie jest już dzisiaj możliwym objawy drgawkowe np. w okresie zwiastunów odrzy ujmować jako drgawki „okolicznościowe“, gdyż w międzyczasie szereg podobnych przypadków z dokonaniem czy bez dokonania sekcji został rozpoznany jako odrzy zapalenie mózgu a więc jako schorzenie swoiste ośrodkowego układu nerwowego. Podobnie rzecz się ma z drgawkami, występującymi przy szczepieniu ochronnym ospy, po ospie wietrznej, zapaleniu przyusznic, krztuścu i innych chorobach zakaźnych; objawy te uważać należy jako ściśle ograniczony obraz chorobowy. Pojęcie drgawek „okolicznościowych“ ulega dalszemu ograniczeniu wskutek bardziej ścisłego ujęcia *meningitis serosa*, gdy ta ostatnia postać chorobowa została dokładnie poznana w ciągu ostatnich lat, jako postać poronna w związku z *encephalitis* względnie *poliomyelitis*. Ta sama *meningitis serosa* występuje jako obraz chorobowy toksyczny przy robakach i t. p., dalej jako *meningitis transsudativa* w zapaleniu prawego górnego płata płucnego. Również i pojęcie drgawek „gorączkowych“ wymaga gruntownej rewizji.

Ważne wnioski dadzą się z tych rozważań wyciągnąć również i dla sprawy stosunków, jakie zachodzą między padaczką dziecięcą a temi dotychczas za „okolicznościowe“ drgawki uchodzącymi meningo-encefalitami i encefalopatjami. Nawet drobne, wylewy spowodowane przy urodzeniu, mogą również w okresie późniejszym stać się przyczyną drgawek „epileptycznych“. Ale jeżeli można obecnie potwierdzić dawniejsze poglądy H e u b n e r a, Z a p p e r t a i in., że każdy atak drgawek może zapoczątkować padaczkę, to trzeba zaznaczyć, że w grę wchodzi tu nie epilepsja samoistna, ale raczej symptomatyczna. W dalszym ciągu porusza jeszcze autor zagadnienie, czy i o ile odróżnienie padaczki samoistnej od objawowej opierać można na defektach inteligencji, uwzględniając znaczenie rozpoznawcze *dementiae epilepticae*; wspomina przytem również takie postacie chorobowe, jak absence nieepileptyczna lub napad narkoleptyczny, opisane przez F r i e d m a n n a (1909), czyli t. zw. przez innych „częste małe napady“, gdzie główną trudność stanowi odróżnienie ich od „petit mal“. Co się dotyczy łączności, jaka zachodzić może między „spazmofilją“ okresu niemowlęcego a padaczką, to do dziś dnia panuje tu duża rozbieżność wśród poglądów poszczególnych autorów; jedni łączą je ze sobą genetycznie, drudzy zupełnie oddzielają. Sprawa rokowania w „padaczce dziecięcej“ wciąż jeszcze będzie dla lekarza prawie niemożliwą do rozwiązania, ze względu na podobieństwo schorzeń drgawkowych w wieku dziecięcym, mających najrozszerzoną genezę. Również i odgraniczenie schorzeń o charakterze padaczkowym do epilepsji symptomatycznej włącznie od epilepsji samoistnej będzie należało jeszcze do sfery niemożliwości; dopiero często po latach stwierdzenie demencji epileptycznej wyjaśnić będzie mogło istotny charakter danego przypadku.

S. K r a m s z t y k.

S. KOSTIC-YOKSIC. Nacieczenie w płucach u niemowląt, szczepionych przez B. C. G., jako objaw t. z. „bécégite“. (Rev. Franc. de Pédiat. t. X z. 3 r. 1934).

Autorka opisuje 2 przypadki nacieczenia swoistego w płucach u niemowląt, które po urodzeniu otrzymały szczepionkę B. C. G., zaś w środowisku gruźliczym nigdy nie przebywały. U niemowląt tych (I — 3 mies., II — 5 mies.) dystroficznych, niegorączkujących, z wyraźnie zaznaczonymi gruczołami chłonnymi, stwierdza się stłumienie w prawej przezieleni międzyłopatkowej, oddech chuchający, szorstki. Roz-

poznanie nacieczenia w okolicy prawej wnęki oraz w dolnej części prawego górnego płata zostało potwierdzone rentgenologicznie. Ciężota w obu przypadkach — normalna; odczyn tuberkulinowy słabo dodatni. W pierwszym przypadku nacieczenie w ciągu tygodnia rozszerzyło się i zajęło 2/3 prawego górnego płata, poczem szybko się cofnęło tak, że po trzech tygodniach ani klinicznie ani rentgenologicznie żadnych zmian nie stwierdzono. W drugim przypadku nacieczenie utrzymało się bez zmiany w ciągu 4-ch tygodni, następnie w ciągu 2-ch miesięcy ustąpiło całkowicie. Wobec normalnego obrazu morfologicznego krwi oraz braku podwyższonej ciężoty, autorka wyłącza w płucach sprawę nieswoistą. Skłonna jest ona powiązać znalezione zmiany z przebytem szczepieniem C a l m e t t e a i sądzi, że objawy stwierdzone u obu niemowląt, a mianowicie: stan dystrofii, ciężota niepodwyższona, powiększone gruczoły chłonne, nacieczenie przywłokowe, szybko się cofające, oraz słabo-dodatni odczyn tuberkulinowy, — składają się na zespół, będący wyrazem reakcji ustroju na zadziałanie szczepionki B. C. G., zespół który W e i l - H a l l é ujął nazwą „b é c é g i t e“.

A. K i r s z b r a u n.

Choroby skóry, weneryczne i płciowe.

J. GATÉ i P. J. MICHEL. Zasady i metody jakie należy zachować przy stawianiu prawidłowego rozpoznania owrzodzenia na częściach płciowych. (Le Monde Médical — wrzesień 1934.)

Systematyczne badanie licznych chorych wykazuje obecność dużej liczby przypadków nietypowych i postaci mieszanых, których często klinicznie się nie podejrzewa. To nakazuje posilkowanie się larga manu pomocą laboratorium. Drugą trudność rozpoznawczą powoduje częste uprzednie stosowanie miejscowe środków leczniczych nieoptycznych. W obliczu takich faktów nie należy starać się postawić za wszelką cenę natychmiastowego rozpoznania. Badanie powinno się rozpocząć od zebrania wywiadów, należy zwrócić szczególną uwagę na ewentualne przebycie syfilisu oraz szankra miękkiego, gdyż odczyn I t o - R e e n s t i e r n a u niektórych osób po jednorazowym zakażeniu prątkiem D u c r e y a pozostaje przez całe życie dodatni. Badanie kliniczne musi być bardzo szczegółowe: u kobiet należy dokładnie obejrzeć pochwy i szyjkę maciczną, u obu płci okolice odbytu. Zalecona go-rąco jest punkcja gruczołów regionalnych. Co się dotyczy odczynów serologicznych, to autorowie przestrzegają przed nadawaniem nadmiernego znaczenia odczynowi H e c h t a, który jest niezwykle czuły, szczególnie, gdy chodzi o reakcje słabo dodatnie. Dla rozpoznania wrzodów miękkich najcenniejszy jest odczyn I t o - R e e n s t i e r n a. Wstrzykuje się doskórnie 1 — 2 kropli szczepionki N i c o l l e i D u r a n d, po 24 — 48 godz. występuje odczyn w postaci różowej, stwardniałej i wyniosłej grudki. Należy pamiętać, że odczyn ten jest dodatni dopiero w 8 — 10 dni po zjawieniu się szankra. Wiedzieć także należy, że w okresach stosowania „Dmelcesu“ chorzy odznaczają się przejściową anergią. Auto-inokulacje mają wielkie znaczenie praktyczne dowodowe, ale ujemną ich stroną jest zaszczepienie świeżego owrzodzenia. Co się dotyczy choroby N i c o l a s - F a v r e a, to najlepsze wyniki daje odczyn F r e i a, niestety otrzymanie odpowiedniego antygenu zazwyczaj przedstawia duże trudności.

Alfred E t t i n g e r.

ROCKWOOD i GREENWOOD. Śmiertelny przypadek zakażenia skóry przez monilię. (Archives of Dermatol. and Syphil. — kwiecień 1934 r.)

Opis przypadku, który rozpoczął się w ustach i przeniósł się na gardło, krtań i skórę w postaci rozległych tarczecz cz-

wonych, nieco się zluszczających, o brzegach ostro ograniczonych i lekko obrzękłych. Tarczki te zajmowały górną część klatki piersiowej, brzuch, fałdy stawowe, twarz i szyję. Po rocznym trwaniu schorzenie uległo powikłaniu wskutek wtórnego zakażenia, powstały mnogie ropnie i odleżyny, i chory umarł w stanie daleko posuniętego charłactwa. Hodowła, uzyskane z wykwitów pierwotnych w jamie ustnej i na skórze, pozwoliły wyodrębnić *Monilia albicans*, której obecność stwierdzono także w tkance. Aglutynacja była dodatnia w stosunku 1 : 800 z surowicą królika, uodpornianego przeciw *Monilia albicans* metodą Hopkina i Bentama, a ujemna z surowicą królików, uodpornionych wobec innych gatunków *Monilia*. Surowica krwi chorego nie powodowała aglutynacji. Hodowle ze krwi były ujemne. Stale występowała limfocytoza we krwi, wynosząca 48—56%. Wszelkie leczenie było bezskuteczne.

Alfred E t t i n g e r.

A. FABIAN. Odczyn wyjaśnienia Meinicke w surowicy i osoczu krwi. (Bafslavské lékařské listy — wrzesień 1934 r.)

Autor badał 1224 przypadki (równolegle z odczynem Bordet-Wassermana) używając dwóch antygenów Ruelensa na odczyn wyjaśnienia Meinickego (II modyf), na odczyn zmętnienia tegoż i metodę czynną Kabelika a następnie porównywał wyniki otrzymane według tych trzech metod. Odczyn wyjaśnienia Meinickego okazał się wyjątkowo prostym, czułym i swoistym. Następnie autor badał 100 wybranych przypadków o surowicach ujemnych i dodatnich i jednocześnie osocza każdego poszczególnego przypadku (po zadaniu cytrynianem, szczawianem i hirudyną) według odczynu wyjaśnienia Meinickego II modyf. i stwierdził, że ten odczyn nie może być stosowany z żadnym osoczem, gdyż prawie zawsze powstaje skłaczkanie z następczem wyjaśnieniem zawiesiny, co daje wyniki nieswoiste.

Alfred E t t i n g e r.

A. SÉZARY i A. BARBÉ. Działanie soli złota na porażenie postępujące. (Bull. de la Soc. Franc. de Derm. et de Syphil. — czerwiec 1934 r.)

Zdając sobie sprawę z zawodów, z którymi się spotykamy w leczeniu p. p. zarówno zwykłymi lekami przeciwkłóweimi jak i metodami specjalnymi: malarją, stowarsolem i t. d., autorowie próbowali wprowadzić do lecznictwa złoto w nadziei uzyskania czynnika leczniczego lub pomocniczego w leczeniu. W tym celu stosowano sole złota u 9 paralityków. Początkowo zastosowano u 2 chorych leczenie złotem po przebytej kuracji stowarsolnatrium i nie otrzymano dodatnich wyników. W drugiej partji u 7 paralityków leczenie było kombinowane: trzy razy tygodniowo po 1 gr. Stovarsol-natrium i raz crysalbina po 0.05, 0.10 i 0.15 przez pierwsze 3 tygodnie, a po 0.2 przez następne. Z tych chorych dwu klinicznie bardzo się poprawiło, do tego stopnia, że mogli poświęcić się pracy zawodowej, trzeci poprawił się znacznie, czwarty trochę, u trzech wreszcie nie stwierdzono żadnej zmiany. Ten stosunek wyników klinicznych nie różni się, według autorów, od otrzymywanych przez sam stovarsol-natrium, z czego wnoszą, że złoto nie ma własności leczniczych pomocniczych. Pozatem zwraca uwagę, że u tych trzech chorych, którzy wykazali klinicznie największą poprawę, ta rozpoczęła się później, niż zazwyczaj w takich przypadkach. Zaledwie w jednym przypadku odczynu serologicznego uległy zmianie na ujemne. Tyczy się to chorego, który wcale nie poprawił się klinicznie. Odwrotnie chorzy, których stan się polepszył, zachowali odczynu uprzednie. W trzech przypadkach zmniejszały się zmiany w płynie mózgowo-rdzeniowym, co zresztą u paralityków może, jak wiadomo, nastąpić samoistnie i co łatwo można uzyskać np. z pomocą bizmutu, który pozatem nie ma wpływu na przebieg schorzenia.

Jednocześnie autorowie podnoszą, że nie zauważyli niemożliwości pogodzenia jednoczesnego leczenia solami złota i As, które opisywali M ö l l g a a r d, C a p u a n i, K r i t s c h w e s k y i t. d. Ich chorzy znosili dobrze dawki arsenikowe nawet trzykrotnie większe od zwykle stosowanych.

Alfred E t t i n g e r.

Choroby nerwowe i psychiczne.

H. KOGERER. O leczeniu schizofrenji. (Wien. kl. Woch. Nr. 3/1933).

Wielopostaciowość przebiegu i zejścia schizofrenji, częste remisje czynią trudną ocenę wyników leczenia. Największe widoki powodzenia posiadają te metody lecznicze, które są skierowane przeciwko zaburzeniom w układzie wewnątrzwydzielniczym i roślinnym oraz samozatruciom żołądkowo i jelitowopochodnym, oraz leczenie bodźcowe. Ze względu na istnienie związku pomiędzy gruźlicą a schizofrenją na najmocniejszych podstawach opiera się leczenie przeciwgruźlicze. Wśród części przypadków, leczonych przez autora tuberkuliną, ujawniła się w przebiegu tego leczenia wyraźna poprawa stanu ogólnego, przyrost wagi, ustępowanie gorączki; kilkakrotnie zaś w czasie leczenia albo w krótkim czasie po niem poprawa stanu psychicznego. Psychopochodnie wywołana odczynowa schizofrenja, jak równie t. zw. nadbudówka w lekkich procesach schizofrenicznych mogą stanowić wskazania do leczenia psychicznego. Natomiast nieostrożnie prowadzona psychoanaliza i hipnoza mogą się okazać szkodliwymi.

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

O. MAYER. W sprawie leczenia rozlanego ropnego zapalenia opon miękkich mózgu. (Wien. kl. Woch. Nr. 6/1933).

Stare doświadczenie wykazuje, że przypadki zapalenia opon mózgowych z obfitem wytwarzaniem płynu mózgowo-rdzeniowego najprędzej ulegają wyleczeniu; dlatego też zabiegi, mające na celu samo tylko usuwanie płynu, są niewłaściwe, gdyż prowadzą one do powstawania zlepień i otorbiń ropy. Przeciwnie, konieczne jest pobudzanie wytwarzania płynu mózgowo-rdzeniowego. Osiąga się to zapomocą wśród-żylnych zastrzykiwań rozczywno hipotonicznych albo też zapomocą zastrzykiwań do worka lędźwiowego rozczywno hipertonicznych, albo wreszcie zapomocą nałożenia opaski zastoinowej dokoła szyi. Autor zaleca zastępowanie wypuszczonego podczas nakłucia płynu mózgowo-rdzeniowego poczęści przez powietrze, poczęści przez rozczyzny hipertoniczne. Cel tego leczenia polega na rozszerzaniu worka podpajęczynówkowego, szczególnie komór, pobudzaniu wydzielania płynu mózgowo-rdzeniowego i krążenia płynu mózgowo-rdzeniowego oraz jego odpływu.

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

W. FREEMAN i J. ROSENBERG. Leczenie diatermją ożepienia postępującego. (The Journ. of Amer. Med. Assoc. Vol. 100, Nr. 3. 1933).

Autorzy postanowili wypróbować działanie diatermji na ożepienie postępujące, pragnąc zastąpić nią malarję. Wyniki, podawane przez innych autorów były zachęcające. Jednakże nie udało się ich potwierdzić. Na 50 przypadków leczonych diatermją 26 pozostało bez zmiany, 14 zaś zmarło. Wszyscy zresztą byli uprzednio leczeni szczepieniami malarji bez powodzenia. Działanie diatermji trwało od 2 do 5 godzin. Niektórzy chorzy dostawali drgawek w okresie hipertermji. Poprawa, jaka wystąpiła u 10 pacjentów, była krótkotrwała. Zmiany histopatologiczne były badane w 9 przypadkach. Nie wykazywały one zatrzymania procesów zapalnych, jak to notował F r e e m a n podczas leczenia malarją. W konkluzji autorzy wyrażają niezadowolenie z leczenia diatermją i nie sądzą, by mogła ona zastąpić malarję.

N. Z. Z.

Streszczenia pojedyncze.

Zagadnienia ogólne.

M. LÉVY. O chlorowaniu po operacjach. (Arch. de Maladies de l'App. Dig. et des Maladies de la Nutrition Nr. 4, 1934).

Autor wraz z R o b i n e a u opracowali metodę chlorowania po zabiegach operacyjnych, która chroni chorego przed hiperazotemią i hipochloremją; wymieniony zespół nie jest dla chorego obojętny, prowadzi bowiem do znacznej toksemii. Autor opisuje pouczający przypadek chorego, operowanego spowodu wrzodu dwunastnicy; chlorowanie dało dobre wyniki. W drugim dniu po operacji przerwano chlorowanie, co spowodowało ponowny wzrost azotu we krwi i w moczu ze spadkiem chloremji. Należy więc chlorować w ciągu szeregu dni po operacji pod kontrolą badania krwi i moczu.

Jakób P e r s o n.

Choroby jamy ustnej, gardła, nosa i uszu.

K. ULRICH. Proces gojenia się w starych złamaniach błędna według obrazu rentgenologicznego. (Zeit. f. Hals, Nas. u. Ohr., t. 35, z. 3).

Podłużne pęknięcia kości skalistej, które są mniej niebezpieczne niż poprzeczne, są najczęstszym rodzajem pęknięć. Według statystyk 25% przypadków pęknięć kości skalistej ginie wskutek wtórnego zapalenia opon mózgowych. Powikłanie to występuje przeważnie w krótkim czasie po urazie głowy, istnieją jednakże przypadki, w których zapalenie opon mózgowych objawia się po dłuższym czasie. Zapalenie ucha środkowego stanowi punkt wyjścia dla zapalenia opon mózgowych, przyczem zakażenie szerzy się poprzez miejsca pęknięcia. Już badania B e r g m a n n a dowiodły, że pęknięcia kości skalistej są wypełnione tkanką kostną tylko częściowo, pozostałe zaś miejsca zajmuje tkanka łączna modelowata. A. badał rentgenologicznie 8 przypadków pęknięć kości skalistej. Jeszcze po upływie 2 — 12 lat udawało się stwierdzić na rentgenogramie ślady pęknięcia. Charakter linii (ostrość jej, nasycenie, umiejscowienie) pozwalał na odróżnienie pęknięć dawniejszych od wcześniejszych. Dzięki zdjęciom rentgenowskim udało się też stwierdzić fakt, że tworzenie się kości odbywa się głównie w okolicy warstwy błędniczka okostnowej i wśródkostnowej, natomiast torebka błędniczka wśródchrzęstna umożliwia gojenie się tylko za pomocą tkanki łącznej. Stąd brak ciągłości linii pęknięcia na rentgenogramie oraz możliwość stwierdzenia jej po dłuższym czasie.

J. T e n c e r.

J. BECK. W sprawie leczenia złotem gruźlicy krtani. (Zeit. f. Hals, Nas. u. Ohr., t. 35, z. 3).

B. cytuje 16 przypadków gruźlicy krtani, które leczył złotem. Najchętniej a. stosuje preparat Solganal-B *oleosum*. Podczas kuracji należy stale sprawdzać stan płuc, badać moczu i krew oraz zwracać uwagę na stan ogólny chorego i jego siły immunobiologiczne. W leczeniu złotem nie należy się trzymać ustalonego schematu. Należy stosować tylko małe dawki i ściśle indywidualizować. W wielu przypadkach złoto wywiera dobry wpływ na gruźlicę krtani; najlepiej reagują postaciacie naciekowe, gorzej wrzodziące. Są jednakże przypadki gruźlicy krtani, w których leczenie złotem sprowadza pogorszenie zarówno stanu ogólnego jak i miejscowego. Dodatni wpływ złota ujawnia się nie tylko w gruźlicy, ale również w przewlekłym goście stawowym oraz kile. Ostateczny wniosek a. sprowadza się do poglądu, że złoto jest czynnikiem dużej wartości w leczeniu bodźcowem nieswoistym gruźlicy krtani.

J. T e n c e r.

L. HAYMANN. Dane, dotyczące posocznicy pochodzenia migdałkowego. (Przyczynek do patogenetycznej, patologii i kliniki). (Zeit. f. Hals, Nas. u. Ohr., t. 35, z. 3).

Według danych autora, na 1000 przypadków śmierci 5,3 ma za przyczynę posocznicy pochodzenia migdałkowego. Dla porównania autor przypomina, że na 1000 zgonów 5,6 stanowi zejście powikłań wewnątrzczaszkowych pochodzenia usznego. Najczęściej występuje posocznica pochodzenia migdałkowego w wieku lat 20 — 30, ale i po 50 roku zdarza się nie tak rzadko, jak sądzą niektórzy autorowie (C l a u s). W większości przypadków stwierdza się w migdałku, stanowiącym punkt wyjścia sprawy chorobowej zmiany bądź martwicze, bądź ropne, jednakże w 30% przypadków nie spotyka się w migdałkach żadnych zmian. W 35% przypadków p. p. m. stwierdził a. obecność ropnia okołomigdałkowego lub pozagardłowego. W 63% przypadków powstają w przebiegu p. p. m. przerzuty, najczęściej w płucach. Wywołują posocznice najczęściej paciorkowce. P. p. m. powstaje przeważnie z zakrzepowego zapalenia żył pozamigdałkowych, skąd sprawa się szerzy na żyłę jarzmową. B. często spotyka się w żyłach migdałków i otoczenia zakrzepy zorganizowane, które świadczą o wygojeniu procesu. W mniejszej liczbie przypadków p. p. m. powstaje, jak wykazał U f f e n o r d e, drogą krwionośną, chłonną lub też śródmiąższowo (ropówka). Przerzuty do płuc są znacznie częstsze w postaci krwiopochodnej, niż w innych. W tej postaci są częstsze dreszcze. W materiale autora były one w 66%. W postaci limfopochodnej jest częsta wysoka ciepłota o typie stałym, lecz i tu zdarzają się dreszcze. Najszybciej prowadziły do śmierci przypadki krwiopochodne.

J. T e n c e r.

Choroby krwi i narządów krwiotwórczych.

F. W. MADISON, I. L. SQUIER. Etiologia agranulocytozy. (The Journ. of the Am. Med. Assoc. T 102, Nr. 10, 1934).

Autorzy zwrócili uwagę na fakt, że na agranulocytozę często zapadają osoby, które przez długi czas zażywały duże dawki luminalu, allonalu i piramidonu. Materiał autorów obejmuje 14 przypadków agranulocytozy; w 8 przypadkach stosowano zwykłe leczenie, polegające na przetaczaniu krwi, wstrzykiwaniu nukleotidów; odstawiono natomiast wszelkie leki z szeregu luminalu i piramidonu; spośród tych chorych zmarło dwóch, którzy przybyli do kliniki w stanie bardzo ciężkim; pozostali chorzy z tej grupy w liczbie 6 znajdują się w dobrym stanie i są od paru lat obserwowani przez autorów. Natomiast druga grupa chorych, leczona temi samymi metodami, wykazała 100% śmiertelności, co autorzy skłonni są przypisać temu, że chorzy ci nadal zażywali luminal i piramidon. Chcąc się przekonać o roli etiologicznej wspomnianych leków, autorzy stosowali je u chorych, którzy przebyli ostry okres agranulocytozy. Okazało się, że u tego rodzaju osobników, już niewielkie dawki piramidonu lub allonalu wywoływały bardzo szybki zanik granulocytów ze krwi obwodowej, niekiedy wśród dreszczy i gorączki. Poza tym autorzy stosowali allonal i piramidon w doświadczeniach na królikach; u jednego zwierzęcia powstał obraz stopniowo rozwijającej się granulocytopenii, która doprowadziła do zejścia śmiertelnego; autopsja królika nie wykazała zmian w narządach, natomiast w szpiku nie stwierdzono prawie wcale granulocytów. Natomiast takie same dawki leków nie doprowadzały do obrazu agranulocytozy u pozostałych królików. Autorzy sądzą, że leki z szeregu piramidonu i luminalu wywołują w ustroju stan alergii, co prowadzi do leukopenii, która jest zresztą typowa dla każdego wstrząsu anafilaktycznego; objawy zaś kliniczne zależą od inwazji drobnoustrojów do ustroju

bezbronnego spowodu granulopenji. Rzecz prosta, że główną rolę odgrywa konstytucjonalna czułość szpiku na owe leki.

Jakób P e n s o n.

G. ETIENNE, M. VÉRAIN, P. LOUYOT. Leczenie anemji złośliwej przetworami żołądka. (La Pr. Médicale Nr. 40—1934).

Autorzy omawiają badania C a s t l e a nad zawartością w zdrowym soku żołądkowym niezolowanego dotąd czynnika, niezbędnego do normalnej czynności szpiku kostnego; brak owego czynnika powodując powstawanie anemji złośliwej. Swą działalność czynnik C a s t l e a manifestuje przy zetknięciu się z pokarmami białkowymi (głównie z mięsem), z których wyzwolony zostaje t. zw. „czynnik zewnętrzny C a s t l e a”; współdziałanie obu tych czynników normuje hemopoczę. Z powyższych rozważań wynika, że sam sok żołądkowy osób zdrowych nie stanowi środka leczniczego w przebiegu anemji złośliwej; natomiast sproszkowana słuzówka żołądka oraz wyciągi rozpuszczalne słuzówki żołądka oddają nieocenione usługi w leczeniu tego schorzenia. Autorzy stosowali w 11 przypadkach an. zł. preparaty żołądkowe „Stomamol” i „Estoman”. Terapja żołądkowa jest naogół skuteczniejsza od wątrobowej; niekiedy jednak należy stosować leczenie kombinowane żołądkowo-wątrobowe. Wreszcie autorzy zwracają uwagę na interesujący fakt; okazuje się, że wstrzykiwanie normalnego soku żołądkowego chorym z anemią złośliwą, wprawdzie wywołuje wyraźny przełom retikulocytów, jednak nie ma żadnego leczniczego znaczenia.

Jakób P e n s o n.

W. SCHULTZ. Agranulocytoza i angina monocytowa. (Ther. d. Gegenwart Nr. 4—1934).

Autor broni samodzielności jednostki chorobowej, opisanej przez niego pod nazwą *agranulocytosis*. Przypadki o przebiegu podobnym do agranulocytozy, zależne od zatrucia lekami, głównie z grupy arsenowej, oraz od toksyn, zdaniem autora, przebiegają odmiennie od agranulocytozy. Angina monocytarna odróżnia się od zwykłej anginy powiększeniem wszystkich gruczołów chłonnych oraz wątroby i śledziony; we krwi przy ogólnym wzroście liczby leukocytów przeważają komórki jednojądrzaste. Niekiedy trudno odróżnić schorzenie to od białaczki; amerykańscy autorzy wykryli, że surowica chorych na anginę monocytową posiada wybitną zdolność aglutynowania krwinek baranich, co niekiedy służy jako moment rozpoznawczy. Rekonwalescencja po anginie monocytowej trwa długo, lecz rokowanie jest dobre. Jako metodę leczenia autor zaleca wczesne stosowanie arsenu oraz autohemoterapię.

Jakób P e n s o n.

Choroby przemiany materji i gruczołów wewnątrzwydzielniczych.

CASTEX, SCHTEINGART. Działanie swoisto-dynamiczne białka w rozpoznawaniu pochodzenia otyłości. (Nutrition Nr. 5 — 1933).

Najsilniejsze działanie białka występuje pomiędzy 30 a 40 min. po spożyciu mięsa. U większości badanych wzrost dochodzi do 20 — 30%. Jako patologiczne należy uważać liczby poniżej 15% i powyżej 35%. Na 30 przyp. otyłości pochodzenia pokarmowego działanie sw.-dyn. białka było tylko 2 razy mniejsze niż 15%, pozatem wahało się w liczbach normalnych. U osób otyłych skutek niedomogi tarczycy z obniżoną przem. podst. działanie sw.-dyn. wypada jak u osób zdrowych. Najbardziej charakterystyczne wahanie w działaniu białka dają otyłości na tle przysadki i śródmózgowia. Z 35 chorych tej grupy miało obniżenie działania sw.-dyn. 24 chorych, u jednego wypadło ono normalnie; jest obniżone we wszystkich przyp. niedomogi przysadki, bez względu na stopień otyłości i stanowi pewny objaw tej niedomogi. Działanie sw.-dyn. białka zależy od czynników hormonalnych, w pierwszym rzędzie hormonu przysadki. Obniżenie wynikające z osłabienia jej

działania znosi się wstrzyknięciem pituitryny. Działanie sw.-dyn. białka wzmacnia hormon tarczycy. Ośrodki nerwowe i nerwy autonomiczne mają znaczenie drugorzędne, zależne od równowagi hormonów i elektrolitów. Spożycie białka wpływa na wytworzenie nadmiaru kwasów, zmienia stan równowagi elektrolitów, które pobudzają odpowiednie gruczoły, czego efektem jest działanie sw.-dyn. Rozmaitość efektu białka jest oczywista, gdyż zdolność ustroju do reagowania na zmiany w równowadze kwasowo-zasadowej jest u różnych osób różna. Największe natężenie działania białka po 30 — 40 min. świadczy o roli trawienia czynności jelit, przemiany ciał pokarmowych. Pierwotne jest prawdopodobnie pobudzenie hormonów. Z chwilą gdy rozpoczyna się trawienie i przyswajanie, główne znaczenie ma kwasica trawienna i zmiany elektrolityczne tego okresu z interwencją nerwów autonomicznych. W stanach chorobowych z zaburzeniem w odżywianiu działanie sw.-dyn. zależy od przemiany tłuszczów. W przyp. otyłości przysadkowej i podkorowej obniżenie działania białka zależy od stanu wspomnianych ośrodków. Z tego wynika, że każda otyłość z normalną przemianą i normalnem działaniem sw.-dyn. podlega leczeniu dietetycznemu i higienicznemu. Otyłość z przemianą obniżoną i normalnem działaniem białka jest otyłością tarczycopochodną i leczenie jej wymaga substytucji tego gruczołu. Otyłość z normalną lub obniżoną przemianą i obniżonem działaniem białka wymaga zbadania ośrodków nerwowych, płynu m.-rdz., obrazu siodełka tureckiego, dna oka. Leczenie powinno być przyczynowe i higieniczno-dietetyczne.

F. T u r y n.

CASTEX, ROSSI, SCHTEINGART. Otyłości konstytucjonalne. (Nutrition 5 — 1933).

Nowsze badania wykazują, że *tuber cinereum* i tkanki sąsiednie są ośrodkami troficznymi, ich uszkodzenie może spowodować otyłość wewnątrzpochodną i konstytucjonalną. Obok tego niezaprzeczalny jest również w otyłości udział gruczołów dokrewnych. Anomalje konstytucjonalne, o ile są zaznaczone b. wyraźnie, powodują zjawianie się zaburzeń patologicznych w sferze układu roślinnego, bądź w grupie jakiejś tych gruczołów, konstytucjonalnie predysponowanych do niedomogi. W ten sposób powstają otyłości na tle tarczycy, przysadki, gruczołów płciowych, nadnerczy lub szyszynki. Otyłości takie zarysowują się w usposobieniu dynamiczno-humoralnem każdego biotypu ludzkiego. Brak efektu w leczeniu otyłości wyciągami gruczołowemi polega na zależności niedomogi od regulatorów substancji szarej mózgu. Dużą rolę w powstaniu otyłości odgrywa również dziedziczność. Otyłość niektórych dzieci wynika wyłącznie z dziedzictwa. Niektórzy znowu otyli, których dzieci mogą mieć hipo- lub dystyreozę, mają otyłych wnuków. Cechy otyłości tarczycopochodnej: równomierne gromadzenie tkanki tłuszczowej, infantyizm mniej lub bardziej wyraźny, pewien stopień obrzęku śluzowatego, nieznaczna inwolucja seksualna, skąpe uwłosienie, kruchość paznokci, suchość skóry, hepatomegalja. Ten rodzaj otyłości w czystej postaci spotyka się niezmiennie rzadko. Cechy otyłości przysadkowej: dyskretne gromadzenie tkanki tłuszczowej w powłokach nadbrzusza, w okolicy sutków, narządów płciowych zewnętrznych, mięśniach; pewien niedorozwój narządów płciowych, czasami poliurja, glikosurja, b. wysoki lub b. niski wzrost; przeważa typ budowy „breviligne”. Cechy otyłości płciowej: należą tu typy eunuchoidalne, otyłe jeszcze przed dojrzewaniem, z osłabioną czynnością gruczołów płciowych. U kobiety do cech należą dys- lub amenorrhoea, uderzenia gorąca do głowy, bicie serca, mrowienie w kończynach. Kobiety takie są najczęściej nieplodne. Otyłość na tle nadnerczy, wskutek nadmiernej czynności kory. Kobiety tego typu mają hipertonię mięśni, odznaczają się siłą fizyczną, mają dużą łechtaczkę, męski głos, zaburzenia miesiączkowania. Dzieci

tego typu są przedwcześnie rozwinięte. Mężczyźni są zniewieściali. W klasyfikacji K r e t s c h m e r a będą to atleci z nadmiernym rozwojem mięśni, kości, tkanki tłuszczowej i owłosienia.

F. T u r y n.

Choroby skóry, weneryczne i płciowe.

M. CHANTEGREIL. **Przypadek ectodermatosi erosiva pluriorificialis i periorificialis u Senegalczyka.** (Arch. de Méd. et de Pharm. milit. — wrzesień 1934 r.)

Żołnierz senegalski zgłosił się do izby chorych z powodu bolesności w prawej pachwinie. Gruczoły chłonne były tam powiększone, przy obmacywaniu wyczuwało się chelbotanie, skóra nad gruczołami zaczerwieniona i gorąca, po stronie lewej też gruczoły pachwinowe powiększone. Stan podgorączkowy, ciepłota wieczorowa 38° — 38,5°. W tym samym czasie dokoła warg pojawiły się małe pęcherzyki różowe przypominające *herpes*, jednocześnie śluzówka warg pokryła się drobnymi białymi grudkami, na prawym spojeniu wargowym powstało owrzodzenie, drążące wgłąb. Takie same wykwitły szybko wrzodziejące powstały na wewnętrznej powierzchni policzków i na powierzchniach wewnętrznej i zewnętrznej nozdrzy. Te ropiały i wkrótce pokrywały się strupami. Oddech chorego był cuchnący, z nosa duża wydzielina i *ozaena*. Jednocześnie wystąpiło obustronne zapalenie spojówek połączone z łzawieniem. Na napletku było rozległe okrężne owrzodzenie pokryte strupem. W szpitalu wojskowym, dokąd chorego skierowano, zwracała uwagę obrzękła twarz, wydzielina z nosa i wybitne łzawienie, z nozdrzy i półotwartych ust sączył się płyn krwisty i cuchnący, dokoła tych otworów liczne zropiałe pęcherzyki i strupy. Powierzchnie wewnętrzne nozdrzy i policzków były usiane małymi erozjami. Na prąciu duże okrężne owrzodzenie, dookoła *anus* szereg drobnych owrzodzeń. Pozatem nigdzie na całej skórze nie stwierdzono żadnych wykwitów. Dolegliwości podmiotowe nie występowały, badanie wewnętrzne wykazało powiększenie śledziony o 2 poprzeczne palce. Badanie krwi wykazało 11,5% eozynofiliów, odczyn W a s s e r m a n n a ujemny. Pod leczeniem miejscowym środkami odkażającymi nastąpiła poprawa, zastosowanie wlewań dożylnych cjanu rtęci spowodowało świeże obostrzenie, które ustąpiło dopiero po przerwaniu wlewań i powtórne stosowaniu miejscowo antyseptyków. Autor uważa przypadek za identyczny z opisywaną w 1917 roku przez F i e s s i n g e r a i R e n d u *ectodermatosi pluriorificialis*, którą pragnie różniczkować z *hydroa vacciniforme* i chorobą D u h r i n g a.

Alfred E t t i n g e r.

Emil WEIL. **Natychmiastowe wyleczenie rozległego liszaja płaskiego (na skórze i śluzówkach) po wycięciu śledziony.** (Bull. de la Soc. Franc. de Derm. et de Syphil. — czerwiec 1934 r.)

Chora 41-letnia, która cierpiała na liczne i długotrwałe krwotoki z przewodu pokarmowego i menorrhagje, wykazuje od 7-u miesięcy rozległe zmiany na skórze w postaci typowych tarczек liszaja na powierzchniach grzbietowych obu dłoni i na przedniej powierzchni nadgarstków. Pozatem występują jeszcze zmiany paznokci jako bródkowanie poprzeczne i prążki podłużne. W ustach i na śluzówce prawego policzka tarczka kwadratowa bardzo charakterystyczna. Jeszcze wybitniejsze zmiany na wargach sromowych wielkich i małych, które są obrzękłe i silnie swędzą. Kilka tarczек na łydkach i prawym paluchu. Z powodu stanu krwotocznego zalecono wycięcie śledziony; usunięto śledzionę wagi 600 gr. ściśle przylegającą do przepony. Śledzioną wykazuje wybitną *perisplenitis*, mikroskopowo ogniskowe sklerotyczne w otocze i dokoła naczyń i mnogość ciałek M a l p i g h i e g o o nadmiernej czynności. Miąższ jest prawidłowy. Nazajutrz po operacji stwierdzono z wielkim zdziwieniem, że zmiany skórne znacznie się zmniejszyły, w wielu miejscach na miejscu tarczек pozostały tylko

plamy barwikowe. W trzy tygodnie po operacji zmiany liszaja uległy prawie całkowitej regresji. Autor przytacza kilka przypadków, kiedy po splenektomji nastąpiła regresja zmian skórnych, i tłumaczy, że śledzioną schorzała działa hamująca na czynność narządów zastępczych: wątroby, gruczołów chłonnych i szpiku kostnego, co ustępuje po jej usunięciu.

Alfred E t t i n g e r.

George BANKOFF. **Patologia i terapia samoistnych teleangiektazji.** (Münch. Mediz. Woch. 52 1933).

Teleangiektazje nie są zazwyczaj rozszerzonymi naczyniami włosowatymi, ale małymi żyłkami, umiejscowionymi w warstwie brodawkowej i podbrodawkowej. Powstają zazwyczaj samoistnie, rzadko w dzieciństwie, zwykle w latach średnich, o liczba ich zwiększa się z wiekiem. Najczęstsze umiejscowienie: uszy, szyja, powieki, wargi i policzki. Prawdziwy *naevus teleangiectaticus* odróżnia się rozszerzeniem i rozmnożeniem naczyń włosowatych, nieraz o charakterze guza. Śródbłonki są to duże przerosłe komórki podobne do nabłonkowych, wykazują one w wielu miejscach pączkowanie. Udział naczyń włosowatych zaznacza się silnym zabarwieniem całego odcinka skóry zajętego przez teleangiektazje. Niekiedy jedynym objawem jest trwale rozszerzenie naczyń włosowatych. Obraz wtedy ogromnie przypomina *livedo*, od którego różni się tylko tem, że zabarwienie skóry nie znika w cieple. Przyczyną teleangiektazji jest w niektórych razach paralityczne rozszerzenie naczyń skórnych na podłożu neuropatycznym, w innych — zaburzenia krążenia wskutek przewlekłego zapalenia nerek czy wady serca lub wpływy toksyczne. Nieraz w grę wchodzi przyczyny mechaniczne, jak w tych rozszerzeniach naczyń, które powstają na tle zastojów przewlekłych. Tu za przyczynę działającą autor uważa zwiększone ciśnienie krwi, któremu delikatna ścianka żylna stawia niewystarczający opór. Wreszcie jedną z częstszych przyczyn jest niedomoga zastawek żylnych przy żyłkach. Odgrywają tu wybitną rolę specjalnie żyłki głębokie, powodujące często umiejscowione *venectasiae*. *Livedo racemosa* jest, według E h r m a n n a, stanem zastoinowym, spowodowanym uprzednio kilową *endarteriitis* tętnic skórnych i podskórnych, których światła uległy z tej przyczyny znacznemu zwężeniu. *Livedo racemosa* ma się dołączać do wielopłamistych wysypek kilowych. E. objaśnia przekrwienie bierne przez zmniejszoną *vis a tergo*. Teleangiektazje występujące w schorzeniach zapalnych (*lupus pernio*, *erythematodes*, *rosacea*) są z reguły wyrazem trwale utrudnionego odpływu krwi przy zwiększonym dopływie. Prócz tego istnieje jeszcze grupa teleangiektazji samoistnych, które pojawiają się prawdopodobnie bez żadnej dającej się wykazać przyczyny. Co się dotyczy leczenia, to autor zaleca zamrażanie CO₂, elektrokoagulację, przyczem należy dbać by powstał biały strup, a nie nastąpiło zwęglenie, w niektórych przypadkach (powierzchnowe, drobne teleangiektazje) kwarcówka lub powierzchnowe naświetlanie promieniami R o e n t g e n a, gdyż jak wiadomo promienie pozafajolkowe i X wywierają działanie ściągające na rozszerzone kapillary. Przy zmianach większych rozmiarów najwięcej wskazana plastyka metodą J o s e p h a z „płatem rezerwowym“, który nakłada się w razie nieudania się przeszczepienia.

Alfred E t t i n g e r.

Choroby nerwowe i psychiczne.

ROWE. **Guzy płata skroniowego, sprawdzone sekcjami.** (Archives of Neurology and Psychiatry. t. 30, Nr. 4, 1933).

Autor zebrał 52 przypadki potwierdzonych guzów skroniowych z uniwersyteckiej kliniki w Filadelfji. W 30 przypadkach guz był położony po stronie prawej, w 22 — po stronie lewej. Wiek chorych wahał się od 10-u do 66-u lat, przyczem przeważał wiek młody. W 71% przypadków choroba rozpoczynała się od objawów wzmożonego ciśnienia śródczaszko-

wego; w 9% przypadków sprawa rozpoczynała się od objawów z sąsiedztwa guza: niedowład połowiczny, napady Jacksona, bóle neuralgiczne nerwu trójdzielnego; w 4% przypadków objawem początkowym była niemota, lub charakterystyczne dla zajęcia płata skroniowego, „dreamy states“, co już od początku pozwalało sprawę chorobową zlokalizować. Najczęstszym objawem, zmuszającym chorego do zwrócenia się do lekarza, są zaburzenia wzroku, występujące naskutek wzrostu ciśnienia. Tylko w 31% opisanych przypadków guza lewego płata skroniowego, autor stwierdził niemotę. Jeden raz stwierdzono niemotę w przypadku prawostronnego guza płata skroniowego. Zaburzenia słuchu występują w przebiegu nowotworów płatów skroniowych dosyć często. Oczywiście należy wyłączyć te zaburzenia słuchu, które wywołane były przez inne schorzenia. Zaburzenia słuchowe mogą być podzielone na obiektywne i subiektywne. Zaburzenia subiektywne, pod postacią brzęczenia w uszach, obserwował autor w 27%. W 9 przypadkach autor stwierdził częściową głuchotę, przyczem w 5 przypadkach po stronie przeciwnej, w trzech — obu stronnie, a w jednym przypadku po tej samej stronie. Werner i Friedländer, Misch i Mills wykazali, że obu stronnie zniszczenie zawoju Heschla wywołuje głuchotę zupełną. Ogólnie przyjęto, że włókna słuchowe kierują się do kory mózgowej po stronie przeciwnej. Rutti twierdzi, że dla głuchoty, pochodzenia centralnego, charakterystyczne są: zmienne obu stronnie osłabienie słuchu oraz dysproporcja pomiędzy odległością z jakiej chory odróżnia słowo mówione i dźwięki. „Dreamy states“ autor znalazł jedynie w trzech przypadkach. W niektórych przypadkach autor stwierdzał zaburzenia psychiczne pod postacią zmniejszenia przytomności i zmiany osobowości. Napady padaczkowe autor stwierdził w 36%, przyczem w 10 przypadkach drgawki były ogólne, a w jednym występowały na 13 lat przed stwierdzeniem nowotworu.

J. Melzak.

R. FLINKER. Dwa nietypowe przypadki stwardnienia wieloogniskowego. (Wien. med. Wochr. Nr. 36 1933).

Co do rozpoznania stwardnienia wieloogniskowego nie mogło być w pierwszym przypadku żadnych wątpliwości, aczkolwiek nie było w nim żadnego z objawów klasycznej triady objawów Charcota (oczopląs, drżenie zamiarowe, mowa skandowana). Szczególnie charakterystyczny był przede wszystkim przebieg: dwukrotne lewostronne porażenie połowicze występowało dwanaście, względnie pięć lat przed obecną chorobą i oba razy uległo bardzo szybko wyleczeniu, pozostawiając za drugim razem lekkie zaburzenia czucia w dłoniach i palcach rąk. W ostatnich czasach zjawiały się często przelotne parestezje i przelotne podwójne widzenie. To występowanie i znikanie objawów samo przez się już wystarcza do rozpoznania z dużym prawdopodobieństwem stwardnienia wieloogniskowego. U chorego stwierdzono istniejące od 11 miesięcy porażenie połowicze o przebiegu zmiennym: po 2 miesiącach nastąpiła wyraźna poprawa, w 6 miesięcy potem ponowne pogorszenie, po którym znowu nastąpiła poprawa. Jednocześnie z lewostronnym porażeniem połowiczem istniał niedowład prawego nerwu podjęzykowego — *hemiplegia alternans hypoglossica* (porażenie Jacksona). Podczas całego czasu obserwacji istniał w obu oczach ubytek prawej połowy pola widzenia w postaci odcinka. Odruchów brzusznych po lewej stronie nie było, po prawej były bardzo słabe, odruchu jądrowego po prawej stronie nie było, po lewej był bardzo osłabiony. Na podstawie wywiadów, wielostronności objawów, zjawiania się ich i znikania oraz wobec tego, że przymiot mózgowordzeniowy można było wyłączyć z powodu braku zmian we krwi i płynie mózgowordzeniowym, trudno było postawić inne rozpoznanie, niż stwardnienia wieloogniskowego. W moczu chorego stwierdzono obecność białka, walczków

szklistych i ziarnistych, co autor tłumaczy jako następstwo urazu, przypominającego udar mózgowy. W drugim przypadku nie było żadnych wątpliwości co do rozpoznania stwardnienia wieloogniskowego wobec istnienia oczopląsu, drżenia zamiarowego i zaburzeń mowy. Uderzające było i w tym przypadku utrzymujące się od siedmiu miesięcy prawostronne porażenie połowicze. Szczególną cechą tego przypadku stanowiło istnienie drżenia zamiarowego tylko w głosie i lewej kończynie górnej, a zatem po stronie przeciwnej do strony porażonej.

H. L.

DAVISON and KESCHNER. Przypadki z zaburzeniami krążenia w obrębie rdzenia o obrazie klinicznym jamistości rdzenia. (Archives of Neurology and Psychiatry. t. 30, Nr. 5, 1933).

Niektóre schorzenia zewnątrz- i wewnątrz-rdzeniowe mogą prowadzić do wytworzenia jam w rdzeniu. Przypadki te mogą być fałszywie rozpoznawane i traktowane jako prawdziwa jamistość rdzenia. Wytwarzanie jam w przypadkach tych zależy: 1) od zniszczenia tkanki rdzenia przez nowotwór wewnątrz-rdzeniowy; 2) od zaburzeń w krążeniu wewnątrz-rdzenia naskutek ucisku na naczynia wewnątrz-rdzeniowe przez nowotwór wewnątrz-rdzeniowy; 3) od zaburzeń w krążeniu naskutek bezpośredniego ucisku na rdzeń i jego naczynia przez nowotwór zewnątrz-rdzeniowy, względnie zgrubiałe opony. Niekiedy wszystkie powyższe czynniki mogą się skumulować i być przyczyną wytworzenia się jamy. Ten sposób powstawania jam jest zupełnie inny, niż w prawdziwej jamistości rdzenia, gdzie jamy rozwijają się zawyczaj naskutek wrodzonych anomalii rdzenia z rozszerzeniem kanału centralnego, albo też naskutek rozplemu komórek glejowych z rozrzuconym embryonalnie gniazdem tych komórek pod wpływem urazów, względnie różnych czynników drażniących. Autorzy opisują trzy przypadki, obserwowane za życia i badane sekcyjnie. W pierwszym przypadku jamy w rdzeniu zostały wytworzone: 1) naskutek zniszczenia rdzenia przez guz wewnątrz-rdzeniowy, 2) naskutek ucisku na rdzeń przez zgrubiałe opony i zebrany płyn podpajęczynówkowy i 3) naskutek zaburzeń w krążeniu w naczyniach rdzenia, wywołanych guzem i zgrubiałymi oponami. W drugim przypadku jamy w rdzeniu zostały wytworzone naskutek wewnątrz-rdzeniowego guza oraz zaburzeń w krążeniu, wywołanych uciskiem przez guz. W trzecim przypadku jamy zostały wytworzone z powodu ucisku, wywołanego zgrubieniem opon i zbieraniem się płynu pod pajęczynówką — co w rezultacie doprowadziło do ucisku na rdzeń i jego naczynia. Zmiany w osłonkach myelinowych, cylindrach osiowych i komórkach rogu przedniego, nie różniły się w przypadkach powyższych od zmian, wywołanych uciskiem zewnątrz-rdzeniowym.

J. Melzak.

NOWOTNY und UBERALL H. Z kliniki nowotworów nerwiakowych n. trójdzielnego. (Zeitschrift für Neur. u. Psych. T. 150, str. 75—100, 1924).

Autorzy omawiają szczegółowo na własnych przypadkach z wiedeńskiej kliniki nerwowej, rozpoznanych, operowanych i autopsycznie potwierdzonych, symptomatologię, rentgenologię, rozpoznawanie różniczkowe i chirurgię tych nowotworów. Są to guzy rzadkie środkowej jamy czaszkowej, nieraz bardzo podobne w przebiegu do pobliskich, dość popularnych guzów kąta mózdkowo-mostowego, wychodzących z n. słuchowego. Górują w obrazie objawy ruchowo-czuciowe ze strony n. trójdzielnego. O ile pozostałe objawy są środkowo-czaszkowe, co należy do rzadkości, chirurg wkracza bezpośrednio do tej jamy. Gdzie dominują objawy mózdkowo-mostowe, co jest częstsze wskutek rozrastania się tych guzów ku tyłowi, to pozostaje nie radykalna operacja lecz symptomatyczna, polegająca na przecięciu pnia lub gałęzi n. trójdzielnego poza guzem w tylnej jamie czaszkowej położonych.

H. Higier.

Streszczenia pojedyncze.

Gruźlica.

H. STEIN. Badania nad gospodarką wodną u chorych z gruźlicą płuc. (Wien. kl. Woch. Nr. 50/1933).

Autor przeprowadzał badania zapomocą bąbli skórnych, wywoływanych przez doskonałe wstrzykiwania hipertonicznego roztworu (2%) soli kuchennej u chorych z gruźlicą płuc i niewyrównanymi wadami serca. W przeciwieństwie do osób zdrowych występuje u tych chorych zwiększenie wielkości bąbli. W razie poprawy procesu gruźliczego, względnie poprawy siły serca, ustaje powiększanie się bąbli. Autor uważa, że w ten sposób uzyskano się możliwość kontrolowania wartości leczenia gruźlicy.

A. Neumann (Baden — Wien.).

A. GÖTZL. Gruźlica płuc jako problem społeczny. (Wien. kl. Woch. Nr. 46/1933).

Czas trwania choroby wynosi około 6—9 lat, czas trwania okresu zakaźnego — 4—5 lat. Niepomyślny wpływ wywierają zbyt gęste zaludnienia co się szczególnie rzuca w oczy wśród ludności, która wyemigrowała ze wsi do miast. Typy leptozomiczne są bardziej zagrożone, niż inne. Znaczenie bliskiego kontaktu ujawnia się w często spotykanych schorzeniach obojga małżonków oraz dzieci, dalej osób, poświęcających się zagrożonym zawodom (lekarze, pielęgniarki i t. p.). Wyraźny jest związek gruźlicy ze stopniem zamożności, żywieniem się i gęstością zaludnienia. Niepomyślnie wpływa również uprzemysłowienie.

A. Neumann (Baden — Wien.).

L. NÉKÁM jr. Przypadek tyfobacillozy Landouzy i rumienia guzowatego. (Klin. Wschr. Nr. 41/1934).

Autor podaje opis przypadku, dotyczącego 52-letniej chorej, u której wśrodku lewego podudzia wystąpiło twarde, bolesne, wyniosłe obrzmienie, które nie ustępowało pod wpływem okładów, w dwa tygodnie później powstały 4 nowe żywo - czerwone nieco sinawe guzy. Tepe bóle podudzia nie ustępowały, przechodząc czasami w klucie. Postawiono rozpoznanie rumienia guzowatego, zalecono okłady z płynu Bur o w a i 10% maść ichtjoliowa. Badanie rentgenowskie wykazało normalnie powietrzne pola płucne, nieco zagęszczone cienie wętkowe. W miesiąc później zdjęcie rentgenowskie ujawniło rozsiane po obu szczytach cienie ogniskowe wielkości od lebka szpilki do ziarnka prosa, niezbyt intensywne. Później znikło obrzmienie lewej stopy, wystąpiło jednak nanowo obrzmienie lewej dłoni i prawej stopy. Po 16 okładach borowinowych stan się znacznie poprawił, bóle ustąpiły wraz z zapaleniem. Wkrótce potem wystąpiło u chorej cierpienie o charakterze durowym, z dreszczami, gorączką o typie zrazu zwalniającym, potem przepuszczającym powyżej 39°, dusznością, kluciem w klatce piersiowej i lekkim kaszlem. Mocz nie wykazywał zmian. Badanie krwi: czerwonych ciałek krwi 4.320.000, hemoglobiny 72%, wskaźnik barwnikowy = 0,85, białych ciałek 4.600, z tego młodocianych — 1%, pałeczkowatych — 4%, segmentowanych — 55%, kwasochłonnych — 1%, monocytów — 6%, limfocytów — 33%. Badanie rentgenowskie klatki piersiowej wykazało wysokie ustawienie przepony i aortalną konfigurację serca, pozatem żadnych zmian nie wykryto. Nad płucami rezanymi nieco szorstki oddech, stłumienia nie było. Śledziona powiększona, twarda, dolny jej biegun wystawał o 3 palce z pod łuku żebrowego. Wykonany posiew ze krwi na pożywcze Pet r a g n a n i z zielenią malachitową wykazał po 3 miesiącach obecność kolonii gruźliczych, które niewątpliwie zidentyfikowano jako takie zapomocą hodowli i barwienia. Szczepienia tych prątków świnikom morskim wykazały po 3 tygodniach przy badaniu sekcijnym gruźlicę prosówkową. Przebieg kliniczny, przypominają-

cy dur brzuszny, krzywa ciepłoty, obraz krwi, całkowicie ujemny wynik badania rentgenowskiego w daleko posuniętym okresie choroby, ujemny wynik badania bakteriologicznego i serologicznego w kierunku prątków durowych, wyhodowanie prątków gruźliczych przemawiały za typowym obrazem tyfobacillozy L a n d o u z y. Szczególną właściwość tego przypadku stanowiła okoliczność, że przed posocznicą gruźliczą z zejściem śmiertelnym wystąpił nawracający rumień guzowaty, co do pewnego stopnia przemawiało za etiologią gruźliczą rumienia guzowatego, aczkolwiek nie można jej dotychczas uważać za udowodnioną.

H. L.

A. GIRAUD i J. LARDAUCHET. Leczenie ropnych gruźliczych zapaleń opłucny. (Monde med. Nr. 844).

Leczenie ropnych gruźliczych zapaleń opłucny należy prowadzić spęczętą zachowawczo, ograniczając się do opróżniających nakłuć, przemywań opłucny, odmy oliwnej, które zależnie od przypadku mogą dawać znakomite wyniki. Jeżeli to leczenie zachowawcze pozostanie bezskutecznym, zaś utrzymywać się będą ciężkie objawy ogólne, należy przystąpić do leczenia chirurgicznego, przyczem rozpoczyna się od pleurotomji. Torakoplastyka może wchodzić w rachubę dopiero później i tylko w granicach, gdzie jest ona niezbędną dla otrzymania ostatecznych wyników, a więc: 1) jeżeli poza zapaleniem opłucny postępują dalej zmiany płucne, które wymagają leczenia uciskowego; 2) jeżeli mimo pleurotomji utrzymuje się ciężkie ropienie, które odbija się na stanie ogólnym. W tym wypadku należy szybko walczyć z zakażeniem, wykonywując możliwie jak najprędzej torakoplastykę, zanim zbyt ciężkie wyczerpanie ustroju wskutek ropienia nie uczyni niemożliwym wszelkiego zabiegu chirurgicznego; 3) jeżeli w przypadku przebiecia ogniska gruźliczego do jamy opłucnowej, pleurotomja nie może powstrzymać obfitych wymiotów. W tych razach jedynie torakoplastyka może działać skutecznie, zamykając przetokę opłucnowo-oskrzelową, niebezpieczeństwo, które należy usunąć w jak najkrótszym czasie; 4) wreszcie, i to jest typowe wskazanie do torakoplastyki, jeżeli po pleurotomji płuco nie wykazuje żadnej skłonności do zajęcia swego miejsca w klatce piersiowej. Zależnie od natężenia samoistnego ściągania się ścian z jednej i rozprężania się płuc z drugiej strony rozmiary pozostałej jamy opłucnowej będą mniejsze lub większe i zmuszą do mniej lub bardziej rozległego wycięcia żeber. W ropnych zapaleniach opłucny w następstwie odmy te wycięcia są zwykle bardzo rozległe. Rzeczywiście, jeżeli płuco było przez długi czas uciśnięte, bliznowate stwardnienie przekształciło narząd w twardy i nierozciągliwy blok, z drugiej zaś strony, zwłaszcza jeżeli zakażenie przeniknęło wgłąb, opłucna staje się gruba, sztywną, pokrytą grubymi błonami rzekomymi, które przyczyniają się do umocowania płuca w kierunku wnęki i stawiają opór jego rozprężaniu się. W tym ostatnim wypadku torakoplastyka jest operacją istotnie wytwórczą, wykonywaną na zimno; w trzech poprzedzających wypadkach wykonuje się ją na gorąco, jest ona operacją leczniczą, której wskazania, czasami wyłącznie opłucnowe, są najczęściej mieszane — jednocześnie opłucnowe i płucne.

H. L.

Choroby jamy ustnej, nosa, gardła i uszu.

H. BARTH. Spostrzeżenia kliniczne nad narządem słuchu i równowagi w metapoetycznych schorzeniach kości. (Osteodystrophia Paget i osteodystrophia Recklinghausen). (Zeit. f. Hals, Nas. u. Ohr. t. 35, z. 3).

A. cytuje 4 historie chorób osobników, którzy cierpieli na chorobę P a g e t a lub też R e c k l i n g h a u s e n a, przyczem uskarżali się na zaburzenia słuchu i narządu równowagi.

nowagi. Prócz tego a. zestawia z piśmiennictwa przypadki zaburzeń słuchu i narządu równowagi w cierpieniach metapoetycznych kości. Ogółem omawia 28 przypadków. Nietylko choroba *Paget* ale również i *osteodystrophia Recklinghausen* może powodować zaburzenia narządu słuchu i równowagi. Analizując wyniki badań, autor dochodzi do wniosku, że w 6 przypadkach chodziło o przytępienie słuchu na tle zajęcia ucha wewnętrznego, w 8 chodziło o cierpienie narządu dowodzącego i odbiorczego, a w 1 przypadku o wyłączne zajęcie ucha środkowego. Wyniki te należy jednakże przyjąć z zastrzeżeniem, gdyż w przypadkach, w których stwierdzono wyłączne zajęcie narządu odbiorczego mogło też chodzić o przytępienie słuchu starcze, które oczywiście nie stoi w związku z cierpieniem kostnym. Chorzy, dotknięci cierpieniami metapoetycznymi kości, częściej się uskarżają na zawroty głowy, niż na zaburzenia słuchu. Zaburzenia równowagi mogą jednakże tu być zarówno pochodzenia obwodowego jak i ośrodkowego.

J. T e n c e r.

C. v. EICKEN i A. ADAM. **O leczeniu raka oskrzeli.** (Zeit. f. Hals. Nas. u. Ohr. t. 35, z. 3).

Sprawa leczenia chorych, dotkniętych rakiem oskrzeli jest tem ważniejsza, że cierpienie to występuje przeważnie w wieku do lat 60. Dotychczasowe postępowanie w przypadku raka oskrzeli, sprowadzające się wyłącznie do naświetlania nowotworu poprzez klatkę piersiową, okazało się niewystarczające. Niekiedy naświetlanie rg. nietylko nie sprowadza poprawy, ale nawet pogarsza stan chorego. Bądźco bądź należy podczas leczenia stale sprawdzać morfologję krwi i w razie występującej leukopenji należy przerwać naświetlanie. Znacznie lepsze wyniki dają zabiegi chirurgiczne: a m. usuwanie nowotworu na drodze bronchoskopji, dalej lobektomja i wycięcie całkowite jednego płuca. Rodzaj zabiegu zależy od usadowienia i rozległości pierwotnego nowotworu. Prawie zawsze punkt wyjścia raka stanowi nabłonek śluzówki lub gruczołu dużego oskrzela. Ważniejszą od budowy histologicznej jest morfologja raka oskrzeli. Rozróżnia się nowotwory: 1) polipowate, 2) usadawiające się płasko na ścianie oskrzela, lecz nie przekraczające jej (obydwa te rodzaje udaje się usunąć endoskopowo), 3) nacieki rakowate okołoskrzelowe, 4) rak wrastający do tkanki płucnej; rentgenologicznie imituje on niekiedy nowotwór dobrotny lub terbiel, a dość często ropień płuca. Zrozumiałe, że wczesne rozpoznanie sprawy chorobowej ma tu doniosłe znaczenie. Dlatego też należy przyjąć za zasadę, że w przypadku, w którym rozpoznanie cierpienia płucnego nasuwa trudności lub też rozwój cierpienia znamionują krótkotrwałe schorzenia grypowe, winny być przeprowadzone badanie rentgenologiczne i bronchoskopja, a w razie potrzeby i próba torakotomja. A. cytują przypadek raka płasko-komórkowego prawego oskrzela dolnego płata, który udało się wyleczyć, usuwając częściowo nowotwór bronchoskopem, a później naświetlając go rentgenem od zewnątrz i radem (rurki z radem, wprowadzane do oskrzeli).

J. T e n c e r.

Choroby serca i naczyń.

W. R. OHLER i J. ABRAMSON. **Serce w obrzęku śluzakowatym.** (Arch. Int. Med. 1934, 53, Nr. 2).

Autorzy na zasadzie swego materiału, składającego się z 35 przypadków, uważają termin „*cor myxoedematosum*“ za usprawiedliwiony i opisują jego obraz kliniczny, rentgenologiczny i elektrokardiograficzny. Zbyt mała liczba badań anatomicznych uniemożliwia dokładne sprecyzowanie istoty zmian w mięśniu sercowym chorych na obrzęk śluzakowaty. Być może, w samym mięśniu sercowym występuje również obrzęk śluzakowaty, który niezawsze jednak powoduje powiększenie cienia serca na ekranie. Z 21 przypadków, w których przeprowadzono badanie elektrokardiograficzne

przed rozpoczęciem leczenia, stwierdzono w 13 zmiany, odpowiadające tym, które opisał Z o n d e k. Naogół wyraźne zmiany elektrokardiograficzne stwierdzano u tych chorych, u których przemiana podstawowa osiągnęła poziom —25% lub niższy. Charakterystycznymi cechami elektrokardiogramu są: mały woltaż wszystkich załamek, zwłaszcza zaś R w odprowadzeniu I-em, i częste odwrócenie T. Czem niższe R, tem większa tendencja T do spłaszczenia. W pewnych przypadkach występowało wydłużenie PR. Pod wpływem leczenia tarczycy zmiany elektrokardiograficzne w większości przypadków cofały się, powstawały zespoły o normalnym woltażu i prawidłowo wykształconym załamku T. Badanie radiologiczne wykazało w 7 z 13 przypadków ze zmianami w elektrokardiogramie powiększenie serca. Często ruchy serca były leniwe. Z wyjątkiem I-go przypadku, w którym leczenie było prawdopodobnie zbyt krótko przeprowadzone, pod wpływem tarczycy następowało zmniejszanie się serca do rozmiarów normalnych. Ciśnienie krwi wykazywało stosunki różne, u chorych z powiększeniem serca było najczęściej normalne lub niższe od normalnego. Pod wpływem leczenia niskie ciśnienie się podnosiło, wysokie opadało. Ze zmian klinicznych występował najczęściej krótki oddech, często bicie serca. Objawy te występowały niezależnie od zmian rentgenologicznych i elektrokardiograficznych. Obrzęki nóg były większe u chorych ze zmianami w sercu, aniżeli u tych, u których zmian takich nie stwierdzało się. Zastój w płucach stwierdzano tylko u chorych z powiększeniem serca. Tętno serca było często głucho. Leczenie prowadzono ostrożnie, nie dając za wszelką cenę do osiągnięcia normalnej przemiany podstawowej. Zaczynano od małych dawek, powiększając je aż do ustąpienia objawów. Jeżeli zmiany w elektrokardiogramie znikały, a przemiana podstawowa była jeszcze niska, dawek nie zwiększano.

H. M a k o w e r (Łódź).

A. GEREMIA, G. CHIORAZZO. **Przyczynę do badań odruchu oczno-naczyniowego.** (A. di Soc. Med. e Chirur. di Padova 1933 r. Nr. 3).

Autorzy zbadali w 120 przypadkach wpływ odruchu oczno-naczyniowego na ciśnienie tętnicze. Uciskali łagodnie przez dwie minuty na obie gałki oczne, nie wywołując przytem odruchu sercowego. Pomiarów ciśnienia dokonywali w czasie trwania ucisku na gałki przy pomocy ciśniomierza R i v a - R o c c i e g o, a w 65 przypadkach, posilkując się oscylometrem B o u l i t t e a. U osób zdrowych odruch oczno-naczyniowy wywołuje wzmocnienie ciśnienia maksymalnego o 5 — 15 mm. Hg., wskaźnik oscylometryczny zwiększa się, a ciśnienie minimalne zachowuje się zmiennie. Ciśnienie średnie w połowie przypadków pozostaje bez zmian, w drugiej zaś połowie ulega zwiększeniu. W różnych stanach chorobowych odruch oczno - naczyniowy zachowuje się zmiennie. W przypadkach nadciśnienia odruch jest bardzo żywy. W nadciśnieniu samoistnem ciśnienie maksymalne zwiększa się o 15—25 mm. Hg., wskaźnik oscylometryczny znacznie się powiększa. W przypadkach chorób zakaźnych odruch znika w okresie trwania choroby, a zjawia się w okresie ozdrowieńczym. U gruźlików zaś wielka niestalość i zmienność cechuje odruch oczno - naczyniowy. Część dośrodkową łuku odruchowego stanowią nerwy trójdzielny i sympatyczny, które doprowadzają podniety do ośrodków naczynioruchowych w mózgu i opuszcze, część ośrodkową zaś tworzą nerwy naczynio-ruchowe. Odruch oczno-naczyniowy jest wyrazem sprawności układu roślinnego.

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

N. FINGERHUTH i O. BICKENBACH. **Przyczynę do kliniki niedomykalności zastawki trójdzielnej.** (Dtsch. Arch. klin. Med. t. 175, z. 5).

Sfigmograf lustrzany F r a n c k a, najbardziej nadaje się do rejestrowania tętnienia rozmaitych odcinków serca i naczyń. Otrzymane krzywe nietylko wykazują z regularnością, ja-

kiej nie można osiągnąć zapomocą żadnej innej metody, prawidłowość w przebiegu poszczególnych tętnień, lecz pozwalają również dzięki ściśle synchronicznej rejestracji jako t. zw. krzywe poligraficzne na bardzo ważne pod względem rozpoznawczym wnikanie w dynamikę istniejącej mniej lub bardziej patologicznie zmienionej czynności serca. Dla oceny kształtów i wysokości poszczególnych fal tętnienia posiadają znaczenie znane przesłanki teoretyczne, które jednak wskutek metodycznej przewagi przyrządu *F r a n c k a* ulegają mniejszym ograniczeniom. Krzywe poligraficzne, obejmujące krzywą uderzenia koniuszkowego, tętnienia prawej komory i prawego przedsionka, krzywą żylną i krzywą tętna wątrobowego, stanowią najpewniejszą metodę rozpoznawania niedomykalności zastawki trójdzielnej. Komorowa fala tętna wątrobowego bywa w pewnych warunkach bardziej jednoznaczna dla rozpoznania niedomykalności zastawki trójdzielnej, aniżeli fala niedomykalności tętna żył jarzmowych. Krzywe tętnień prawego przedsionka i prawej komory wykazują w swym przebiegu prawidłowe zależności w postaci dwóch rozmaitych typów głównych: „objawie jednego, taktu (*Eintaktphaenomen*)” i „objawie dwóch taktów (*Zweitaktphaenomen*)”. Różnica ich opiera się na zachowaniu się prawego przedsionka. „Objaw jednego taktu” stwierdza się we względnej niedomykalności zastawki trójdzielnej i odpowiada skurczowemu „objawowi huśtawkowemu” *V o l h a r d a*. Fakt, czy krzywe prawego przedsionka i prawej komory przebiegają podczas skurczu zgodnie czy niezgodnie, posiada drugorzędne znaczenie. „Objaw dwóch taktów” charakteryzuje się przerostem prawego przedsionka, przedstawia zaś wyraz graficzny przedskurczowo - skurczowego „ruchu huśtawkowego” v. *R o m b e r g a* i tłumaczy się organiczną niedomykalnością zastawki trójdzielnej. Rozpoznanie organicznie uwarunkowanej niedomykalności zastawki trójdzielnej opiera się na stwierdzeniu wszystkich oznak, cechujących przerost przedsionka: „objawu dwóch taktów”, tętnienia ściany klatki piersiowej, wysokiej i szerokiej fali uszkowej w krzywej żylniej, a szczególnie w tętnie wątrobowem. Wybitnie wyrażone dwufaliste tętno wątrobowe dowodzi dlatego organicznej niedomykalności zastawki trójdzielnej pod warunkiem, że krzywa poligraficzna pozwoli wyłączyć istnienie zwężenia ujścia żylnego prawego (*stenosis tricuspidalis*).
Henryk J. L a n d a u.

J. von BOROS i J. v. FERNBACH. Elektrokrardiogramy serca, obumierającego wskutek zakrzepu tętnicy wieńcowej. (Dtsch. Arch. klin. Med. t. 175, z. 4).

Podając elektrokrardiogramy i wyniki badania pośmiertnego w przypadku zakrzepu tętnicy wieńcowej, autor uważa za dowiedzione, że w przypadku tym blok całkowity oraz wzniesienie drugiej części zespołu komorowego w odprowadzeniu II i III należy rzeczywiście przypisywać zawałom, skoro powstałym w tylnej ścianie komory lewej i w tylnej połowie przegrody międzykomorowej. Jest bardzo prawdopodobne, że rozszerzenie i rozszczepienie wychylenia początkowego zespołu komorowego pozostaje w związku z dawniej już powstałym zniszczeniem przedniej połowy i dolnej części przegrody międzykomorowej i że pomimo automatycznej czynności komorowej — należy je uważać za równoważne z tak zwanym blokiem arbyrozacji. *Henryk J. L a n d a u*.

Choroby przemiany materii i gruczołów wewnątrzwydzielniczych.

M LABBÉ i R. BOULIN. Trudności w rozpoznawaniu niektórych postaci nieprawidłowych śpiączki cukrzycowej. (Presse Médicale Nr. 74 — 1934).

Rozpoznanie śpiączki cukrzycowej opiera się na następujących oznakach: utrata przytomności z oddechem *K u s s m a u l a*, odczyn *G e r h a r d t a* w moczu i obniżenie rezerwy alkalicznej. W niektórych przypadkach brak wymie-

nionych oznak, natomiast przylaczają się objawy, nie należące do obrazu śpiączki cukrzycowej. Odczyn *G e r h a r d t a* często jest ujemny. Niekiedy przylaczają się objawy niedomogi nerek. Występują wówczas białkomocz, wałeczki i azotemia. Ilość mocznika dochodzi do 1 gr. na litr. Objawy nerkowe przeważnie nie zmieniają obrazu śpiączki cukrzycowej, lecz wybitnie pogarszają rokowanie. W tym przypadku insulina powoduje ustąpienie objawów śpiączki cukrzycowej, zaś azotemia postępuje nadal, powodując wreszcie zgon chorego. Różniczkowe rozpoznanie między śpiączką cukrzycową a mocznicią przy współistnieniu zespołu nerkowego jest trudne. Należy uwzględnić, iż istnieją postaci śpiączki cukrzycowej, odporne na działanie insuliny. Z drugiej strony w przebiegu niektórych zapaleń nerek wystąpić może kwasica, zbliżona do kwasicy w śpiączce cukrzycowej. W wymienionych przypadkach zapalenia nerek występują obniżenie rezerwy alkalicznej i oddech *K u s s m a u l a*, jak w śpiączce cukrzycowej. Autorzy niniejszego artykułu spostrzegali przypadki śpiączki cukrzycowej bez odczynu *G e r h a r d t a*, odporne na insulinę i wylające się azotemią. Należy podkreślić, że śpiączka mocznicowa pociągnąć może za sobą kwasicę. Przy współistnieniu tych nieprawidłowości rozpoznanie staje się bardzo trudne. — W jednym przypadku śpiączki u osoby młodej odczyn *G e r h a r d t a* i *L e g a l a* w moczu były ujemne. Oddechu *K u s s m a u l a* nie stwierdzono. Mocznik we krwi wynosił 1 gr. 65. Obniżenie rezerwy alkalicznej przemawiało za kwasicą, lecz niepodobna było rozstrzygnąć między mocznicią a śpiączką cukrzycową. Mimo podania 120 jednostek insuliny nastąpił zgon. Rozpoznano śpiączkę cukrzycową na podstawie zwiększonej zawartości substancji acetonowych we krwi i działania insuliny na rezerwę alkaliczną. Insulina działa tylko na kwasicę cukrzycową, natomiast nie wywiera wpływu na kwasicę nerkową. W innym podobnym przypadku nie można było ustalić rozpoznania. Jedyną oznaką niezawodną jest w tych razach zwiększenie się rezerwy alkalicznej pod wpływem insuliny. Zespół powyżej opisanych niewyraźnych objawów nie jest przypadkowy. Brak acetonurji, zwiększenie się mocznika we krwi i oporność na działanie insuliny są grupą objawów, wymagających dalszych spostrzeżeń. Co do oporności na insulinę należy zaznaczyć, iż oporność ta dotyczy przebiegu klinicznego. Natomiast kwasica w przebiegu śpiączki cukrzycowej cofa się pod wpływem insuliny, która zwiększa rezerwę alkaliczną.
N. S z y k.

Choroby dróg moczowych.

Th. FAHR. Zagadnienia sporne w chorobie Brighta. (Klin. Woch. Nr. 17 — 1934).

Autor szczegółowo omawia nercyce. Odróżnia nercyce zwykłe i nercyce, w przebiegu których momenty pozanerkowe odgrywają ważną rolę. Nercyca lipidowa, zdaniem autora, stanowi jakieś nieznanne odchylenie od normy przemiany materji, a nerki wtórnym stopniowo ulegają destrukcji. Obfity białkomocz, niskie ciśnienie krwi, brak azotemji, duże obrzęki, zmiana składu białek osocza — oto główne objawy nercyzy lipidowej. Zasadniczo choroba jest uleczalna, nawet po wielu latach trwania; chorzy z nercycą lipidową są mało oporni na infekcje (podobnie do innych chorób przemiany materji, jak cukrzyca i t. p.). Na uwagę zasługuje spostrzeżenie *O e h l e k e r a*, że niekiedy szczęśliwie przeżyta infekcja wywołuje poprawę w nercyzy. Nercyca amyloidowa posiada pewne wspólne cechy z nercycą lipidową. Amyloid w nerce po pewnym czasie prowadzi do marskości; zaznaczyć należy, że marskość ta przebiega przy niskim ciśnieniu krwi. Nercyca ciążowa, zdaniem autora, stanowi postać samodzielną; przemawiają za tem wyniki badań anatomiczno - patologicznych, wykazujące t. zw. „*glomerulonephrosis*”. Autor, opiera-

jąc się głównie na badaniach histologicznych, wypowiada szereg poglądów sprzecznych z zapatrywaniami V o l h a r d a; np. dowodzi, że skurcze naczyń nie są główną przyczyną rozlanego kłębuszkowego zapalenia nerek; główną rolę ma odgrywać moment toksyczny. V o l h a r d sądzi, że marskość złośliwa stanowi końcowy etap dobrotliwej marskości; autor wyraża pogląd, że *nephrosclerosis maligna* zależy od innego procesu w sensie jakościowym, dlatego też częściej sprawę tę obserwuje się w młodym wieku i niekiedy przebieg jest ostry; za tem przemawiają obrazy histologiczne w postaci zmian martwiczych ścian naczyń krwionośnych, *endarteriitis*, *periarteriitis* i t. p. Jakób P e n s o n.

N. MORO. O „okresie nerwowym” zapalenia pęcherza moczowego. (Wien. kl. Woch. Nr. 49/1934).

Podmiotowe objawy zapalenia pęcherza moczowego często utrzymują się po ustąpieniu przedmiotowych; przedstawiają się wtedy jako zaburzenia czynnościowe (częste oddawanie moczu, pieczenie). Należy jednakże pamiętać o tem, że poza tem może się kryć ciężki proces (gruźlica nerek). W tym nerwowym okresie ani niewolno podawać urotropiny, ani robić wlewań dopęcherzowych. Celowe bywa stosowanie djatermji i wyjaśniające postępowanie psychiczne. łagodna djeta. A. N e u m a n n (Baden — Wien.).

Choroby kości i stawów.

F. BEZANÇON i M. P. WEIL. Wstęp do etiologii przewlekłego, postępującego, uogólnionego gośćca. (Le Journal med. franç. sierpień 1934).

I. Najważniejsze momenty wysuwane jako przyczyny gośćca.

A) Znaczenie zimna i wilgoci nie da się zaprzeczyć. Czynniki ten spotyka się często w wywiadach u mężczyzn (żołnierze), rzadziej u kobiet. B) F o c a l i n f e c t i o n. Według głośniejszej teorii amerykańskich autorów gościec powstaje wskutek wysiewu z określonego ogniska. Jednakże wobec stwierdzenia, że w dotkniętych stawach zarazek prawie nigdy nie spotyka się, a posiewy ze krwi są zazwyczaj jałowe, należało przyjąć, iż jeśli focal infection odgrywa pewną rolę, to jedynie bądź za pośrednictwem toksyn, bądź ciał białkowych, pochodzących z ogniska i wywołujących odczyny w uczulonych stawach. Zresztą, teoria ta została do reszty skompromitowana wskutek nikłych wyników, uzyskanych po sunięciu ogniska zakaźnego. C) Zaburzenia przemiany materji. Badania autorów i G u i l l a u m i n a wykazały, iż w przebiegu gośćca nie można wykryć charakterystycznych zaburzeń w przemianie białek, węglowodanów bądź tłuszczów, lub ciał mineralnych. Zmniejszoną tolerancję na węglowodany, stwierdzoną przez P e m b e r t o n a, należy raczej uważać za jeden ze skutków choroby, a nie za jej przyczynę. D) Znaczenie płci jest istotne, gdyż wszystkie statystyki wykazują, że uogólnione postacie gośćca spotykają się w 80% u kobiet, w przeciwstawieniu do dny i do „spondylose rhizomélrique” P i e r r e M a r i e, będących schorzeniami mężczyzn. Przewlekły uogólniony gościec jest mimo przeciwnego utartego poglądu, chorobą wieku młodego: *osteoarthritis degenerativa* zaś (*morbus coxae senilis*, guzy H e b e r d e n a) występują raczej w wieku dojrzałym lub starczym. E) Fakt częstotliwości tych schorzeń u kobiet każe brać pod uwagę tło wewnętrznowydzielnicze; istotnie niekiedy stwierdza się u tych pacjentek pewne zaburzenia w miesiączkowaniu, lub pewien stopień melanodermji, zaburzenia w uwłosieniu t. d. W większości wszakże przypadków, przynajmniej trzeba, nie stwierdza się najmniejszego zaburzenia czynności przysadkowo - jajnikowych, nadnerczowych, lub tarczycowych. Teoria przytarcycowego pochodzenia zabu-

rzeń kostno - stawowych nie jest w dostatecznej mierze ugruntowana. F) Z a b u r z e n i a n a c z y n i o w o - w s p ó ł c z u l n e towarzyszą często przewlekłemu uogólnionemu gośćcowi stawowemu. U wielu chorych spotykamy skłonność do migren, do pokrzywek, *vítligo*, sklerodermję, sinicę kończyn i inne zaburzenia naczyniowo - współczulne. Nie jest dotychczas wyjaśnione, jakie jest znaczenie etiologiczne tych objawów. Wobec braku ściśle określonej etiologii, banalności przyczyn wywołujących, autorzy sądzą, że to co najbardziej cechuje gościec stawowy, to jest podłoże, na którym schorzenie to rozwija się, czynnik konstytucjonalny — „terrain” — francuzów, który sprzyja uogólnieniu się sprawy, a raczej jej postępowaniu. Autorzy podkreślają, że u osobników predysponowanych byle najbłahszy powód (uraz, przeziębienie, zakażenie, wpływ pewnych białek), nie szkodzący większości ludzi, wystarczy dla wywołania poważnych i trwałych zaburzeń stawowych, wykazujących tendencję do postępowania. Jedność omawianego typu klinicznego uwarunkowana jest wspólnym podłożem konstytucjonalnym o identycznym sposobie reagowania na bodźce fizjologiczne i patologiczne. H. S z p i d b a u m.

FORESTIER. Leczenie złotem gośćcowego zapalenia stawów. (The Lancet Nr. 5795, r. 1934).

Na podstawie materiału, obejmującego 500 przypadków, przychodzi autor do wniosku, że leczenie solami złota w przebiegu gośćcowego zapalenia stawów daje wyniki lepsze od wszelkich dotychczas w tem schorzeniu stosowanych metod leczniczych. Im wcześniej leczenie solami złota zostaje wdrożone, tem lepsze i szybsze są wyniki lecznicze. Obok *arthritis rheumatica* zbliżony efekt leczniczy otrzymuje się w przebiegu *arthritis infectiosa* (rzeżączkowe i inne) zarówno wielostawowego, jak i jednostawowego. Sprawdzianem działania leczniczego jest zachowanie się ciepłoty ciała oraz szybkości opadania krwinek. W cierpieniu tak przewlekłym najlepsza jest droga domięśniowa. Autor stosował z początku allochryzynę, a od roku 1932 przeszedł do oleistych zawiesin złota, a mianowicie myocryzyny, myoralu i oleo-solganolu B. Myocryzynę zastrzykuje się raz tygodniowo w dawce 0,1—0,2 g., przy czem ilość całkowita dla jednej serii kuracyjnej wynosi 1,5 do 2,0 g. Chory powinien otrzymać kilka takich seryj z przerwami 6—8 tygodniowymi. Dawki w omawianym schorzeniu muszą być mniejsze i podawane ostrożniej, niż w przebiegu schorzenia gruźliczego, ponieważ warunki alergiczne czynią tu chorego bardziej wrażliwym na działanie leku. Odczynu lokalnego w miejscu zastrzyknięcia nie spostrzega się. Odczyn ogniskowy w postaci wzmożonego bólu i obrzęku schorzałych stawów spostrzega się w 1/3 przypadków, przyczem objawy te, poczynając od 3 iniekcji stopniowo maleją. Bardzo rzadko spostrzega się odczyn ogólny (złe samopoczucie, podwyższenie ciepłoty, przyspieszenie tętna). Powikłania nerkowe występują tylko w razie specjalnej predyspozycji; ze strony skóry i śluzówek powikłania zależne są od wielkości dawek; biegunki spostrzega się rzadko. Niektórzy stosują dla zapobieżenia powikłaniom duże dawki glukozy doustnie, wyciąg wątroby parenteralnie lub tiosfosforan sodu i magnezu.

Jerzy F a j w l e w i c z (Łódź).

HOLMAN. Charakter i leczenie ostrego zapalenia szpiku kostnego. (The Lancet, Nr. 5799, r. 1934).

Ostre zapalenie szpiku kostnego stanowi lokalny przejaw schorzenia układowego (systemic infection) i jako takie powinno być leczone. We wczesnych okresach choroby należy zachować się wyczekująco, aż do chwili, gdy stwierdzi się gromadzenie wydzieliny ropnej. W większości przypadków jako zabieg początkowy wystarcza nacięcie okostny.

Jerzy F a j w l e w i c z (Łódź).

Streszczenia pojedyncze.

Patologia kliniczna i doświadczalna.

F. ROZENTHAL, I. FRIEDHEIM, R. NAGEL. **Wpływ erytrocytów na działanie insuliny.** (Klin. Woch. Nr. 31—1934).

R o s e n t h a l i B e h r e n d wykazali, że fermenty proteolityczne, zawarte w rozpadających się leukocytach i komórkach narządów, zmniejszają skuteczność insuliny. W ten sposób staje się zrozumiała czasowa oporność na insulinę w okresie infekcji ogólnej lub w przebiegu ropni, martwicy, zgorzeli i t. p. W pracy swej autorzy przeprowadzali badania nad wpływem shemolizowanych erytrocytów na insulinę. Okazało się, że osocze nie zubożnia insuliny, gdyż mieszanina osocza z małą dawką insuliny (3 jednostki), trzymana przez ½ godz. w łaźni wodnej w t° 37°C. i wstrzyknięta królikowi naczno, po 3 godzinach obniżała glikemję z 115 mg% do 25 — 32 mg% i wywoływała ciężkie objawy hipoglikemiczne; natomiast erytrocyty shemolizowane wybitnie zmniejszają zdolność insuliny do obniżania glikemji. Stąd wniosek, że zdolność do zubożniania insuliny tkwi wewnątrz krwinek; autorzy przytem spostrzegli, że krwinki shemolizowane, lecz ogrzane do 70°C tracą zdolność zubożniania insuliny. Pozatem czynnik ten wykazuje niestałość, gdyż shemolizowane krwinki po 1 — 2 dniach stają się nieczynne. Autor sądzi, że główną rolę odgrywają fermenty, zawarte w krwinkach i wyzwalamy się podczas hemolizy; fermenty te najpewniej należą do grupy proteolitycznych, analogicznie do fermentów przewodu pokarmowego, również zubożniających działanie insuliny. Jakób P e n s o n.

L. M. BAYER. **O alergji insulinowej.** (The Journ. of the Am. Med. Assoc. T. 102, Nr. 23—1934).

Autor opisuje przypadek cukrzycy, gdzie w 15 — 30 minut po wstrzyknięciu insuliny zjawiały się liczne bolesne zgrubienia i guzki skórne na całym ciele; zmiany te występowały niezależnie od gatunku insuliny. Chora oznajmiła, że przed paru miesiącami wstrzykiwała sobie insulinę i nie miała żadnych objawów skórnych. Wobec tego, że stan chorej pogarszał się i djetetyczne leczenie nie dawało poprawy, autor ponownie rozpoczął wstrzykiwanie insuliny w mniejszej dawce (5 jedn.); po 20 minutach wystąpiły silne bóle brzucha, swędząca plamista wysypka na całym ciele, biegunka i stan ogólnej zapaści. Po paru godzinach wystąpiła samoistna poprawa objawów alergicznych. Wstrzykiwanie doskórne czterech rodzajów insuliny wywoływało jednakowy silny odczyn skórny w postaci bąbla o średnicy 3 cm. Autor odczulił chorą w ciągu jednego dnia przez wstrzykiwanie co ½ godziny wzrastających dawek insuliny; odczulanie rozpoczął od 1/1000 jednostki insuliny (insulinę rozcieńczano wodą destylowaną); po ½ godzinie wstrzyknął 1/500 jednostki, aż doszedł do 5 jednostek insuliny. Odczyn skórny, na początku wybitnie dodatni stopniowo zmniejszał swe natężenie; przy dawce równej jednej jednostce insuliny odczyn był już ujemny. Wstrzykiwanie insuliny w dawce 15 — 20 jednostek następnego dnia po odczuleniu oraz w ciągu szeregu tygodni nie dawało żadnych dolegliwości ogólnych, ani objawów skórnych. Po paru miesiącach stosowania insuliny ponownie zjawiały się bąble, ale nie po każdej iniekcji, a co ważniejsze, ograniczały się tylko do miejsca wstrzyknięcia. Na uwagę zasługuje interesujący szczegół, że w okresie alergji insulina nie wpływała na obniżenie glikemji i cukromoczu; po odczuleniu zaś chorej wrażliwość ustroju na insulinę została przywrócona.

Jakób P e n s o n.

A. B. RIVERS. **Etjologia wrzodu trawiennego.** (Archives of int. med. T. 53, Nr. 1—1934).

Autor zwraca uwagę na znany z doświadczeń fakt, że błony śluzowe człowieka przy zetknięciu z nierozcieńczonym

kwasem żołądkowym, ulegają szybko owrzodzeniu; wyjątek stanowi śluzówka żołądka, która jest odporna na działanie kwasu solnego. Należy więc przyjąć istnienie szeregu czynników, które mają zdolność zmniejszania odporności śluzówki lub też przypuścić, że sok żołądkowy ulega nieznanym przemianom i energiczniej atakuje śluzówkę. Autor sądzi, że zawsze odbywa się współdziałanie czynników szkodliwych, przy czem dominującą rolę odgrywa konstytucja chorego; chorzy, bowiem, skłonni do choroby wrzodowej, odróżniają się od otoczenia swem usposobieniem, wyglądem, trybem życia i niekiedy przypominają chorych z nadczynnością tarczycy. W każdym jednak przypadku choroby wrzodowej ten lub inny czynnik szkodliwy bierze górę, a czasem w przebiegu schorzenia rola pierwszeństwa czynnika patogenetycznego ulega zmianie. Nie należy więc traktować leczenia schematycznie, lecz każdy przypadek indywidualizować. Autor opisuje szereg przypadków wrzodu żołądka i dwunastnicy, gdzie momentem etjologicznym były ogniska infekcyjne w zębach i migdałkach, a w innych — na pierwszy plan wysuwał się moment nerwowy. Zdaniem autora, układ nerwowy odgrywa główną rolę w powstawaniu nawrotów choroby wrzodowej.

Jakób P e n s o n.

H. CURSCHMANN i J. SCHIPKE. **O rodzinne występującej akromegalji i o konstytucji akromegaloidnej.** (Endokrinologie. Heft 2, 1934).

Obok całkowicie rozwiniętego obrazu akromegalji różni się t. z. konstytucję akromegaloidną, zboczenie, występujące zazwyczaj rodzinne, a cechujące się istnieniem poszczególnych cech akromegalicznych (silnie rozwinięta żuchwa, wybitne łuki nadoczodołowe, rozległe przestrzenie pneumatyczne czaszki, duży tępy nos, grube mięsiste wargi). Wśród osobników o wzmiankowanej konstytucji wyodrębniono typ wydłużony i typ szeroki (I — wysoki wzrost, długie kończyny, II — budowa ciała krępa, szerokie kończyny). Autorzy opisują przypadek akromegalji, który ujawnił się u osobnika, należącego do rodziny, u członków której występowały cechy konstytucji akromegaloidnej. Przypadek ten dowodzi, że przy *akromegaloidismus* mamy do czynienia z konstytucjonalnem zboczeniem czynności przysadki, a nie z samorodną odrębnością kośćca. W konstytucji akromegaloidnej ujawnia się dyspozycja do czynnościowego schorzenia specjalnie przedniego płata przysadki, możemy zatem mówić o dziedziczno-rodzinnej gotowości chorobowej. Jako moment wyzwalamy powstanie akromegalji należy uważać *amphimixis* t. j. zmieszanie się obydwu rodzicielskich komórek zarodkowych i kombinację obustronnych związków dziedzicznych. Stopień ciężkości zachorzenia zależy od stopnia nadczynności przedniego płata przysadki. W 40% przypadków akromegalji towarzyszy cukrzyca, która w wielu punktach różni się od prawdziwej cukrzycy trzustkowej. B o r c h a r d, H o u s s a y i B i a s o t t i, opierając się na badaniach na zwierzętach, a L u c k e na swych spostrzeżeniach klinicznych, doszli do wniosku, że w tych razach mamy do czynienia z cukrzycą pochodzenia przysadkowego. Przedni płat przysadki wydziela zapewne hormon, wpływający na przemianę materji w sposób podobny do adrenaliny. W cukrzycy typu przysadkowego stwierdzamy nadmierną wrażliwość na insulinę, słaby zaś odczyn na wstrzyknięcie adrenaliny. Rzecz prosta, że nie przy każdej nadczynności przedniego płata musi wystąpić i nadmierne wydalenie tego hormonu cukrzycowego. Działanie tego bliżej nieznanego hormonu, zdaje się, jest zgodne z centralnem ułożeniem narządu produkującego, natury ośrodkowej.

H. S z p i d b a u m.

Lecznictwo.

C. v. NOORDEN. **O djecie przeciwzapalnej.** (Klin. Woch. Nr. 14—1934).

Autor podkreśla, że w układaniu diety nie należy trzymać się żadnych szablonów, lecz ściśle indywidualizować. Ogólnie biorąc, dieta uboga w sól ma własności przeciwzapalne, przyczem szkodliwy jest głównie jon Na. Wszelkie namiastki soli zawierają mało Cl, a dużo Na, dlatego są bezwzględnie przeciwwskazane we wszystkich przypadkach, gdzie istnieje gotowość obrzękowa, np. w zapaleniach nerek, w cukrzycy; natomiast dobry skutek wywiera chlorek amonu. Zdaniem autora dieta Gersona-Hermansdorfera polega głównie na walorach kwaśnych i małej zawartości soli kuchennej. Dobre wyniki autor osiągał przy leczeniu czyrakowości nawet w przebiegu cukrzycy; nie należy przytem zbyt zwiększać dawki insuliny, która, przez przyciąganie do tkanek wody i soli, zwiększa stan zapalny zajętego czyrakiem terenu. Najlepsze wyniki stosowania diety przeciwzapalnej autor uzyskał w przebiegu nieżyty żołądka i jelit; leczenie rozpocząć należy od bardzo znacznego ograniczenia soli na 5—10 dni przy djecie skąpej kalorycznie i obfitej w węglowodany; najuboższą w jon Na jest dieta owocowa. W drugim okresie należy przejść do diety małosolnej (2—4 gr. na dobę), a 2—3 razy tygodniowo stosować dietę bezsolną. Jakób Penson.

E. SCHLIEPHAKE. **Leczenie ultrakrótkimi falami w medycynie wewnętrznej.** (Wien. kl. Woch. Nr. 41—1933).

Różne długości fal działają na rozmaite ciała chemiczne i, jak się później okazało, na rozmaite organy i rozmaite narządy w sposób odmienny i wybiórczy. Pod wpływem działania promieni krótkofalowych na ośrodek regulacji cieplnej temperatura zwierząt, użytych do badania, podnosi się o 2 stopnie. Zwierzęta takie są zresztą i później uszkodzone i często giną wskutek zapalenia płuc i opłucny, najwidoczniej wskutek usposobienia do schorzeń wskutek przeziębienia wywołanego przez trwale uszkodzenie regulacji cieplnej. Pod względem leczniczym krótkie fale działają najpewniej w czyrakach: około 400 przypadków czyraka uległo wyleczeniu przeciętnie w ciągu 4½ dni. Również karbunkuly goją się stosunkowo szybko, tak samo zastrzały. Z pośród 10 przypadków ropnia płuc wszystkie zostały wyleczone w przeciągu 17 dni do 6 tygodni. Leczenie krótkimi falami okazywało się zawsze skutecznym w ropnych zapaleniach opłucny, ropniach międzypłatowych i przewlekłych zapaleniach płuc. Z pośród 12 przypadków zapalenia szpiku kostnego, leczonych przeważnie od wielu lat bezskutecznie, 10 uległo wyleczeniu pod wpływem promieni krótkofalowych, w wielu przypadkach wyleczenie nastąpiło w ciągu kilku tygodni. W schorzeniach zębodołów (*paradentoses*) najlepszymi okazały się fale długości 6 m., w ziarniniakach — długości 4 m., tak samo w ropieniach jam obocznych nosa. Autor osiągał pomyślne wyniki również w schorzeniach ginekologicznych i procesach naczyniowo-kurczowych, jeżeli tylko ściany naczyń nie uległy ciężkim zmianom (w rozpoczynającej się zgorzeli miażdżycowej, dusznicy bolesnej, dalej w migrenie). Autor stosował naogół fale długości do 15 m.

A. Neumann (Baden — Wien).

MACFARLANE i BARNETT. **Właściwości hemostatyczne jadu węzów.** (The Lancet. No 5801, r. 1934).

Doświadczenia wykonywano na krwi z przypadków krwawiczki; używano do doświadczeń wysuszonego jadu węzów: Do 10 kropel krwi hemofilika dodawano 1 kroplę roztworu jadu 1 : 1000 w koagulometrze i porównywano czas krzepnięcia z krwią kontrolną. Najbardziej uderzające były wyniki działania jadu węża indyjskiego, *Vipera russellii*. W podanym rozcieńczeniu powodowało krzepnięcie krwi hemofilika po 17 sek., gdy kontrolna krew krzepła po 35 min., przyczem skrzep był twardy i elastyczny w przeciwieństwie do miękkie-

go, powoli tworzącego się skrzepu krwi bez dodatku jadu. Rozcieńczenie 1 : 10.000, a nawet 1 : 100.000 dawało jeszcze praktycznie wystarczający czas krzepnięcia, wynoszący około 60 sek. Ślady działania koagulacyjnego stwierdzano i przy znacznie większych rozcieńczeniach, a więc 1 : 10¹⁸. W dalszych doświadczeniach zastrzykiwano wymieniony jad w dawkach niżej minimalnej dawki śmiertelnej doskórnie i podskórnie myszom, królikom i świnkom morskim i nie stwierdzano potem ani krwawień, ani obrzęków, ani owrzodzeń, ani znamion jakiegokolwiek zniszczenia tkanek nawet w stężeniu 1 : 1000. Rozczyn 1% jadu stosowany na powierzchnię ran nie wywoływał ropienia, a przyspieszał gojenie w porównaniu ze zwierzętami kontrolnymi. Żadnych uszkodzeń wątroby, ani nerek przytem nie stwierdzano. Najmniejsza dawka śmiertelna dla człowieka wynosi 42 mgrm., czyli jest zawarta w kilku litrach roztworu 1 : 100.000. Wyniki kliniczne dotyczą 3 grup. U chorych z normalną krwią jad był stosowany 20 razy z wynikiem dodatnim, jako czynnik hemostatyczny po usunięciu zęba, po trepanie kości i w 2 przypadkach operacji brzusznych. W drugiej grupie są chorzy ze skazą krwotoczną, gdzie jad zastosowano z powodzeniem dla zatrzymania krwawienia po usunięciu zęba. Wreszcie w trzeciej grupie są chorzy z krwawiczką, gdzie jad zastosowano z wynikiem dodatnim w 2 przypadkach usunięcia zębów, w 1 przypadku krwotoku nosowego i w jednym przypadku krwawienia z rany. Wszędzie stosowano miejscowo jałowy roztwór jadu 1 : 10.000.

Jerzy Fajwlewiec (Łódź).

L. PETESCHAUER. **O stosowaniu dużych dawek Coraminy.** (9 posiedzenie lekarzy krajów alpejskich-autoreferat, 1934).

Coramina bezwątpienia należy do najsilniejszych środków pobudzających krążenie i oddech. Dzięki rozległej skali leczniczej, Coramina może być bez obawy stosowana w dużych dawkach. Kto widział działanie coraminy w porażeniu oddechu, ten odniesie niezapomniane wrażenie. Autor cytuje 2 przypadki z własnej praktyki: Ciężkie zapalenie szarej istoty rdzenia o charakterze wstępującym (typu Landry) u 20-letniego młodzieńca. Wystąpiły ciężkie zaburzenia oddychowe, na które bez wpływu pozostały sztuczne oddychanie i dożylnie podanie 0,02—0,04 lobeliny. Dopiero po dożylnym wstrzyknięciu 5ccm. Coraminy i stanie lekkiego podrażnienia, oddech pogłębia się, utrzymuje się 1—2 godzin, czyniąc zbytecznymi zabiegi sztucznego oddychania. 55-letnia kobieta zażyła 10 gramów weronalu. Przywieziono ją do szpitala w groźnym stanie: zupełna nieprzytomność, oddech Cheyne-Stokesa, źrenice nie reagują, brak odruchów. Wstrzyknięto dożylnie 5 ccm. Coraminy, poczem wystąpiło silne pobudzenie ruchowe, chora usiadła i zaczęła kichać. Po 4—5 godzinach znowu pogarsza się, wobec czego wstrzyknięto dożylnie 5 ccm. Coraminy. Przez 4 dni stan był zmienny, dopiero piątego dnia trwale poprawił się i 12-ego pacjentka opuściła oddział szpitalny.

Fr. Sienicki

KAMENETZKI. **Przyczynę do stosowania dużych dawek Coraminy w zatruciach morfiną.** (Fortschr. d. Therapie, Nr. 5, 1934).

Autor zaznacza na wstępie, że doniedawna Coramina służyła jedynie w celu poprawy krążenia i oddechu. Od czasu badania Killiana zaczęto ją stosować w dużych dawkach w zaburzeniach podczas narkozy a jednocześnie, jako środek budzący. Wreszcie dużymi dawkami Coraminy poczęto w sposób błyskawiczny ratować otrutych tlenkiem węgla, środkami nasennymi i alkaloidami. Autor podaje ciężki, przypadek zatrucia morfiną, który udało się uratować wstrzykiwaniem Coraminy. Przypadek dotyczył 44-letniego pacjenta dotkniętego wiałem rdzenia, który zażył trującą dawkę morfiny w kilku iniekcjach, aby usunąć silne bóle w kończynach dol-

nych. W $\frac{1}{2}$ godziny po ostatniej iniekcji wystąpiły groźne zaburzenia oddechowe i narządu krążenia oraz szybko postępujący zanik świadomości. Autor wstrzyknął natychmiast 5 cm. Coraminy dożylnie — oddech pogłębił się i stał się bardziej prawidłowy, tętno wybitnie poprawiło się. Po drugim wstrzyknięciu dożylnem pacjent odzyskał przytomność ku zdumieniu otoczenia. Otworzył oczy, rozpoznał obecnych, skarżył się jedynie na zmęczenie. Pacjent niebawem zasnął przy zupełnie prawidłowym oddechu. Autor uważa, że bez Coraminy przypadek ten byłby stracony.

Fr. S i e n i c k i.

E. SEHRT. Nowsze wiadomości dotyczące przebiegu tonięcia i ratowania topielców. (Deutsche Medizinische Wochenschrift Nr. 27, 1934).

Na zasadzie dotychczasowych prac wydaje się rzeczą prawdopodobną, że utrata przytomności w każdym przypadku poprzedza właściwą śmierć z utonięcia. Tonący traci przytomność wskutek nadmiernego nagromadzenia CO_2 we krwi i porażenia rdzenia przedłużonego. Wielką rolę odgrywać ma przekrwienie w obrębie jamy brzusznej, doprowadzające do anemizacji mózgu i porażenia serca, co w rezultacie powoduje pierwsze uczucie strachu. Autor podkreśla doniosłą dla ratownictwa wiadomość, że topielcy przebywający w wodzie do 15 minut w stanie nieprzytomnym mogą być jeszcze przywrócić do życia. Dlatego w praktyce, przed upływem 20 minut, topielców należy poszukiwać nurkowaniem, a nie ostreми narzędziami. Na podstawie dotychczasowego doświadczenia autor podaje szereg uwag, które należy uwzględnić przed zanurzeniem się do wody. Jeśli chodzi o przywracanie do życia topielców, to duże znaczenie przypisuje prawidłowo przeprowadzonemu sztucznemu oddychaniu z podtrzymaniem szczęki dolnej, co jest niezbędnym warunkiem, aby cel zabiegu był osiągnięty. Kolosalnym postępem w dziele ratowania topielców było wprowadzenie Coraminy do leczenia. Wstrzyknięta w ilości 5—10 cm. śródożylnie powoduje ona w sposób niemal błyskawiczny, silne pobudzenie ośrodków oddechowych i całego układu krążenia. Autor ilustruje tę niezwykłą własność Coraminy przykładami z piśmiennictwa niemieckiego i francuskiego. W konkluzji zaznacza, że Coramina w ratowaniu topielców działa o wiele pewniej, aniżeli wszystkie dotychczas znane leki i dlatego powinna ona znajdować się we wszystkich stacjach ratowniczych będących w posiadaniu publicznych kąpielisk.

Fr. S i e n i c k i.

BETZNER. Uśmierzanie bólu czopkami z Cibalgina. (D. med. Wschr. Nr. 28, 1934).

Cibalgina dotychczas stosowana była w postaci wstrzykiwań, w kroplach i tabletkach. Ostatnio ukazały się czopki, z których każdy zawiera 2 tabletki Cibalginy, co odpowiada 0,44 gr. Dimethylaminophenazonu i 0,06 g. Dialu. Preparat ten wypróbowano w 120 przypadkach na oddziale chirurgiczno-ginekologicznym i wypadkowym. Podawano go począwszy od drugiego dnia wicczorem po wszystkich niezbyt ciężkich zabiegach (*appendectomia, herniotomia, panaritium, złamanie i t. p.*), zamiast dotychczas stosowanego wstrzyknięcia morfiny. W 90% wystarczył jeden czopek, aby usunąć ból; aby otrzymać działanie nasenne podawano drugi czopek w 3 godziny po pierwszym. W $\frac{1}{2}$ godziny po wprowadzeniu drugiego czopka zjawiał się sen bez żadnych zaburzeń sercowych lub kiszgowych, ewent. nudności. Preparat posiada i tę zaletę, że unika się wstrzykiwania morfiny, która powoduje porażenie przewodu pokarmowego, czego tu zupełnie nie obserwuje się. Dobre wyniki osiągnięto w bolesnym miesiączkowaniu i schorzeniach ginekologicznych, leczonych nieoperacyjnie. To samo da się powiedzieć o bólach opłucnowych. Natomiast kamica żółciowa nie może być polem do stosowania czopków, zapewne dlatego, że wywierają one słaby wpływ na skurcz przewodów żółciowych. Do tego celu lepiej nadają się domięśni-

we lub dożylnie wstrzykiwania Cibalginy. Silne bóle głowy wskutek wstrząsu mózgu i pęknięcia czaszki szybko ustępowały. Tylko w 2 przypadkach nie było pełnego efektu. W przewlekłych schorzeniach kostnych i reptynych zapaleniach stawów otrzymywano doskonale wyniki z czopkami, przez co unikało się wstrzykiwania morfiny. Autor konkluduje, że ta nowa postać Cibalginy nie wywołuje żadnego przyzwyczajenia—jest doskonale znoszona i nie ma szkodliwych następstw.

Fr. S i e n i c k i.

Choroby krwi i narządów krwiotwórczych.

E. B. CRAVEN. Ożespolę Felty. (The Journ. of the Am. Med. Assoc. T 102, Nr. 11—1934).

Autor opisuje przypadek o przebiegu analogicznym do t. zw. zespołu F e l t y, polegającego na przewlekłym schorzeniu stawów, powiększeniu śledziony i leukopenji. Dokonano wycięcia śledziony; po paru tygodniach wystąpiła znaczna poprawa. Po pewnym jednak czasie objawy chorobowe powoli zaczęły wracać; ponownie wystąpiły silne bóle stawów oraz leukopenja. Podobnie do przypadków F e l t y notowano stałą eozynefilję. Pozatem autor stwierdził upośledzoną tolerancję węglowodanów po obciążeniu glukozą.

Jakób P e n s o n.

F. SALUS, F. REIMANN. Przyczynę do patogenezy zmian rdzeniowych w przebiegu niedokrewności złośliwej. (Klin. Woch. Nr. 27—1934).

Na wstępie autor podkreśla znany fakt, że natężenie zmian rdzenia w przebiegu an. zł. niezależne jest od ciężkości zmian we krwi obwodowej. Pierwszą część pracy autorów dotyczy szeregu przypadków powróżkowatego zajęcia rdzenia, o cechach szybko rozwijającej się sprawy chorobowej, bez anemji złośliwej. We wszystkich przypadkach stwierdzono zupełny brak wolnego kwasu solnego w soku żołądkowym, nawet po śniadaniu alkoholowym i po wstrzyknięciu histaminy. Autorzy u wszystkich tych chorych przeprowadzali badania na obecność czynnika C a s t l e a w soku żołądkowym; w tym celu trawili świeżą wątrobę zwierzęcą sokiem żołądkowym chorych; mieszaninę tę stosowano w dawce 20 gr. dziennie chorym z anemją złośliwą; okazało się, że we wszystkich przypadkach tak spreparowana wątroba wywoływała potężne działanie krwiotwórcze u chorych z an. zł.; stąd wniosek, że u badanych chorych ze zmianami powróżkowatymi rdzenia, pomimo bezwzględnej, bo histaminoopornej achylji czynnik C a s t l e a występował w dostatecznej ilości. Natomiast w 7 przypadkach niewątpliwiej an. zł. powiklanej zajęciem rdzenia, nie stwierdzono ani razu obecności czynnika C a s t l e a. Stąd wniosek, że jedynie w tych przypadkach powróżkowatego zajęcia rdzenia, którym towarzyszy an. zł., stwierdza się brak czynnika C a s t l e a. Wobec tego, że często w an. zł. nie dochodzi do wyraźnych zmian rdzeniowych, pomimo długotrwałości schorzenia, autorzy sądzą, że czynnik C a s t l e a nie odgrywa żadnej roli w powstawaniu zmian rdzeniowych. Autorzy przyjmują, że zmiany rdzeniowe stanowią samodzielny proces chorobowy, pozostający w łączności z bezwzględną bezsocznością, przemawiająca za tem występowanie schorzeń powróżków rdzenia bez anemji złośliwej po wycięciu żołądka; stąd wniosek, że zajęcie rdzenia jest podobnie do an. zł. chorobą, zależną od braku fermentu, podobnego do czynnika C a s t l e a; ferment ten, być może, odgrywa ważną rolę w trawieniu substancji lipidalnych i dba o odbudowę układu centralnego nerwowego, a w pierwszym rzędzie — rdzenia kręgowego. Autorzy proponują trawić sokiem żołądkowym i żółcią substancje obfite w lipoidy; tą drogą dążą do wyzwolenia nieznanego czynnika, chroniącego rdzeń kręgowy przed zniszczeniem; czynnik ten auto-

rzy nazywają „neurogenem“, analogicznie do „hemogenu“, którego brak powoduje an. złośliwą. Jakób P e n s o n.

F. REIMANN, F. FRITSCH. **Leczenie anemii złośliwej metodą kombinowaną.** (Klin. Woch. Nr. 26—1934).

Autorzy dowiedli, że przez zadziaływanie na świeżą wątrobę sokiem żółtkowym zdrowej osoby, osiąga się znacznie skuteczniejszy wpływ leczniczy wątroby w przebiegu anemii złośliwej; zamiast zwykłej dawki 250 — 500 gr. dziennie wystarcza 10 — 20 gr. wątroby, trawionej sokiem żółtkowym. Należy więc przyjąć, że w wątrobie, oprócz czynnej substancji przeciwanemicznej, znajduje się czynnik inny, ulegający aktywacji przez sok żółtkowy, nazwany przez autorów „hämo-gen“. Ogrzanie soku żółtkowego do 70 — 80° sprawia, że wątroba tym sokiem trawiona, nie wykazuje wzmoczonej skuteczności przeciwanemicznej. Jestto ten sam proces, jaki C a s t l e wykrył przy trawieniu mięsa sokiem żółtkowym osoby zdrowej. Wiadomo, że sok żółtkowy osób chorych na anemię złośliwą nie zawiera t. zw. czynnika wewnętrznego C a s t l e a; dlatego też chory z anemią złośliwą niema zdolności zaktywowania „hämogenu“ spożywanej wątroby, lecz wyzyskuje jedynie bezpośredni czynnik przeciwanemiczny, zawarty w wątrobie w nieznacznej ilości. Leczenie wątroba jest drogie i trudne do przeprowadzenia. Autorzy wprowadzili do lecznictwa preparat „hemapult“, w granulach, tani i łatwy do przyjmowania, otrzymany ze śluzówki żółdka i wątroby. Autorzy podają wyniki stosowania preparatu w 27 przypadkach an. zł. Okazało się, że 10 gr. hemapultu działa równie skutecznie jak 300 gr. wątroby. Skuteczność hemapultu nie zależy od sumarycznego działania wątroby i śluzówki żółdka, gdyż ogrzanie śluzówki żółdka do 70°C idzie w parze z utratą właściwości leczniczych hemapultu. Autorzy sądzą, że nowa metoda leczenia ma przewagę nad terapią substytucyjną, gdyż niejako naśladuje normalny proces fizjologiczny. Hemapult jest zdaniem autorów, ukończeniem prac M i n o t i M u r p h y oraz badań C a s t l e a i stanowi niejako syntezę myśli wymienionych wielce zasłużonych badaczy. Jakób P e n s o n.

H. VAQUEZ, M. MONQUIN. **Leczenie erytremii fenyldryazy.** (La Pr. Médicale Nr. 53 — 1934).

Materiał autorów obejmuje 10 przypadków erytremii leczonych skutecznie fenyldryazą. Autorzy przekonali się, że należy unikać gwałtownego obniżania liczby erytrocytów; im gwałtowniejsza jest hemoliza, tem większa występuje leukocytoza, która jednocześnie jest miernikiem dawkowania fenyldryazy. Na początku leczenia chorzy odczuwają zmęczenie; po paru jednak dniach występuje wyraźna poprawa podmiotowa oraz przedmiotowa. W trakcie leczenia mogą występować powikłania w postaci anemii, żółtaczki i zakrzepów żylnych; autorzy sądzą, że przy umiejętnym dawkowaniu unika się wszelkich powikłań. Dawkować należy bardzo ostrożnie, gdyż rozpiętość między dawką leczniczą i toksyczną jest nieznaczna i pozatem każdy organizm może na tę samą dawkę fenyldryazy odmiennie zareagować. Autorzy stosują dziennie 0.05 — 0.1 gr. chlorowodoru fenyldryazy, po 3 dniach zwiększają dawkę o 0.05 gr., jeśli hemoliza była nieznaczna. Leukocytoza zwiastuje nagłą deglobulizację, zależną od kumulacji leku. Leczenie należy przerwać, kiedy ilość erytrocytów spada do 5 milionów w mm.³ Po leczeniu „ostrem“ autorzy stosują co tydzień przez 2 — 3 dni od 0.1 do 0.2 gr. fenyldryazy pod ścisłą kontrolą krwi. W ten sposób niektórzy chorzy są leczeni przez autorów w ciągu 6 lat. Niekiedy po dłuższym okresie stosowania fenyldryazy można dawki zmniejszać, a niekiedy nawet zupełnie leczenie przerwać, nie pogarszając stanu chorego. Autorzy sądzą, że umiejętnie

przeprowadzone leczenie erytremii fenyldryazą oddaje cenne usługi. Jakób P e n s o n.

Choroby nerwowe i psychiczne.

RIZZO Carlo. **Rozważania na temat stosunku ciśnienia płynu mózgu-rd. oraz ciśnienia krwi.** (Rev. Neur. T. I. Nr. 6, 1933).

Nadciśnienie krwi przez wielu uważane jako wada czynności ośrodków roślinnych wskutek nadciśnienia wewnątrzczaszkowego. Powołują się oni na dodatni wpływ, jaki wywiera nakłucie lędźwiowe na stan hipertensji zwłaszcza okresowej. Sprzeciwia się temu mniemaniu inna grupa autorów, twierdząc, że w przypadkach wodogłowia ciśnienie krwi pozostaje normalne. Skłonni oni są raczej odwrócić tezę i dopatrywać się przyczyny nadciśnienia wewnątrzczaszkowego w hipertensji krwi. Ta ostatnia ma powodować już to obrzęk tkanki, już nadprodukcję płynu. Trzecia wreszcie opinia brzmi, że wodogłowie jest wynikiem zastoiny żylny, nie zaś tętniczej. Liczne spłoty żyłne w obrębie tkanki mózgowej w stanie przepełnienia powodują nadciśnienie płynu. Autor wziął sobie za zadanie zbadać wpływ wypuszczania płynu mzg.-rdz. na ciśnienie krwi żyłnej oraz tętniczej. Nakłucie lędźwiowe było dokonywane w pozycji siedzącej, ciśnienie mierzone aparatem S e e l i g e r a, drożność kanału — sprawdzana metodą Q u e c k e n s t e d t a, ciśnienie krwi — aparatem V a q u e z - L a u b r y e g o, ciśnienie żyłne przy pomocy igły, wpuszczonej do żyły na zgięciu łokcia i połączonej z manometrem C l a u d e a. Badaniu poddano 13 przypadków, dotkniętych już nadciśnieniem krwi, już płynu m.rdz. Na podstawie tych badań autor wypowiada mniemanie, że niezawsze oba zjawiska idą równolegle: przy niskim ciśnieniu żylnym może istnieć wysokie ciśnienie płynu. Upust płynu wpływa również różnie na ciśnienie krwi: w jednej grupie powoduje spadek ciśnienia żylnego i tętniczego. W drugiej — spada ciśnienie tętnicze maksymalne, lecz za to wzrasta minimalne. W trzeciej wreszcie pozostaje bez wszelkiego wpływu. Autor musi jednak przyznać, że u wielu badanych osobników z nadciśnieniem płynu układ krwionośny był specjalnie czuły na sposób ciśnienia po nakłuciu lędźwiowym. Tak iż zależność nadciśnienia krwi od ciśnienia wewnątrzczaszkowego nie jest wykluczona. Dalsze badania w tym kierunku są niezbędne. N. Z. Z.

W. M. BOOTHBY. **Myasthenia gravis, wynik leczenia glikokolem i efedryną; doniesienie trzecie.** (Arch. of Intern. Med., 1934, 53 t., Nr. 1).

Przed r. 1930 nie było żadnych metod leczenia myastenji. Pani E d g e w o r t h wprowadziła wtedy efedrynę, T h o m a s, M i l h o r a t i T e c h n e r dwa lata później glikokol. Autor obserwował w klinice M a y o 12 przypadków myastenji, w których stosował efedrynę i glikokol. Efedryny dawano 3 razy dziennie po 0.02, glikokolu 20 — 30 g. dziennie, później ew. mniej. Tylko 2 pacjenci nie wykazali poprawy, 1 zmarł z przyczyn, nie będących w bezpośrednim związku z myastenją. W pozostałych przypadkach poprawa była wyraźna, w 4 wybitna. Wyleczenia uzyskać jednakże nie można, odstawienie leków powoduje szybkie pogorszenie. W 1-yim przypadku efedryna wywołała pogorszenie, trzeba było poprzestać na samym glikokolu. Dr. E d g e w o r t h, która sama cierpi na ciężką myastenję, wykazała znaczną poprawę po efedrynie, której glikokol nie powiększył. Autor zwraca uwagę na to, że myasthenia gravis jest znacznie bardziej rozpowszechnioną chorobą niż to się ogólnie przyjmuje. H. M a k o w e r (Łódź).

Streszczenia pojedyncze.

Zagadnienia ogólne.

G. KAMINER. **Znaczenie rozpoznawcze szczepiennej próby Freunda-Kaminera w djagnostyce raka.** (Wien. kl. Woch. Nr. 52/1934).

Wśród 261 przypadków raka, rozpoznanego z pewnością za pomocą badania histologicznego, 252 odpowiadało dodatnio na szczepienną próbę *Freunda-Kaminera*, 9 zaś dało wynik ujemny, t. zn. w 96,5% przypadków rozpoznanie było prawidłowe, w 3,5% przypadków — błędne.

A. Neumann (Baden-Wien).

LAKIN. **Zaburzenia ciepłoty ciała.** (The Lancet, Nr. 11/II, 1934).

Bezpośrednio ciepłota ciała związana jest z przemianą materji. Ciepłotę ciała reguluje ośrodek nerwowy, mieszczący się w *hypotalamus*. Ośrodek ten odpowiada na podniecie, którą stanowi ciepłota omywającej go krwi; gdy przekracza ona normę, zostają uruchomione urządzenia obniżające ciepłotę i odwrotnie. Tarczyca i nadnercze wpływają poprzez układ spółczulny na przemianę materji i razem stanowią t. zw. aparat humoralny dla regulacji ciepłoty ciała. Ośrodek cieplny jest grupą komórek nerwowych, stanowiących centralne połączenie n. spółczulnego. Podczas ćwiczeń mięśniowych ilość wytwarzanego ciepła podnosi się o 200 — 300%, mimo to ciepłota ciała nie podnosi się. W warunkach zakażenia podwyższona ciepłota jest wynikiem działania 2 momentów: wpływ toksyczny organizmu, którego inwazja powoduje infekcję, oraz odporność organizmu, dotkniętego infekcją. Ciepłota ciała jest odwrotnie proporcjonalna do spółczynnika opsonicznego krwi. Jeżeli aseptyczne ropienie idzie w parze z podwyższeniem ciepłoty, zależy ono od wchłaniania wytworów autolitycznych.

Jerzy Fajlewicz (Łódź).

Fizjologia normalna i patologiczna.

B. de RUDDER, K. ROMEYKE, W. TONACK. **Eozynofilia okresowa.** (Klin. Woch. Nr. 5 - 1934).

W ustroju żywym zachodzą pewne zmiany w zależności od pór roku; autor omawia szereg zmian stwierdzanych we krwi w różnych porach roku, np. zawartość fosforanów wapnia we krwi i t. p. Pobudliwość układu roślinnego nerwowego najpewniej również podlega wahaniom bioklimatycznym; miarą zmienności tej pobudliwości jest między innymi eozynofilia krwi obwodowej. Materiał obejmuje 33 przypadki; okazało się, że największa eozynofilia występuje w styczniu, najniższa — w lecie. Aby sprawdzić, czy okresowa eozynofilia nie zależy od zawartości w atmosferze promieni ultrafioletowych, autorzy robili odpowiednie doświadczenia na zwierzętach, trzymanych w cieniu lub naświetlanych lampą kwarcową. Okazało się, że naświetlanie nie wpływało na eozynofilję; natomiast na początku zimy eozynofilia znacznie wzrosła, a po trzech miesiącach ponownie zaczęła obniżać się zarówno u zwierząt trzymanych w cieniu, jak i naświetlanych lampą kwarcową.

Jakób Pennson.

J. LERMAN i W. T. SALTER. **Czynność kalorygeniczna tarczycy i niektórych jej czynnych składników.** (Endocrinology, May—June 1934).

Dzięki badaniom chemicznym w ostatnich dwóch dziesięcioleciach udało się wyodrębnić dwieście określone frakcje tarczycy. Pierwsza, tyroksyna, wykazuje wyraźne działanie wzmagające przemianę spoczynkową, druga zaś, diiodotyrozyna, podawana w stanie czystym, nie wywołuje odpowiedzi kalorygenicznej u chorych z obrzękiem śluzakowatym. Zgodnie z powyższym ustalili się poglądy, że jedynie frakcja tyroksynowa (nierozpuszczalna w kwasach) posiada znaczenie kalorygeniczne,

mimo iż odpowiada tylko jednej trzeciej całej zawartości jodu. Ustalono tedy, że dla celów farmaceutycznych przetwory tarczycowe należy określać biorąc, jako podstawę, zawartość tyroksyny. Gdy *Harrington i Salter*, poddając tarczycę hydrolizie proteolitycznej otrzymali tyroksynę jako związek peptydowy, autorzy ci wywnioskowali, — że to właśnie w tej postaci tyroksyna występuje w tarczycy, powodując wszystkie objawy fizjologicznej czynności tego gruczołu. Dla sprawdzenia tej hipotezy autorzy przeprowadzili badania porównawcze nad czynnością kalorygeniczną tyroksyny, w postaci polipeptydu i całego gruczołu tarczycowego. W ostatecznym wyniku swych badań autorzy dochodzą do wniosku, że dla stopnia aktywności danego przetworu nie ma znaczenia ani jego struktura chemiczna, ani czynność optyczna, jedynie zaś tylko zawartość jodu w danym ciecie (krystaliczna tyroksyna jest związkiem racemicznym, tyroksyna w postaci polipeptydu jest optycznie czynna). Pepton tyroksynowy, otrzymany ze strawienia ludzkiej tyroglobuliny, wywołał w dwóch przypadkach wzmożenie przemiany postawowej odpowiednio do zawartości jodu, diiodotyrozyna zaś nie dawała żadnego efektu metabolicznego. Stąd wniosek, że diiodotyrozyna dopóty wywiera działanie kalorygeniczne, dopóki stanowi część składową cząsteczki tyroglobulinowej.

H. Szpidbaum.

MARANON, COLAZO, CAETAN i RODA. **Wpływ hormonu kory nadnerczy na wydalenie cholesterolu z żółcią.** (Endocrinology, May—June 1934).

Z poprzednich prac wymienionych autorów madryckich nad poziomem cholesterolu we krwi w przebiegu schorzeń nadnerczy wynika, iż w przypadkach niedomogi tych gruczołów stwierdza się niski poziom cholesteroliny, w nadczynności nadnerczy zaś występuje hipercholesterynemja. Wstrzyknięcie hormonu kory nadnerczy wywołuje w większości przypadków znaczne wzmożenie cholesterynemji, — utrzymujące się od 30 do 60 minut. Większość cholesteroliny, zawartej we krwi, zostaje wydzielona wraz z żółcią — zawartość cholesteroliny w żółci, uzyskanej przy pomocy sondowania wynosi 0.2 do 0.3%. Liczby te znacznie wznoszą się wraz ze wzmożeniem cholesterynemji, co jest zrozumiałe, gdyż drogi żółciowe jako narządy wydalinicze spełniają jednocześnie rolę regulatora poziomu cholesteroliny we krwi. Przy zacpowaniu dróg żółciowych cholesterynemja wybitnie wzrasta — środki żółciopędne wartości te obniżają. Zdaniem *Levy'ch* przetwory tarczycowe obniżają cholesterynemję i dlatego autorzy ci zalecają podawanie tarczycy w chorobach, przebiegających z hipercholesterynemją, jak np. miażdżyca. *Parhoni i Ghertha* oraz *Leites i Isabolinska* stwierdzili, że tyroidea zwiększa stężenie cholesteroliny w żółci (rola nadczynności tarczycy w powstawaniu *cholelithiasis*). Doświadczenia autorów dotyczyły 6 chorych ludzi i 5 psów, którym wstrzykiwali hormon korowy nadnerczy, a następnie określali zawartość cholesteroliny we krwi i w żółci. Badania te wykazały, że hormon ten zwiększa cholesterynemję (max. po 1/2 godz.) oraz stężenie cholesterolu (max. po 1 — 2 godz.), w żółci.

H. Szpidbaum.

DODDS, NOBLE i SMITH. **Uszkodzenie żołądka przez wyciąg z przysadki.** (The Lancet, Nr. 5800, r. 1934).

Wyciąg z przysadki dla doświadczeń otrzymano podług metody *Dodds i Dickensa* (aceton, kwas pikrynowy). Użyto tych samych ilości odczynników w stosunku do wagi przysadki, jak przy otrzymywaniu insuliny z trzustki. Z każdego kilograma gruczołu otrzymywano 2—4 grm. białego proszku rozpuszczalnego w wodzie. 150 mgr. tego proszku rozpuszczano w 1 ccm. wody i ilość tę wstrzykiwano podskórnie

królikowi wagi 2 — 3 kg. U zwierzęcia po zastrzyknięciu stwierdzamy ospałość, przyspieszony płytki oddech, przyspieszoną akcję serca. W większości doświadczeń objawy te znikały po 3 godzinach, czasami zwierzę wśród tych objawów ginęło. W ciągu następnych 7-miu dni zwierzęta nie przyjmowały pokarmu, traciły szybko na wadze, miały ciemne wskazujące na zawartość zmienionej krwi wypróżnienia. Po 7—10 dniach i te objawy mijały, i zwierzę wracało do zdrowia. Jeżeli zwierzę zabijano 15 godzin po zastrzyknięciu, znajdowano zmiany jedynie w żołądku, mianowicie, ciężkie objawy *gastritis*. Ale i tu zmiany dotyczyły tylko dna żołądka: powierzchnia śluzówki czerwona, pokryta wysiękiem włóknikowym; sama ściana w tym miejscu obrzękła, przypomniała wyglądem obraz zatrucia truciznami żrącymi, wprowadzonemu doustnie. Mamy więc zmiany tylko w części żołądka, wydzielającej kwas solny. Wykonano 40 doświadczeń z identycznym wynikiem. Podobne działanie stwierdzono u myszy, szczurów i morskich świnek. Dla kontroli wstrzykiwano w ten sam sposób otrzymane wyciągi z wątroby, śledziony, nerek, mózgu i łożyska z wynikiem ujemnym. Autorzy dochodzą do wniosku, że tylny płąt przysadki produkuje substancję, powodującą ciężkie uszkodzenie części żołądka, wytwarzającej kwas solny. Działa ona również przy podaniu doustnym. Dotychczas wyodrębnione hormony tylnego płata przysadki nawet w dużych dawkach nie rozwijają podobnego działania, chodzi więc o substancję od nich odrębną. W toku są badania nad właściwościami chemicznymi i sposobem działania omawianej substancji oraz wyjaśnienie, czemu w dawkach małych rozwija działanie fizjologiczne.

Jerzy Fajwlewiec (Łódź).

Patologia kliniczna i doświadczalna.

M. B. STRAUSS. O roli przewodu pokarmowego w etiologii niedokrewności złośliwej, pellagry i zapalenia nerwów. (The Journ. of the Am. Med. Assoc. T. 103, Nr. 1—1934).

Wiek 19-ty wysunął na czoło wszelkich zagadnień w medycynie bakterje, pasorzyty lub toksyny, jako źródło wszelkich chorób. Dziś znamy t. zw. choroby z „braku“ (deficiency). do których w pierwszym rzędzie należą awitaminozy. Autor w swej pracy porusza zagadnienie powstawania chorób z „braku“ pomimo właściwej diety i dostatecznego dowożu ilościowego i jakościowego pokarmów; w tych schorzeniach główną rolę patogenetyczną odgrywiają zaburzenia przewodu pokarmowego. Zdaniem autora, anemja złośliwa niezawsze powstaje wskutek braku w żołądku chorego t. zw. czynnika wewnętrznego *Castlea*; badania i obserwacje wielu autorów wykazują, że an. zł. lub stany do niej podobne rozwijają się w warunkach złego wchłaniania się pokarmów w jelitach wskutek różnych spraw chorobowych. Np. *Schlesinger* opisał przypadek an. zł. u chorego ze zwężeniem jelit; badanie soku żołądkowego wykazało dostateczną zawartość czynnika *Castlea*. Autor opisuje trzy przypadki an. zł. u osób ze zmianami zrostowymi i przewężeniami w jelitach. Do chorób z „braku“ należy zapalenie nerwów u alkoholików, u ciężarnych i w przebiegu beri-beri. Autor przekonał się, że podawanie witaminy B₂ wywołuje znaczną poprawę w zapaleniu nerwów u alkoholików, pomimo dalszego podawania alkoholu w dużych dawkach. Autor zwrócił uwagę na podobieństwo *polyneuritis* u ciężarnych do beri-beri; w 3 przypadkach zapalenia nerwów u ciężarnych uzyskał wyleczenie przez stosowanie dużych dawek witaminy B₂. Zarówno u alkoholików wskutek niedożywienia przewodu pokarmowego, częstych wymiotów, jak i w ciąży (głównie po uporczywych wymiotach), warunki wchłaniania z przewodu pokarmowego są upośledzone, stąd możliwość rozwinięcia się choroby „z braku“.

Jakób Pensón.

Choroby serca i naczyń.

CAMPBELL i SUZMAN. Trzepotanie przedsionków z czasowym powrotem do normalnego rytmu po 6 latach. (The Lancet, N. 5800, r. 1934).

Trzepotanie przedsionków z blokiem 1 : 1 spostrzega się rzadko; powrót zaś normalnego rytmu po kilkuletnim trwaniu trzepotania jest zjawiskiem bardzo rzadkiem. Omawiany przez autorów przypadek cechują oba te zjawiska. Gościec w 6, 8 i 12 roku życia. W 40 roku życia pierwsze objawy choroby serca — objawy niewyrównanej wady aortalnej i mitralnej, trzepotanie przedsionków z blokiem 2 : 1. Po naparstnicy szybka poprawa podmiotowa, odtąd chroniczne digitalizowanie. Po roku próba przywrócenia normalnego rytmu chinidyną bez efektu. Ogółem trzepotanie przedsionków trwało przez okres 7-miu, a może i 9-ciu lat. Przeważnie chora miała blok 2 : 1 lub 3 : 1, jednak często o charakterze napadowym występował blok 1 : 1 przy 212 do 230 skurczach przedsionkowych. Po 6-letnim stwierdzonym trwaniu trzepotania przedsionków przy tych samych dawkach naparstnicy wrócił normalny rytm i trwał przez 3 miesiące.

Jerzy Fajwlewiec (Łódź).

PARKINSON i HOYLE. O nadciśnieniu tyreotoksycznym. (The Lancet, N. 5800, r. 1934).

Miano „nadciśnienie tyreotoksyczne“ znajduje zastosowanie u pewnej grupy chorych ze zwiększonym parciem krwi, u których stwierdza się również objawy tyreotoksyczne, szczególnie tachikardję oraz przewlekłe wole, które zwykle bywa przeoczone. Dotyczy to przeważnie kobiet pomiędzy 45 a 65 rokiem życia, chudych, bardzo pobudliwych, łatwo się męczących przy wysiłku. Liczba tętna wynosi zwykle 90 — 110, parcie skurczowe krwi 170 — 240, często niskie parcie rozkurczowe, a więc duże *pressio pulsus*. Czasami napadowe drżenie przedsionków, które może pozostać na stałe. Powiększenie gruczołu tarczowego może być nieznaczne, czasami nawet wątpliwe, rzadko również jako *struma substernalis*. W każdym więc przypadku zwiększonego parcia krwi, zwłaszcza, gdy towarzyszy mu drżenie przedsionków z objawami, ale i bez objawów niedomogi mięśnia sercowego, należy specjalną uwagę zwrócić na gruczoł tarczowy i badać w kierunku tyreotoksykozy. Hipertensja tyreotoksyczna stwarza specjalne wytyczne dla postępowania leczniczego. Wyciągi z tarczycy są przeciwwskazane. Przy stosowaniu preparatów jodu musi być wzięty pod uwagę ewentualny wpływ jodu na gruczoł tarczowy. Częściowa tyreodektomia czasami łagodzi objawy chorobowe, zapobiega lub usuwa drżenie przedsionków, które przecież skłoni wywołuje wczesną niedomogę serca. Częstość spółistnienia tyreotoksykozy i podwyższonego parcia krwi budzi podejrzenie w kierunku związku przyczynowego pomiędzy obiema temi sprawami (hipertensja tyreogenna).

Jerzy Fajwlewiec (Łódź).

C. S. BECK, E. H. CUSHING. Klinika i możliwości chirurgiczne w leczeniu zespołu Picka. (The Journ. of the Am. Med. Assoc. T. 102, N. 19, 1934)

Autorzy dokładnie opisują przebieg kliniczny ostrego i przewlekłego wzmocnienia ciśnienia w worku osierdžia. W ostrym przebiegu, zależnym przeważnie od nagromadzenia się krwi w osierdziu wskutek ran, należy jaknajszybciej operować. Zwracają uwagę, że przewlekły obraz wzrostu ciśnienia w osierdziu powstaje wskutek różnych procesów, toczących się w osierdziu, obraz kliniczny jednak jest prawie jednolity. Prócz objawów klinicznych, klasycznie opisanych przez *Picka*, rolę ważną w rozpoznaniu odgrywiają wyniki badań dodatkowych, jak wzrost ciśnienia żylnego, spadek ciśnienia tętniczego, obniżenie rzutu minutowego serca, krzywa elektrokardiograficzna oraz obraz *Roentgena*. Autorzy opi-

suja 9 przypadków choroby P i c k a; w 6 przypadkach dokonano zabiegu chirurgicznego na worku osierdziowym; zwolniono serce od barjery, jaką stanowił dla krążenia krwi proces chorobowy, toczący się lub już przebrzmiały w osierdziu. Poprawa krążenia po operacji była b. dobra i trwała, chorzy wrócili do czynnego życia. Jakób P e n s o n.

K. PASCHKIS. **Anemja i dusznica bolesna.** (Klin. Woch. N. 21—1934).

Nowe poglądy na powstawanie napadów dusznicy bolesnej przypisują ważną rolę zapotrzebowaniu tlenu przez mięsień sercowy; wobec tego, że dopływ tlenu zależy od wielu czynników, istnieją liczne okoliczności sprzyjające wystąpieniu napadu dusznicy bolesnej. Między innymi brak tlenu w miejscowościach wysokogórskich też wywołuje napady stenokardji. Autor spostrzegł, że dusznica bolesna i pokrewne jej stany często występują w przebiegu różnego rodzaju niedokrewności, gdzie dowóz tlenu do serca jest zmniejszony spowodu spadku ilości hemoglobiny we krwi. Poprawa lub wyleczenie anemji przerywa napady dusznicy bolesnej. Autor opisuje szereg przypadków anemji złośliwej z napadami dusznicy bolesnej; po wyleczeniu anemji preparatami wiatroby, chorzy wykazali znaczną poprawę objawów sercowych.

Jakób P e n s o n.

H. KALK. **Nadciśnienie napadowe i guz rdzenia nadnercza.** (Klin. Woch. N. 17—1934).

Autor opisuje przypadek dotyczący chorej, która od 9 lat cierpi na napady bicia serca, bólów za mostkiem; chora staje się bardzo błąda, żrenice rozszerzone, glikemja i ciśnienie krwi znacznie wzrasta; stan taki trwa 3 — 6 godzin. Praca fizyczna prowokowała napad. W okolicy prawej nerki stwierdzono duży guz; obmacywanie guza również powodowało wystąpienie napadu nadciśnienia krwi. Autor rozpoznał guz rdzenia nadnercza, co zostało potwierdzone w czasie zabiegu operacyjnego. Jestto pierwszy tego rodzaju przypadek rozpoznany za życia. Badanie chemiczne wykazało zawartość dużej ilości adrenaliny w guzie (do 500 mg; normalnie w obu nadnerczach 4,2 mg.); pomimo tak dużej ilości adrenaliny nadciśnienie nie było stałe, lecz przebiegało napadowo. Należy przyjąć, że w ustroju istnieje jakiś mechanizm, regulujący wytrącanie adrenaliny z nadnerczy do obwodu. Na uwagę zasługuje spostrzeżenie, że napady występowały o tej samej godzinie w nocy, co przemawia za rolą układu wegetacyjnego w regulacji adrenalinemji. Autor sądzi, że t. zw. przełomy P a l a być może zależą od guza lub nadczynności rdzenia nadnerczy.

Jakób P e n s o n.

Choroby przemiany materji i gruczołów wewnątrzwydzielniczych.

BYRON. **Stosowanie płynów w leczeniu zaniedbanych przypadków śpiączki cukrzyczej.** (The Lancet, Nr. 9, 1934 r.).

Przypadki śpiączki cukrzyczej przybywają czasami do szpitala w stanie rozpaczliwym, przeważnie z następującymi wywiadami: początkowo skargi na nudności, wymioty, bóle brzucha, upośledzone łaknienie, nieznaczne podwyższenie ciepłoty; w obawie, że chodzi o hipoglikemję, otoczenie odstawia insulinę. Chorzy ci przybywają do szpitala, mając prócz duszności, glikozurji i ketozy jeszcze objawy ciężkiej zapaści krążeniowej, której towarzyszy, a może i spowodowało znaczne odwodnienie. Momenty, prowadzące do odwodnienia: 1) zaburzenie przemiany wodorów węgla i tłuszczów idzie w parze z zaburzeniem przemiany wodnej; 2) odwodnienie towarzyszy kwasicy ketonowej; 3) wielomocz dla utrzymania ciężaru właściwego moczu w granicach wahań fizjologicznych; 4) *hyperpnoë* prowadzi do zwiększenia *perspiratio insensibilis* przez płuca; 5) wydalanie płynu, uwolnionego nakutek destrukcji komórek; 6) wymioty; 7) zmniejszona podaż płynu *per os* z powodu zaburzenia *sensorium*. Organizm ludzki to

zbiorowisko komórek, zanurzonych w środowisku solnem. Płyn wewnątrzkomórkowy, luźno związany z koloidalną zarodzią, zawiera głównie elektrolit K; zewnątrzkomórkowy (+ osocze krwi) swobodnie krążący, dość ubogi w białko, zawiera głównie elektrolit Na. Metabolizm elektrolitów stanowi o t. zw. środowisku wewnętrznym (*milieu intérieur*). Przy utracie płynu traci ustrój proporcjonalne ilości Na i K; normalne procesy życiowe wymagają stałego stosunku Na i K w płynach ustrojowych. Stąd podanie tylko wody w śpiączce jest niecelowe; może nawet spowodować t. zw. zatrucie wodne. Celowe więc jest obok podawania insuliny i glukozy (wpływ na przemianę wodną w sensie retencji wody) stosowanie roztworów elektrolitów. Schemat: chory musi być ciepło okryty (jak przy wstrząsie); nie otrzymuje ławatyw; 50 — 100 jednostek insuliny dożylnie i zaraz potem 500 ccm. ogrzanego fizjologicznego roztworu soli kuchennej dożylnie (powoli zastrzykiwać); potem w ciągu 24 godz. *per os* 500 g. glukozy w 2 litrach 0.5% roztworu soli kuchennej, w równych porcjach co godzinę oraz równocześnie podskórnie odpowiednią ilość insuliny, zwykle 10 — 20 jedn. co godzinę, aż cukier we krwi, kontrolowany również co godzinę, spadnie do normy. Elektrolitu K nie podajemy, ponieważ droga do wnętrza komórki prowadzi przez płyn zewnątrzkomórkowy, gdzie K wpływałby ujemnie na mięsień sercowy.

Jerzy F a j w l e w i c z (Łódź).

O. L. E. RAADT. **Znaczenie alkalizacji w leczeniu śpiączki cukrzyczej.** (Wien. kl. Woch. Nr. 20/1933).

Autor wyraża żal, że stosowane dawniej podawanie dużych dawek zasad w śpiączce cukrzyczej zostało od ery insulinowej zarzucone. Jest bardzo ważne zarówno ze względów teoretycznych, jak i praktycznych łączenie obu metod.

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

F. KERTI. **Wpływ wątroby, splenotratu i ventraemonu na poziom cukru we krwi.** (Wien. kl. Woch. Nr. 18/1933).

Przy badaniach stwierdziła autorka u osób z prawidłową przemianą materji podniesienie poziomu cukru we krwi, u cukrzycowców chorych bądź podniesienie, bądź spadek. Przy codziennym podawaniu wątroby, względnie ventraemonu w ciągu kilku dni do kilku tygodni nie wystąpiła u cukrzycowców poprawa stanu przemiany materji.

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

A. KUTSCHERA - AICHBERGEN. **Wole endemiczne.** (Wien. kl. Woch. Nr. 17/1933).

Wole nie jest przyczyną, lecz następstwem schorzenia, a mianowicie jednym z następstw endemji, która atakuje ustrój w rozmaitych miejscach. Autor uważa podawanie soli jodowanej ludności za zbędne, a nawet szkodliwe.

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

Choroby narządów trawienia.

KHALIL-BEY i SALAH. **Leczenie schistosomiasis związkami akrydynowymi.** (The Lancet, No 5799, r. 1934).

Autorzy stosowali trypaflawinę oraz inne związki akrydynowe w przebiegu *schistosomiasis*, wywołanej przez *S. haematobium* i *S. mansoni* bez dodatniego wyniku. Wymienione związki były dobrze znoszone w bardzo wysokich dawkach; mimo stosowania ich przez 20 dni rzędu nie stwierdzono żadnego zaburzenia czynności wątroby. *In vitro cercariae* i *miracidia* obu wymienionych rodzajów *schistosoma* zachowywały w odpowiednich do stosowanych dawek roztworach trypaflawiny żywotność przez bardzo długi czas.

Jerzy F a j w l e w i c z (Łódź).

E. CHABROL, A. BUSSON. **Żółtaczką utajoną w przebiegu przewlekłego zapalenia pęcherzyka żółciowego.** (La Presse Médical Nr. 12—1934).

Badanie bilirubiny we krwi ma niekiedy ważne znaczenie rozpoznawcze, zwłaszcza w przebiegu przewlekłych zapa-

leń pęcherzyka żółciowego bez towarzyszącej żółtaczki; w 45 tego rodzaju przypadkach autorzy prawie zawsze stwierdzali ponad 20 mgr. bilirubiny w surowicy. Wzrost bilirubinemii często jest momentem decydującym o rozpoznaniu w przypadkach wątpliwych. Dla przykładu autorzy opisują przypadek dotyczący chorej, która wysoko gorączkowała; badanie promieniami R o e n t g e n a wykazało obecność kamieni w pęcherzyku żółciowym, a ginekolog stwierdził mięśniak macicy; wobec tego, że sprawa przebiegała bez bólów i że poziom bilirubiny we krwi był niski, dokonano wycięcia macicy, gdzie stwierdzono zroślały mięśniak. Spośród 12 przypadków wrzodu żołądka lub dwunastnicy — tylko w jednym stwierdzono ponad 20 mgr. bilirubiny we krwi. Autorzy podkreślają, że jeśli bilirubinemia obniża się stopniowo pod wpływem leczenia zachowawczego, nie należy śpieszyć się z zabiegiem operacyjnym; natomiast wzrastanie lub utrzymywanie się wysokiego poziomu bilirubiny we krwi przemawia za wkroczeniem chirurgicznym. Po wycięciu woreczka żółciowego bilirubinemia zwykle szybko obniża się. Badanie bilirubiny we krwi przez swą stałość jest bardziej ważne, niż określanie cholesterynemii.

Jakób P e n s o n.

M. BRULÉ, J. DAVID. **Niedrożność głównego przewodu żółciowego, spowodowana powiększonymi gruczołami chłonnymi.** (La Pr. Médicale Nr. 52—1934).

Autorzy zwracają uwagę na przypadki, gdzie przyczyną żółtaczki jest powiększony gruczoł chłonny, niezależny od jakiegokolwiek zapalenia otrzewnej, lecz będący pozostałością przebytej infekcji ogólnej lub sprawy zapalnej lokalnej; w tego rodzaju przypadkach sprawa zostaje wyświetlona podczas operacji lub na autopsji; badanie anatomopatologiczne wykazuje zwykły przerost gruczołu. Autorzy cytują parę tego rodzaju obserwowanych przez siebie przypadków, oraz szereg przypadków obcych. Autorzy zwracają uwagę na objaw, który ma znaczenie rozpoznawczo-różniczkowe i jest jednocześnie wskazaniem do zabiegu operacyjnego; mianowicie wątroba w tego rodzaju obstrukcji przewodu żółciowego jest bardzo duża i miękka; natomiast w przebiegu żółtaczki infekcyjnej wątroba jest znacznie mniejsza i twardsza. Zabieg operacyjny jest zwykle łatwy; jeśli masy gruczołowe są zrośnięte z przewodem żółciowym, należy dokonać zespolenia przewodu z dwunastnicą lub żołądkiem.

Jakób P e n s o n.

A. E. KLEIN. **W sprawie charakterystyki szczepów prątka okrężnicy, występującego w jelitach chorych na raka.** (Wien. kl. Woch. Nr. 44 — 1933).

Wyhodowane z treści jelitowej ludzi zdrowych i chorych z rakiem szczepu prątka okrężnicy wykazują przy wzroście na płytkach D r i g a l s k i e g o oraz w swych zdolnościach do wytwarzania kwasów odmienne właściwości. Obok dotychczas znanych wykrył autor na podstawie ich własności zachowywania się na pożywkach cały szereg nowych cech, które umożliwiają lepszą charakterystykę drobnoustrojów.

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

Choroby kobiet i położnictwo.

H. S. BUSH. **Gruźlica kobiecych narządów płciowych.** (Amer. J. Obst. a. Gyn. Nr. 4/1933).

Przystępując do operacji każdej pacjentki z przewlekłym zapaleniem jajowodów, należy pamiętać o gruźlicy jajowodów. Jeżeli rozpoznanie można postawić z dużym prawdopodobieństwem na stole operacyjnym, należy się zdecydować na wybór między operacją doszczętną a operacją zachowawczą celem zachowania miesiączkowania. Operacja zachowawcza mająca na celu utrzymanie zdolności rozrodczych, nie jest prawie nigdy wskazana. Wszystkie przypadki gorączkujące powinny podlegać leczeniu przygotowawczemu, ażeby zmniej-

sząć niebezpieczeństwo ropienia rany i rozwoju ognisk gruźliczych w powłokach brzusznych. Nie w każdym przypadku ropnym należy wykonywać drenaż, lecz jedynie w tych, gdzie można podejrzewać znaczny współudział zakażenia wtórnego z uszkodzeniem tkanek. Drenaż przez pochwę jest łagodniejszy od drenażu przez powłoki brzuszne.

H. L.

A. NICOLLE. **Kilka rozważań nad techniką naświetlań włókniaków.** (Monde méd. Nr. 833/1933).

Nadmierne pigmentacje, zaniki skóry, utrzymujące się rozszerzenia żył, *radiodermatitis* lub *radionecrosis*, wskutek przedawkowania promieni należą dzisiaj do przeszłości. Zdają się obecnie tylko przemijające rumienie, zmiany zapalne naskórka, pozostawiające na kilka miesięcy pigmentację. Zarzutów, stawianych leczeniu energią promienistą, wiele jest niesłusznych, opartych na nieporozumieniu. Zrosty mogą powstać tylko na podłożu zmian zapalnych macicy lub przydatków, stanowiących przeciwwskazanie do radjoleczenia; przypadki takie należy raczej operować. Powstawanie raka szyjki u kobiet, naświetlanych z powodu włókniaków, trudno wiązać z tą metodą leczenia: nie można sobie przecież wyobrazić, by nowotwór łącznotkankowy trzonu przekształcał się w nowotwór nabłonkowy szyjki. Przy kierowaniu przypadków do naświetlań należy, oczywiście, unikać błędów rozpoznawczych, zwłaszcza ciąży (próba A s c h h e i m a - Z o n d e k a). Używając aparatury o napięciu 200.000 wolt i filtru 0,3 — 0,5 mm. Cu + 1 mm. Al., nie naraża się chorych na żadne zaburzenia skórne. Za najlepszą technikę w chwili obecnej uważa autor jeżeli chodzi o aparaturę, naświetlanie przy napięciu, dającym iskrę 40 cm. Filtr 0,5 mm. Cu + 1 mm. Al.; odległość ogniska 30 do 40 cm. We włókniakach średniej wielkości daje się dwa pola nadłonowe prawe i lewe w kształcie kwadratu o bokach, mierzących 12 cm. W bardzo dużych włókniakach, których się obecnie nie widuje, można dodać po dwa pola powyżej. Jeżeli nie wystąpi menoupeza, wystarczy kilka naświetlań z tyłu, ażeby oszczędzić skórę. Wyjątkowo tylko nie wystarcza dawka 4000 — 4500 R. francuskich, mierzonych jonometrem S o l o m o n a, na każde pole. Metoda dawek małych a częstych jest wolna od powikłań w rodzaju oszołomienia rentgenowskiego i zasługuje naprawdę na nazwę leczenia ambulatoryjnego. Leczenie radem nie różni się zasadniczo od leczenia promieniami R o e n t g e n a. Rad, zakładany do pochwy znajduje zastosowanie w małych włókniakach krwawiących. Dwie rurki 10 mgr. rad-elementu, filtrowanych przez 2 mm. platyny, umieszcza się w każdym sklepieniu bocznym pochwy w czystym kauczukowym krążku bez soli metalicznych; uskuteczniają one znakomicie w ciągu 5 lub 6 dni naświetlanie. Można również wykonywać naświetlania w dwóch lub trzech serjach po 48 godzin w odstępach kilkodniowych. Czasami dobre usługi świadcza łączenie obu metod: naświetlań promieniami R o e n t g e n a i radem.

H. L.

I. I. KAPLAN. **Leczenie radem guzów złośliwych narządów rodnych kobiety.** (Amer. J. Obst. a. Gyn. Nr. 3 1933).

Leczenie radem stanowi podstawową metodę pomocniczą w leczeniu nowotworów złośliwych kobiecych narządów płciowych. Jest ono najwłaściwszą metodą leczenia raka szyjki macicy. Jeżeli jest ono odpowiednio stosowane, łagodzi ostrość przebiegu choroby w t. zw. beznadziejnych przypadkach. Naświetlania radem mogą być przeprowadzane tylko przez osoby, wprawne w stosowaniu promieni R o e n t g e n a i radu; konieczne są odpowiednie urządzenia. Materiał, na podstawie którego wyciąga autorka swe wnioski, obejmuje 280 przypadków, leczonych w latach 1924 — 1931. Współpraca z ginekologami stanowi zasadniczy warunek osiągnięcia dobrych wyników.

H. L.

Streszczenia pojedyncze.

Djagnostyka.

C. LIAN, J. ODINET. **Rozpoznawanie wodobrzusza nieznacznego stopnia na zasadzie podwójnego szmeru puchlinowego i słumienia poziomego w pozycji stojącej.** (La Presse Médicale Nr. 68 — 1934).

Autorzy podają dwa objawy, mające ważne znaczenie rozpoznawcze dla puchliny nieznacznego stopnia, której stwierdzenie zwykłymi sposobami klinicznymi jest trudne. Pierwszy objaw t. zw. podwójny szmer puchlinowy wykrywamy przez lekkie uderzanie powłok brzusznych chorego w pozycji stojącej i jednocześnie osłuchiwanie w punkcie jamy brzusznej, odległym od punktu uderzenia o kilkanaście centymetrów. U osób zdrowych słyszymy szmer pojedynczy, zależny od drgania powłok brzusznych; w przypadkach puchliny brzusznej — dwa szmery, tuż po sobie następujące; pierwszy odpowiada wstrząsowi, drugi bardziej głośniejszy i dość długo trwający, zależy od uderzenia fali płynu. Poza tym autorzy spostrzegli, że w pozycji stojącej słumienie przebiega u góry w postaci linii poziomej; wreszcie górna granica słumienia w tej pozycji znajduje się znacznie wyżej, niż w pozycji leżącej. Wszelkie płyny otorbione, torbiele jajnikowe, rozszerzony pęcherz moczowy nie dają wyżej opisanych objawów. Jakób P e n s o n.

E. FREUND. **Biochemiczne badanie moczu.** (Wien. kl. Woch. Nr. 52/1933).

W najrozmaitszych schorzeniach narządowych można przy dodaniu odpowiednich nukleidów białkowych do moczu na podstawie braku rozkładu tych nukleoproteidów w moczu wnioskować o schorzeniu odpowiedniego narządu. Metoda ta nie ma nic wspólnego z odczynem A b d e r h a l d e n a. Wśród 533 najrozmaitszych schorzeń wyniki próby zgadzały się 504 razy z rozpoznaniem klinicznym.

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

A. PERUTZ i B. LUSTIG. **Prosta metoda wykrywania ciał fotodynamicznych w moczu.** (Wien. kl. Woch. Nr. 52/1934).

Autorzy podają prostą metodę wykrywania wydalanych z moczem fotodynamicznych uczulaczy, niezależnie od chemicznej ich budowy. Polega ona na tym, że dwa paski fotograficznego papieru dziennego zanurza się jeden do normalnego moczu, drugi — do moczu badanego, a następnie wystawia się je na pewien czas na działanie światła. Jeżeli badany mocz powoduje ciemniejsze zabarwienie paska, wskazuje to na obecność w nim fotodynamicznych uczulaczy.

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

Radjologia.

G. DERSCHIED i P. TOUSSAINT. **Uwagi co do dwóch obrazów radjologicznych, często występujących w następstwie przecięcia galwanicznego zrostów opłucnowych w przebiegu odmy sztucznej.** (Arch. Méd.-Chir. de l'App. Resp. Nr. 4/1932).

W następstwie pneumolizy zapomocą galwanokauteryzacji występują dwa powikłania, dające typowe obrazy rentgenowskie. Są to: oparzenia opłucny ściennej i głęboka rozedma ściany. Oparzenia opłucny ściennej powstają wskutek braku ostrożności technicznej, polegającej na tym, że zabieg wykonywa się zapomocą stopniowych kolejnych dotknięć, oddzielonych od siebie przerwami, pozwalającymi na wystygnięcie żegadła i jego ramienia, jeżeli znaczne rozmiary pracy nie pozwoliły uniknąć nadmiernego promieniowania ciepła. Obraz rentgenowski cechuje się polem zaciemnienia, pokrytem czasami grzędą bardzo drobnych plam, które mogą się zlewać w cętki, a czasem nawet w pasma, jak gdyby przyrząd pozostawił na ścianie sylwetkę kolejnych położeń. Obraz

ten może ulec zmianom w sensie wessania się i powrotu do normalnego obrazu gazowego i to w ciągu kilku tygodni; może on pozostawić po sobie mniej lub bardziej trwale następstwa w postaci stosunkowo jednolitego lub rozszanego zaciemnienia; może on wreszcie ulec nagłemu pograżeniu się w masywnym cieniu nagłego powstałego wysięku. Praktyczny wniosek, wynikający z tych spostrzeżeń, polega na unikaniu przegrzewania żegadła. Zabiegowi J a c o b o ě u s a często towarzyszy rozedma, zajmująca tkanki komórkowe, powierzchownie powięziowe, przestrzenie między pęczkami mięśniowymi. Powikłanie to bywa często nieuniknione, gdyż nie posiadamy jeszcze środka, pozwalającego na osiągnięcie bezpośredniego i hermetycznego zasklepienia się otworu operacyjnego. Najlepszym jeszcze wobec tego sposobem uniknięcia rozedmy jest zaniechanie wszelkich prób zamknięcia otworu, którego ścisłość i tak nie będzie dokładna, i pozostawienie ranie samoistnego zasklepienia się. Leczenie w tych warunkach rozedmy jest częste i wyraża się radjologicznie obrazem, różniącym się od poprzedniego, lecz czasami zbliżonym do niego: jednolite i przejrzyste pasma przestrzeni międzyżebrowych są usiane siecią obrazów drobnojamistych, drobnych pęcherzy, które na poziomie mięśni układają się w smugi, oddzielające liczniejsze cienie włókien. Ten układ jest charakterystyczny dla rozedmy mięśniowej; odwrotnie rozszanie pęcherzowe wynaczynionego powietrza w tkance komórkowej stwarza obraz o wiele mniej swoisty. Pewne zmiany radjologiczne mogą być wynikiem połączenia rozedmy i oparzenia. Wreszcie różniczkowanie między temi może posiadać znaczenie w przebiegu obserwacji radjologicznej chorych z odmą sztuczną poza wszelkimi zabiegami, mającymi na celu przecięcie ewentualnych zrostów. Rozpoznanie wiszącego zapalenia opłucny pozwalałoby przewidzieć wysięk. Jest to chmura zwiastująca deszcz wysiękowy. Umieszczenie strefy, wywołującej wysięk, może stanowić cenną wskazówkę dla następnego prowadzenia odmy, szczególnie jeżeli chodzi o utrzymanie odmy wybiórczej. Henryk J. L a n d a u.

E. FREUND i G. KAMINER. **O działaniu radu na kwas rakowo-jelitowy.** (Wien. kl. Woch. Nr. 52/1934).

Naświetlanie radem może odszczepić od kwasu rakowo-jelitowego normalny kwas okrężnicowy, t. j. doprowadzać produkt chorobowy, wytworzony przez patologiczne działanie drobnoustrojów, częściowo przynajmniej do normy.

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

Lecznictwo.

Hans LAMPENSCHERF. **O praktycznym zastosowaniu cibalginy w postaci czopków*).** (Fortschritte der Therapie, lipiec 1934).

Autor przyjmuje z zadowoleniem zjawienie się w czopkach cibalginy, która nie wpływa szkodliwie ani na oddech, ani też na czynność przewodu pokarmowego. Podawana *per rectum* działa o wiele energiczniej i szybciej, aniżeli *per os*. Autor stosował czopki z cibalginą w dużej liczbie przypadków u chorych po zabiegach brzusznych i w zapaleniu przydatków. Wyniki były bardzo dobre: w 15 — 20 minut po użyciu bóle zmniejszały się wybitnie, mijał niepokój pacjentek, które zasypiały. Na podstawie swych licznych doświadczeń dochodzi do wniosku, że cibalgina w czopkach nadaje się przede wszystkim do przypadków pooperacyjnych i może w zupełności zastąpić morfinę oraz inne alkaloidy, nie zwiększając, w przeciwieństwie do nich, już istniejącego niedowładu jelit.

W. K u r o w s k i.

*) W Polsce niema gotowych czopków w handlu. Można je zapisywać w receptach magistraliter. (Dop. ref.)

E. LUSCHER. Czopki z Cibalginą, doodbytniczy środek przeciwbólowy. (Mntsch. f. Ohrenhk. u. Laryng. rok 1934, zeszyt 8).

Czopki z Cibalginą mają tę przewagę nad stosowaniem doustnym, że udaje się uniknąć chemicznego i mechanicznego podrażnienia przy polykaniu lekarstwa, co szczególnie jest ważne po usunięciu migdałów. Autor wypróbował czopki w klinice oto-laryngol. Uniwersytetu Berneńskiego w przeszło 100 przypadkach, stwierdzając, że nadają się szczególnie po tonsillektomji, w polykaniu bolesnem i oddają specjalnie duże usługi w praktyce dziecięcej. Dawka pojedyncza u dorosłych wynosi 0,5 Cibalginy u dzieci 0,25 (małe dzieci nie nadają się do tego leczenia), w tych też 2 dawkach znajdują się czopki w handlu. Dawka dzienna wynosi 3 — 4 czopki. Na jelita nie wywierają żadnego wpływu, jedynie w razie zbyt silnej senności dawkę dzienną należy zmniejszyć.

W. K u r o w s k i.

HAAS Przyczynek do terapii Calcio-Coraminą. (Fortschritte der Therapie, rok 1934, zeszyt 8, strona 505).

Autor opisuje 2 przypadki, w których z całkowitem powodzeniem stosował Calcio-Coraminę: 1) 48-letni kupiec dotknięty ostrem zapaleniem oskrzeli, zachorował po zażyciu antipiryny na pokrzywkę i groźny obrzęk krtani oraz gardła. Z powodu grożącego niebezpieczeństwa dokonano przecięcia tchawicy, a jednocześnie wstrzyknięto dożylnie 10 cm. Calcium „Sandoz“ dla zmniejszenia obrzęku krtani. Ponieważ chory nie godził się na dalsze iniekcje, spróbowano Calcio-Coraminę: 3 razy dziennie po 3 tabletki. Pierwszego dnia pozostało jeszcze obrzmienie twarzy, rąk i nóg oraz gardła, po zatem na całym ciele liczne pęcherzyki silnie swędzące. Po 24 godzinach objawy uległy nieznacznemu cofnięciu się. Po 48 godzinach zniknęły objawy podmiotowe. Czwartego dnia pacjent był zdrow, jednocześnie poprawiło się krążenie, które nie wymagało już dalszego leczenia. 2) 46-letni funkcjonariusz policji dostał nagle krwiotłucia. Zapewne następstwo silnego kaszlu pękło jakieś naczynie krwionośne; wskutek czego przy każdym napadzie kaszlu odchodziła najpierw czysta krew, a potem pienista płwocina z krwią. Przy dokładnem badaniu stwierdzono niedomykalność zastawki dwudzielnej. Zamiast środków, tamujących krwawienie, zapisano Calcio-Coraminę: 3 razy dziennie po 3 tabletki. Już po 6 tabletkach zmniejszyło się wybitnie krwawienie, jednocześnie uspokoił się kaszel. W ciągu 4 dni stosowano 3 razy dziennie po 4 tabletki, a potem stopniowo zmniejszono do 2 tabletek 3 razy dziennie. Po 8 dniach nie było wcale krwi w płwocinie i cały proces uległ zupełnemu wyleczeniu bez powikłań. F. S i e n i c k i.

Znieczulanie.

GUIDO KRAUCHER. Znieczulenie miejscowe perkainą. (Wiener Klin. Wschr. Nr. 33, rok 1934, strona 1018).

Autor podaje, że na oddziale kobiecym Szpitala Cesarza Franc. Józefa w Wiedniu stosuje się znieczulenie sklepieniowe w przypadkach przerwania ciąży. Dawniej używano do znieczulenia 1/2% roztworu nowokainy z dodatkiem adrenaliny, osiągając dobre wyniki. Mimo to przeszedł ostatnio oddział na Perkainę „Ciba“, ponieważ według danych z piśmiennictwa ma ona posiadać pewną przewagę nad innemi podobnemi środkami. Przedewszystkiem powoduje ona długotrwale znieczulenie nawet w bardzo małych stężeniach; po zatem sterylizowanie nie wpływa ujemnie na skuteczność tego środka. Jako pochodna chininy działa perkaina bakterjobjęczo, a nawet po dodaniu adrenaliny nie powoduje martwic. Te zalety skłoniły do zastosowania perkainy w 102 przypadkach przerwania ciąży; do tego celu używano 1/2% roztworu perkainy z dodatkiem adrenaliny, wprowadzonej do przymięcz. W 66

przypadkach efekt był zupełny. Pacjentki w czasie operacji nie odczuwały najmniejszego bólu, nie miały żadnych dolegliwości również i po niej; 26 pacjentek było niespokojnych i skarżyło się na niewielkie bóle, tak, że zabieg kończono w narkozie. W 10 przypadkach nie było żadnego efektu. W grę wchodziła niewątpliwie obawa pacjentki oraz brak zaufania do miejscowego znieczulenia. Nie stwierdzono żadnego wpływu perkainy na kurczliwość macicy i ani razu nie zjawilo się większe krwawienie ani podczas, ani po operacji. Zestawiając, autor uważa parametralne znieczulenie perkainą za dobre, aczkolwiek niepozbawione niebezpieczeństwa. Dla pacjentek nerwowych nadaje się więcej uspienie ogólne.

W. K u r o w s k i.

O. ZELLER. Postępowanie w celu usunięcia porażenia oddechu w znieczuleniu lędźwiowem. (Zentralblatt für Chirurgie, rok 1934, Nr. 32, strona 1859).

Znieczulenie lędźwiowe, mimo swych wieloletnich prób i udoskonalenia, ciągle jeszcze przedstawia niebezpieczeństwo. W cięższych operacjach przy wysokim znieczuleniu plyn znieczulający unosi się ku górze powodując porażenie ośrodków oddechowych i naczynioruchowych. Wprowadzony przez K i r s c h n e r a roztwór p e r k a i n y, który nie miesza się z płynem mózgoworodzeniowym, i jest lżejszy od niego, zaś cięższy od powietrza, wywołał 3-krotnie porażenie oddechu na 1000 przypadków znieczulenia. 2 chorych uratowano sztucznem oddychaniem, jedna kobieta zmarła na stole operacyjnym. Jeśli występuje katastrofalny spadek ciśnienia, albo grozi porażenie oddechu, należy starać się usunąć plyn rdzeniowy z przestrzeni podpajęczynówkowych a jednocześnie uzupełnić jego brak przez wstrzyknięcie 0,2% hipertonicznego roztworu soli kuchennej. W doświadczeniu na kozie, po dwukrotnem wstrzyknięciu 10 ccm. 5% roztworu nowokainy wystąpiło porażenie oddechu oraz wszystkich ośrodków nerwowych. Usunięto wówczas cały plyn mózgowo-rdzeniowy przez wpompowanie acetyleny, braki płynu uzupełniono infuzją hipotonicznego roztworu soli kuchennej i zwierzę udało się uratować.

F. S i e n i c k i.

MORO. O znieczulającym i różniczkowo-rozpoznawczem działaniu perkainy. (Zentralblatt für Chirurgie, rok 1934, Nr. 32, strona 1865).

Na urologicznym oddziale Uniw. w Grazu od 3 lat używana jest Perkaina do powierzchownego znieczulania. Liczbę przypadków, w których stosowano perkainę, autor oblicza na 3 tysiące. W ciągu tego czasu nie było ani jednego powikłania. Przestrzegano ściśle zasady, aby plyn znieczulający nie był wprowadzany pod dużem ciśnieniem a szczególnie u tych osób, które w ostatnich dniach miały wprowadzone do cewki jakieś narzędzie, które mogłoby wywołać uszkodzenie cewki moczowej. Przez takie uszkodzenie plyn wprowadzony pod ciśnieniem mógłby dostać się do żyły i wywołać szybkie, niebezpieczne zatrucie. Używano wodnego roztworu 1% z dodatkiem 5 kropel adrenaliny na 100 ccm. roztworu. Do wstrzykiwania służyła 10 ccm. strzykawka z tłokiem lekko chodzącym. Przy prawidłowem postępowaniu perkaina stanowi doskonały środek znieczulający dla cewki w większym jeszcze stopniu dla pęcherza i nierzadko daje rozpoznawcze wskazówki.

F. S i e n i c k i.

E. BAUER. Nowa Psicaina — nowy środek znieczulający. (Ztschr. f. Laryng., Rhin., Otol. 1933, tom 24, zeszyt 2).

Do znieczulania powierzchniowego stosowano 2%-owe roztwory, do których dodawano na 1 cm.³ po 1 kropli adrenaliny 1 : 1000. Znieczulania powierzchniowego dokonywano zapomocą pendzlowania błon śluzowych, a przy zabiegach w nosie przez wkładanie waty lub stosując rozpylanie. Znieczulenie występowało sprawnie po kilku minutach. Wystarczało

nawet u wrażliwych pacjentów do małych zabiegów w nosie, jamie nosowo-gardłowej, gardle, krtani. Z powodu szybkiego działania Nowej Psicainy wystarczały autorowi do badań diagnostyczne w nosie i jamach dodatkowych nosa nawet 1% roztwory. Działanie znieczulające było zupełnie dostateczne. Wypadków nie było. Przy zabiegach w krtani (przyżeganie lub wypalanie, usuwanie polipów strun głosowych, usuwanie ciał obcych i t. d.) używano 3 — 4 % roztworów. Nową Psicainę należy więc stosować do znieczuleń powierzchniowych przy zabiegach w nosie i gardle najwyżej w 2%, w krtani zaś najwyżej w 4% roztworach. Nowej Psicainy używano również do znieczuleń nasiękowych. Dokonano operacji zatok czołowych i szczękowych, na kości sitowej, usuwania małżowin, migdałków i t. d. Stosowano 0,2% roztwory, zawierające po 1 kropli adrenaliny 1 : 1000 na 1 cm.³. X.

Gruźlica.

R. FROUST, A. MAURER i J. ROLLAND. **Uwagi w sprawie prób unieruchomienia górnej części połowy klatki piersiowej w przebiegu operacji na nerwie przeponowym.** (Rev. de la Tub. Nr. 8 — 1934).

D u m a r e s t i L e f è v r e zwracają uwagę na fakt, że po porażeniu przepony widuje się po stronie zabiegu rozwój górnego piersiowego typu oddechowego. Ten sposób oddychania jest szkodliwy i może całkowicie zniweczyć korzyści, wynikające z porażenia przepony, zwłaszcza jeżeli chodzi o jamy górnego płata. Są osobnicy, którzy wykazują już przed zabiegiem górny piersiowy typ oddechowy, na co należy zwrócić uwagę przed operacją. Najlepiej stwierdza się to podczas prześwietlenia lub zapomocą 2 zdjęć rentgenowskich, wykonanych w pozycji wdechowej i wydechowej. W przypadkach, kiedy obawiać się można ujemnego wpływu górnego piersiowego typu oddechowego na działanie porażenia przepony na jamę szczytową, można w przebiegu przecięcia nerwu przeponowego lub jego alkoholizacji, uzupełnionych w miarę możliwości przecięciem nerwu podobojczykowego, wykonać przecięcie mięśni pochyłych przedniego i tylnego. W ten sposób udaje się usunąć grę oddechową mięśni pochyłych, oddziaływującą na dwa górne żebra. Unieruchomienie górnych żeber można uzupełnić wstrzykiwaniem alkoholu do 5 — 6 pierwszych nerwów międzyżebrowych, wykonywanem następnie, w ten sposób, że uskutecznia się podczas jednego seansu alkoholizację 1 lub 2 nerwów, przyczem robi się dwa seanse tygodniowo. Wstrzykiwanie alkoholu metodą S i c a r d a na wysokości szyjki pierwszego żebra, wywołuje zespół C l a u d e - B e r n a r d a - H o r n e r a, który znika po upływie 2 — 3 tygodni. Lepiej jest, być może, nie wstrzykiwać alkoholu do pierwszego nerwu międzyżebrowego lub wstrzykiwać bardziej zewnątrz. Ponieważ wstrzykiwaniom alkoholu towarzyszą zawsze silne bóle, promieniujące do mostka, lepiej je robić w pozycji leżącej chorego. W ten sposób udaje się poprawić wyniki zabiegów, wykonywanych tylko na nerwie przeponowym, w przypadkach górnego piersiowego typu oddechowego. H. L.

H. THIBAUT. **45 przypadków wycięcia nerwu przeponowego.** (Rev. de la Tub. Nr. 8 — 1934).

Na podstawie 45 przypadków zabiegów na nerwie przeponowym dochodzi autor do wniosku, że jest to metoda, której należy próbować; jest to ścisła opinia, a nie wyraz rozczarowania. Poza nielicznymi wyjątkami autor oddaje spoczątku pierwszeństwo gazowemu leczeniu uciskowemu. Gdy nie udaje się ono, wykonywuje autor wycięcie nerwu przeponowego, którą uważa za metodę samodzielną, pomyślną i związaną z niewielkim tylko niebezpieczeństwem. Jeżeli pragnie się otrzymać ładną statystykę, należy niewątpliwie umieć stawiać ściśle wskazania i coraz bardziej i dokładniej

je ustalać, jak to czyni B e r n o u. Leczyć należy umieć zapomnieć o tych zasadach i próbować wycięcia nerwu przeponowego nawet w mało pomyślnych przypadkach. Zbyt często bowiem doznaje się przyjemnego rozczarowania. Wstrzykiwania alkoholu ułatwiają zresztą obecnie w dużym stopniu porażenie nerwu przeponowego pod warunkiem, że używa się tylko alkoholu 80° — 85° (B e r n o u), ażeby zachować przemijający charakter tego zabiegu. H. L.

Choroby dzieci.

R. A. COOKE. **Astma wieku dziecięcego.** (The Journ of the Am. Med. Assoc. T. 102, Nr. 9 — 1934).

Autor odróżnia alergię bezpośrednią i późną; pierwsza wywołuje napad astmy zaraz po zetknięciu się dziecka z substancją uczulającą, druga — wywołuje reakcję późną, bo występującą dopiero po 3 — 4 dniach. Na uwagę zasługuje spostrzeżenie, że w przypadkach alergii bezpośredniej próby skórne, sporządzone z wyciągów substancji uczulających, są dodatnie, podczas gdy alergja późna daje ujemne wyniki testów skórnych. Do grupy alergji późnej należy pokrzywka, obrzęk naczynioruchowy, ekzema, astma infekcyjna, astma pokarmowa oraz astma, zależna od substancji, zawartych w powietrzu. U dzieci przyczyną uczulenia często są pokarmy; przyczem najważniejszą rolę odgrywa moment dziedzicznego obciążenia ustroju. Autor badał 200 przypadków astmy dziecięcej i przekonał się, że uczulające substancje, spożywane z pokarmem, odgrywają najważniejszą rolę w okresie niemowlęctwa i wczesnego dzieciństwa; w późniejszym wieku na plan pierwszy występują substancje zawarte w powietrzu. Alergja pokarmowa zwykle dotyczy paru pokarmów. Około 10 roku życia alergja ta zanika; doświadczenie poucza, że dzieci te w późniejszym wieku stają się czule na alergeny zawarte w powietrzu, co dośladnie podkreśla rolę konstytucji alergicznej. Dlatego też w leczeniu astmy główną rolę odgrywa nie odczulenie ustroju dziecka w stosunku do jednego alergenu, lecz dbanie o podniesienie ogólnej odporności ustroju, o odpowiednie odżywianie, o usuwanie ognisk infekcyjnych i t. p. Jeśli astma pokarmowa wieku dziecięcego dotyczy pokarmów niezbędnych np. mleka lub jaj, należy przeprowadzić odczulenie przy pomocy wstrzykiwań; odczulanie to winno być przeprowadzane b. długo; autor dochodził do zupełnego odczulenia dopiero po paru latach. Astma typu infekcyjnego u dzieci przeważnie zależy od ognisk, zawartych w migdałkach, które winny być jaknajwcześniej usunięte, w przeciwnym bowiem razie infekcja zagnieżdża się w jamach obocznych nosa. Wreszcie autor radzi separować dzieci od osób ze stanami kataralnymi dróg oddechowych. Jakób P e n s o n.

PÉHU i ROUGIER. **Klinika kily oskrzelowo-płucnej w okresie I-go dzieciństwa.** (Revue Fr. Pédi. Tom X, Nr. 3, 1934).

Klinicyści i anatomopatologowie rozróżniają głównie 2 postacie kily wrodzonej płuc, a mianowicie: u płodu i noworodków spotykamy kilaki płuc lub tak zw. *pneumonia alba* V i r c h o w a, natomiast w okresie II-go dzieciństwa, to znaczy od 4 roku życia, kila płucno-oskrzelowa daje typowe objawy rozstrzeni wzgl. torbielowatości płuc. Pierwsza postać wchodzi bardziej w zakres anatomji patologicznej, gdyż noworodki te zwykle rodzą się martwe lub giną szybko po urodzeniu; druga zaś postać, rozstrzenie, była dotychczas rozpoznawana u dzieci starszych. Na podstawie 14 obserwacji przeprowadzonych przez siebie przypadków kily wrodzonej u dzieci młodszych, do 3 lat, autorzy dochodzą do wniosku, że dla okresu I-go dzieciństwa jest właściwą odrębną odmianą kily oskrzelowo-płucnej, która nie jest ani zapaleniem płuc typu V i r c h o w a, ani też nie daje klasycznego obrazu rozstrzeni. Obraz kliniczny tej odmiany jest bardzo zmienny. Autorzy rozróżniają następujące postacie kily płuc I-go dzieciństwa:

1) postać jawną, z wyraźnymi objawami zajęcia dróg oddechowych; występują, mianowicie: duszność, sinica, zgrubienia paliczków, zegarkowe paznokcie; fizykalne objawy zwykle są słabo wyrażone; na zdjęciu widzimy rozsiiane, niewyraźnie ograniczone zacienienia, bez większego udziału gruczołów węzkowych, rysunek naczyniowo-oskrzelowy wzmożony; 2) postać zamaskowaną (*larvata*), w której kila płuc przejawia się pod postacią innej choroby, a więc adenopatji, torbielowatości płuc, zapalenia opłucny, dyshawicy oskrzelowej; 3) postać ukrytą (*latens*), przebiegającą bez objawów, w której kila płuc zostaje stwierdzona dopiero na autopsji. Ta różnorodność postaci jest też przyczyną trudności rozpoznawczych. Szczególnie nacieczenia gruczołowe w płucach dają często obrazy podobne do kily płuc. Rozgraniczenie tych 2 spraw chorobowych stanowi największą trudność rozpoznawczą. Autorzy podkreślają konieczność dłuższej obserwacji, doniosłość innych objawów kilowych (*periostitis*, duża wątroba i śledziona) oraz konieczność szerokiego uwzględnienia badań pomocniczych, jak zdjęć rentgenowskich, bakterjologicznych (prątki Kocha) i serologicznych (odczyn Wassermann'a, tuberkulinowy). Tę odmianę kily oskrzelowo-płucnej należy traktować, jako formę przejściową, pośrednią, do następnego okresu, — rozstrzeni oskrzeli, — toczącego się już w II-iem dzieciństwie.

A. K i r s z b r a u n.

Choroby kości i stawów.

M. G. BOGDATJAN, W. A. SŁUCKAJA, F. A. ŁOKSZYNA. **Etjologia i patogeniza reumatyzmu stawów i serca.** (Terap. Archiw. I. XII, Nr. 3, — 1934).

Na zasadzie poglądów nowoczesnych należy infekcje reumatyczną zaliczyć do grupy chorób przebiegających ze zmianami allergicznymi. Uczulenie ustroju najpewniej odbywa się przez wtargnięcie z ogniska pierwotnego do krwi toksyn i białek bakteryjnych. Materiał autorów obejmuje 226 przypadków reumatyzmu, obserwowanych w ciągu 2 — 3 lat. Analiza tego materiału wykazała, że u różnych chorych występuje wybitnie odmienna reakcja jakościowa i ilościowa ze strony różnych tkanek i narządów, przyczem główną rolę odgrywa nie rodzaj infekcji, lecz dziedziczna konstytucja poszczególnych tkanek ustroju. Autorzy w 32% swych przypadków stwierdzili dziedziczność, przyczem w 13% dziedziczył się reumatyzm serca, a w 19% — stawów. Reumatyzm głównie rozgrywa się na terenie tkanek mezenchymalnych, które są specjalnie skłonne do reakcji allergicznych. Materiał autorów, rozpatrzony z punktu widzenia konstytucji morfologicznej, wykazał 40% chorych o budowie astenicznej, 21,5% — pykników i 38% — o budowie normalnej. Poza tem dokładne badanie przebiegu reumatyzmu wykazało, że astenicy zapadają na reumatyzm w młodym wieku i przeważnie schorzenie stawów poprzedzone jest anginą; poza tem nawroty spraw stawowych u asteników występują najczęściej (w 54,8%), a u pykników b. rzadko (5,2%). W 48% autorzy, pomimo licznych badań układu krążenia (elektrokardjograf, ortodiagram, badania dynamiczne), nie stwierdzili zmian w sercu przy wyraźnych zmianach stawowych. Stąd wniosek że odczyn allergiczny może dotyczyć tylko stawów lub tylko serca, w zależności od konstytucjonalnej skłonności poszczególnych narządów oraz, być może, od obciążenia czynnościowego.

Jakób P e n s o n.

Choroby skóry, weneryczne i płciowe.

A. E. KLEIN. **O zastosowaniu podskórnej próby Freunda-Kaminera w rakach skóry.** (Wien. kl. Woch. Nr. 52, 1933 r.).

Autor potwierdza praktyczne znaczenie próby Freunda-Kaminera, która polega na tem, że przez zastrzyknięcie doskonałego rozcieńczonego roztworu „kwasu rakowego” wywołuje się bąbel, przyczem zjawienie się po upływie 48 godz. ściśle odgraniczzonego twardego nacieku przemawia za rakiem. We wszystkich badanych przypadkach raków skóry i błon śluzowych próba dawała dodatnie wyniki, inne natomiast schorzenia skóry odpowiadały za jednym wyjątkiem ujemnie.

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

F. E. SENEAR. **Zapalenie skóry wywołane przez drzewo.** (The Journal of the American Medical Association 101, 20/1933).

Opis przypadku zapalenia skóry, spowodowanego zetknięciem z drewnem cisowem. Zwraca uwagę, że przyczyną jest drzewo pochodzenia europejskiego, podczas gdy wszystkie dotychczas opisane przypadki były wywołane przez drzewa egzotyczne. Zmiany skórne w tych przypadkach mogą występować nie tylko przez zetknięcie, ale też jedynie przez zbliżenie się do pewnych drzew i krzewów. Większość przypadków powstaje zwykle przy pracy zawodowej. Czynnikiem toksycznym są zwykle nienasycone kwasy żywiczne w stanie wolnym lub alkaloidy. Zapalenie skóry powstaje zazwyczaj w kilka dni lub tygodni po zetknięciu z czynnikiem wywołującym. Naogół bardziej toksyczne są drzewa niedawno ścięte, ale niekiedy toksyczność zwiększa się z czasem. Zwykle powstaje rozległe zapalenie skóry, czasem przypominające różę. Nadmierne pocenie się i lojotok zwiększają odczyn zapalny. Niekiedy pojawiają się objawy ze strony przewodu oddechowego i zostają zajęte śluzówki. W rzadkich przypadkach udaje się odczulenie. Alfred E t t i n g e r.

D. BERGER. **Usuwanie świadu w leczeniu uporczywych wyprysków.** (Wien. kl. Woch. Nr. 25, 1933).

Autorowi udało się osiągnąć w uporczywych wypryskach przewlekłych, przebiegających ze świądem nie do zniesienia, dobre wyniki zapomocą wstrzykiwań nasiękowych 1/2% roztworu plenokainy. W istniejących od wielu lat wypryskach odbytu wystarczało często tylko to jedno leczenie, w innych proces leczenia ulegał skróceniu w połączeniu ze stosowaniem zwykłych metod leczenia farmakologicznego. Wstrzykiwania robi się, wychodząc ze zdrowej skóry, igłą długości 10 cm., przyczem w miarę możności należy się starać o ograniczenie się do jednego miejsca wkłucia przy zachowaniu jak najściślejszej aseptyki (5 — 10% nalewka jodowa lub 2% merkurochrom).

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

Pierro SANGIORGI. **O przewlekłych stanach bólów po półpaścu.** (Giornale di Clinica Medica, Nr. 4, 1934).

Autor próbował w 2 przypadkach przewlekłych bólów po półpaścu leczenia Perkainą. Obstrzykiwał on w kształcie wachlarza bolesne pole roztw. 1% Perkainy z adrenaliną w połączeniu ze smarowaniem 3% maścią perkainową, co w jednym przypadku dało trwale wyleczenie, w drugim znaczną poprawę. Roztwór 2% Perkainy, zastosowanej zewnętrznie nie dawał żadnego wyniku, dopiero gdy stężenie podniesiono do 5%, bóle ustawały, ale chory odczuwał dość przykry chłód w miejscach leczonych tym roztworem. F. S i e n i c k i.

Streszczenia pojedyncze.

Patologia kliniczna i doświadczalna.

E. FREUND i B. LUSTIG. **O wpływie rozmaitych rodzajów żywienia na raki smołowcowe myszy.** (Wien. kl. Woch. Nr. 52, 1933).

Przy zachowaniu wszystkich pozostałych warunków jednakowymi zastosowano u myszy, których skórę drażniono smolą, dwa rozmaite rodzaje żywienia: grupa A otrzymywała djetę przeciwrakową, składającą się z oliwy i pożywienia, bogatego w białko, ubogiego zaś w węglowodany, dwukrotnie odtłuszczonego chudego mleka ze zemulgowanym w niem 5% dodatkiem oliwy i bułeczki z beztłuszczowej kazeiny i oliwy, grupa B zaś djetę, sprzyjającą powstawaniu raka, bogatą w węglowodany i kwas palmitynowy, oliwę i skąpo białkową djetę, składającą się ze śmietany oraz bułeczki, przygotowanej z mąki, cukru i tłuszczu zwierzęcego. Śmietana zawierała 5% dekstrozy. Wśród myszy, zmarłych w okresie obserwacji, a będących na djetcie A, jedna miała raka, wśród będących na djetcie B — cztery. A. Neumann (Baden-Wien).

H. CHABANIER, C. LOBO-ONELL. **Chloremja i zespół toksyczny pooperacyjny.** (La Presse Médicale Nr. 13, 1934).

Zespół toksyczny pooperacyjny, często groźny w swym przebiegu, łączy się ściśle ze stanem hipochloremji z hiperazotemją; autorzy, opierając się na szeregu spostrzeżeń, sądzą, że hipochloremja z hiperazotemją, często obserwowane w okresie pooperacyjnym, nie stanowią przyczyny zespołu toksycznego, lecz są skutkiem samego zabiegu operacyjnego. Wiadomo bowiem, że niekiedy po operacji nie stwierdza się żadnych objawów toksycznych, pomimo spadku chloremji i wzrostu azotemji. W czasie chlorowania również niekiedy występuje niezależność objawów toksycznych od chloremji; przeważnie chlorowanie usuwa toksemję, obniżając azotemję i wywołując wzrost chloremji; niekiedy jednak stan toksemji szybko ulega poprawie, a zawartość chlorków we krwi nadal pozostaje na niskim poziomie. Wiadomo, że w przebiegu niedrożności jelitowej występuje zespół hipochloremji z hiperazotemją; MacCallum sądzi, że substancje toksyczne, wysysające się z uwiecznionej pętli jelita, przyciągają do siebie chlorki, co powoduje hipochloremję. Autorzy sądzą, że w czasie każdego większego zabiegu operacyjnego wyzwala się pewne substancje toksyczne (prawdopodobnie albumozy) wskutek urazu tkanek; te substancje azotowe przyciągają sól, powodując hipochloremję. Chlorki mobilizowane ze krwi do terenu operowanego często dostatecznie zubożniają substancje toksyczne; w ten sposób pomimo pooperacyjnej hipochloremji nie dochodzi do objawów toksemji. Jeśli to zubożnianie jest niewystarczające, substancje toksyczne dostają się do krwiobiegu, dając obraz ciężkiej ogólnej toksemji z nadmiarem azotu we krwi. Wymioty pogarszają sprawę, gdyż duże ilości chlorków, potrzebne do zubożniania toksyn, zostają wydalone z ustroju. Autorzy sądzą, że proces wędrówki chlorków do tkanek z hiperchloremją i hipochlorurią jest objawem, spotykanym w całym szeregu spraw chorobowych, przebiegających z nadmiernym rozpadem substancji białkowych, a więc w przebiegu zatrucia rtęcią, grzybami, związkami barbiturowymi i w ostrych chorobach infekcyjnych.

Jakób Pennson.

Choroby zakaźne.

BORREL i LOEWENBERG. **Wnioski praktyczne z obserwacji 10 przypadków ciężkiej płonicy, leczonych surowicą ozdrowieńców.** (Monde méd. Nr. 841, 1934).

Opierając się na obserwacji 10 przypadków ciężkiej płonicy (postać toksyczna), leczonych surowicą ozdrowieńców, z pośród których zaledwie w jednym nastąpiło zejście

śmiertelne (przypadek, dostarczony zbyt późno na klinikę), dochodzą autorzy do wniosku, że leczenie surowicą należy stosować w każdym przypadku płonicy, w którym występują ciężkie objawy (postać toksyczna, albo jeżeli chodzi o słabe dziecko). Ze względu na trudności w otrzymywaniu surowicy, należy chwilowo ograniczyć stosowanie surowicy do tych dwóch wskazań aż do czasu, kiedy ilości jej wystarczą do stosowania surowicy w każdym przypadku płonicy. H. L.

P. MAUCLAIRE. **W jakich przypadkach wskazane jest wstrzyknięcie zapobiegawcze surowicy przeciwwężcowej?** (Monde méd. Nr. 844, 1934).

Ze względu na stosowanie surowicy przeciwwężcowej odróżnia autor trzy rodzaje ran: 1) rany, w których wstrzyknięcie surowicy nie wydaje się wskazane, 2) rany, w których wstrzyknięcie jest bezwzględnie wskazane, 3) rany, w których wskazanie do zastosowania surowicy jest wątpliwe; te przypadki są niestety, najliczniejsze. Jeżeli chodzi o pierwszą kategorię, są to małe prawidłowe rany, nie tłuczone, wywołane przez przedmiot lub narzędzie, które nie pozostawało w styczności z ziemią, nie umiejscowione na stopie i łatwe do odkażania. Do ran, w których wstrzyknięcie surowicy jest bezwzględnie wskazane, należą rany stóp, palców, nieprawidłowe rany tłuczone, wywołane przez przedmioty, które stykały się z ziemią. Niewolno przytem zapominać, że są okolice, w których ziemia jest szczególnie bogata w laseczники N i c o l a i e r a. W przypadkach wątpliwych, które są najliczniejsze, nie należy pomimo wahania powstrzymać się od wstrzyknięcia. Należy jednak badać czułość rannego (zwłaszcza w przypadkach, w których ranni wykazują skłonność do wysypiek pokarmowych i innych, dychawicy lub kataru sienne) i zachować wszystkie środki ostrożności (metoda B e s s e d k i), ażeby uniknąć bezpośrednich lub wtórnych odczynów anafilaktycznych. Postępowanie takie będzie obowiązywało tak długo, dopóki nie zostanie wprowadzone powszechne szczepienie przeciwwężcowe. H. L.

Gruźlica.

U. GUINARD. **Leczenie sanatoryjne a chryzoterapia.** (Rev. de la Tub. Nr. 8 — 1934).

W warunkach sanatoryjnych w jednolitej grupie 679 chorych spostrzeganie przebiegu gruźlicy płucnej nie pozwoliło stwierdzić ani pomyślnego, ani ujemnego wpływu na bezpośrednie pomyślne wyniki leczenia sanatoryjnego przyłączeniu go z leczeniem złotowym lub bez niego. Te bezpośrednie wyniki pomyślne w następstwie leczenia sanatoryjnego wahają się od 67 — 70% zarówno w grupie leczonej preparatami złota, jak i w nieleczonej niemi. „Oczyszczanie się” lub cofanie zmian radiologicznych spostrzega się w jednakowym stopniu w grupie poddanej chryzoterapii, jak i bez niej. Bezpośrednie działanie odmy sztucznej, do której można dołączyć pewną liczbę przypadków wycięcia nerwu przeponowego, stanowi samoistną przyczyną pomyślnych wyników, zwiększając znacznie ich odsetek. Chryzoterapia nie posiada zatem większego leczenia. Przeprowadzana przez doświadczonych ftizjologów lub w ośrodkach gruźliczych nie jest ona połączona z większym ryzykiem. W środowiskach niedoświadczonych uchodzi ona za pewną metodę leczniczą, którą się faworyzuje na niekorzyść racjonalnych metod leczenia gruźlicy. Na tem polega pośrednie niebezpieczeństwo chryzoterapii. H. L.

J. STIASNIE. **O zmiennej częstości dodatnich odczynów skórnych zależnie od środowiska.** (Rev. de la Tub. Nr. 8 — 1934).

Statystyka autora obejmuje 1481 przypadków w wieku od trzech miesięcy do 15 lat włącznie. Technika polegała na

robieńiu klasycznej próby skórnej P i r q u e t a. Odsetek dodatnich odczynów wynosił w wieku od 3 miesięcy do 1 roku (105 przypadków) — 16,1%, w wieku od 1 — 2 lat (107 przyp.) — 23,3%, od 2 — 4 lat (232 przyp.) — 26,7%, od 4 — 6 lat (280 przyp.) — 26,3%, od 6 — 8 lat (292 przyp.) — 26%, od 8 — 10 lat — 35,2%, od 10 — 12 lat (144 przyp.) — 33,3%, od 12 — 15 lat (94 przyp.) — 44,7%. Statystyka ta była przeprowadzana w przychodni zakładów Michelin w Clermont-Ferraud. W porównaniu ze statystyką M a r f a n a ze szpitala dzieciennego w Paryżu (hôpital des Enfants Malades) wykazuje ona znacznie wyższy odsetek dodatnich odczynów w I-ym roku życia (16,1% wobec 10,5%), taki sam w wieku 1 — 2 lat (23,3% wobec 24,3%) i znacznie niższy w późniejszym wieku. Statystyka M a r f a n a obejmuje małych parzyżan, pochodzących z nader gęstych skupień, autora zaś pochodzi ze średnio dużego miasta, gdzie ludność nie jest tak skupiona, jak w Paryżu, przyczem wiele dzieci mieszkalo w sąsiednich wsiach, skąd jedynie rodzice przychodzili do pracy w zakładach; pozostałe zaś mieszkają w domkach na przedmieściach otoczonych ogródkami, nie bywając zupełnie „w mieście“, gdyż i szkoły znajdują się na przedmieściach. Czyni to zrozumiałym niższy odsetek dodatnich odczynów w wieku powyżej dwóch lat. Fakt natomiast wyższego odsetku w pierwszym roku życia wynika stąd, że materiał autora pochodzi z przychodni przeciwgruźliczej, do której sprowadzano niemowlęta tylko w tym przypadku, gdy w rodzinie stwierdzono przypadek gruźlicy, a zatem bardzo młode dzieci, żyjące w bliskiej styczności z zaraźliwymi gruźlikami. Statystyka ta dowodzi, jak ważnem jest jak najszybsze umieszczanie zaraźliwego gruźlika w sanatorium albo dziecka z jego rodziny w zdrowym środowisku. Autor proponuje czynić to w ciągu 48 godzin od chwili stwierdzenia zaraźliwej gruźlicy. H. L.

Choroby jamy ustnej, gardła, nosa i uszu.

A. OPP. **Przyczynę do obrazu chorobowego anginy pooperacyjnej ze szczególnem uwzględnieniem odczynu krwi po wewnątrznosowym zabiegu operacyjnym.** (Zeit. f. Hals. Nas. u. Ohr., t. 35, z. 3).

Angina jako powikłanie po operacjach wewnątrznosowych występuje stosunkowo często. Chcąc określić odczyn ustroju w przebiegu operacji wewnątrznosowej oraz podczas ewentualnego powikłania ze strony gardła, O. przeprowadzał systematyczne badania morfologiczne krwi w odpowiednich przypadkach. Odczyn ze strony krwi po operacjach wewnątrznosowych wykazuje te same 3 okresy walki (neutrofilowy, monocytowy i limfocytowy), jak po operacjach w okolicach zupełnie wolnych od zarazków. Dla obrazu krwi niema znaczenia, czy zabieg został wykonany na przegrodzie, czy też na muszlach. Najczęściej jednak występuje angina po operacji rezekcji przegrody nosa. J. T e n c e r.

L. FORSCHNER. **Powstawanie guzków śpiewaczych przy niedostatecznem oszczędzaniu głosu w związku z zakażeniami grypowymi.** (Wien. kl. Woch. Nr. 44, 1933).

Niebezpieczeństwa powstawania guzków śpiewaczych można uniknąć tylko dzięki długotrwałemu oszczędzaniu głosu nawet po lekkiej grypie. Celowem jest połączenie tego okresu oszczędzania z kuracją insulinowo - arsenową. Kuracje obchudzające są szkodliwe dla głosu śpiewaków.

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

E. URBANTSCHITSCH. **Toksyczne schorzenia narządu słuchu.** (Wien. kl. Woch. Nr. 43, 1933).

Oprócz kilku przypadków zatrucia zewnątrz i wewnątrzpochoďnego, które doprowadziły do zaburzeń w czynności ucha, autor omawia szczegółowiej przypadek, w którym w bezpośrednim związku ze wstrzykiwaniami tutokainy ze względu na mające być wykonaniem wyluszczenie migdałków

wystąpił nadzwyczaj silny zawrót głowy, tak, że podczas operacji trzeba było przytrzymywać pacjentkę, następnie oczopląs samoistny trzeciego stopnia ku stronie lewej, pozorny obrót przedmiotów ku stronie prawej, nudności, szum w uszach po stronie prawej, osłabienie słuchu. Być może, wystąpiło tutaj krwawienie. W przeciwieństwie do dawnych czasów spostrzegł autor w ostatnich latach kilka przypadków zatrucia po tutokainie, sądzi jednak, że zatrucie pozostaje w związku ze stosowanym jednocześnie preparatem nadnerczy.

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

Choroby serca i naczyń.

E. C. CUTLER, S. A. LEVINE. **Chirurgiczne leczenie dusznicy bolesnej ze specjalnem uwzględnieniem wycięcia gruczołu tarczowego.** (La Presse Médicale Nr. 46, 1934).

Autorzy podkreślają, że do leczenia chirurgicznego nadaje się jedynie t. zw. *angina pectoris simplex* H e b e r d e n a; natomiast bóle dusznicowe, zależne od zakrzepów tętnic wieńcowych lub od schorzeń aorty (tętniak), nie stanowią wskazania do operacji. Autorzy omawiają metody chirurgiczne, stosowane dotąd głównie na nerwie sympatycznym i jego zwojach; naogół wyniki były niedostateczne, co być może wiąże się ze spostrzeżeniem D a n i e l o p o l u, że i w nerwie błędnym przebiegają włókna zwężające, podążające do naczyń wieńcowych serca. Autorzy zwrócili się do nowej metody, zaproponowanej przez B l u m g a r t a i L e v i n e a w przebiegu niedomogi mięśnia sercowego, a polegającej na wycięciu tarczycy. Zachętą do tej nowej metody były następujące spostrzeżenia: 1) szybka poprawa krążenia w przebiegu *thyreotoxicosis* po usunięciu tarczycy, co sprawia wrażenie, jakby układ krążenia nagle uwolniony został od nadmiaru pracy, 2) częstość występowania napadów dusznicy bolesnej po przedawkowaniu tyreoidyny u chorych z obrzękiem śluzakowatym; 3) wysokość metabolizmu nie stanowi o stopniu zgubnego wpływu nadczynności tarczycy na mięsień sercowy; znane są bowiem liczne przypadki ciężkiej niedomogi serca, zależnej od zamaskowanej nadczynności tarczycy; pomimo niskiego metabolizmu, wycięcie gruczołu tarczowego dawało szybką poprawę; 4) autorzy sądzą, że poprawa stanów dusznicowych, osiągana po operacjach na nerwie sympatycznym, zależy od zmniejszenia unerwienia tarczycy. Autorzy wycięli tarczycę w 7 przypadkach dusznicy bolesnej i otrzymali b. dobre wyniki, przyczem poprawa po operacji jest prawie natychmiastowa. Zabiegu należy dokonywać w znieczuleniu miejscowem, przyczem należy zwrócić uwagę na przytarczycę; nieostrożnie wycięte przytarczycy należy wszczepić w mięsień. Jakób P e n s o n.

Julius BAUER (Wiedeń) i René LÉRICHE (Lyon). **Przyczynę do kliniki i leczenia nadciśnienia napadowego.** (La Presse Médicale Nr. 71, 1934).

Zagadnienie nadciśnienia napadowego, znane od czasów P a l a, w ostatnich latach uległo pogłębieniu; wyodrębniono mianowicie postać napadowego nadciśnienia, zależną od guzów kory nadnercza. Autorzy opisują tego rodzaju przypadek. Mężczyzna 40letni cierpi na napady, powtarzające się codziennie zrana, polegające na bledoci twarzy, strachu, nudnościach, biciu serca, pulsacji gałek ocznych, drżeniu kończyn. Po 1 — 1½ godziny objawy cofają się, pozostawiając uczucie ciężkości w głowie. W czasie napadu ciśnienie skurczowe wzrasta, rozkurczowe — bez zmian, lub nawet ulega obniżeniu. Napadom zawsze towarzyszyła znaczna hiperglikemja. Rozpoznano samoistne nadciśnienie napadowe adrenalinopochodne, zależne od guza nadnercza lub od t. zw. paragangliomu, leżącego zwykle blisko aorty lub w okolicy odcinka lędźwiowego nerwu sympatycznego. Spowoduje ciągłych napadów chory był zupełnie niezdolny do pracy. Zdecydowano się na zabieg ope-

racyjny, gdyż ciśnienie w napadzie dochodziło do b. wysokich liczb, co grozi obrzękiem płuc lub wylewem do mózgu. Lokalizacja guza nastroczała wielkie trudności, gdyż palpacja, pyelografia, cystoskopia nie dały żadnych danych rozpoznawczych. Przystąpiono jednak do zabiegu operacyjnego po stronie prawej nerki; jednak nerka i nadnercze prawe nie wykazały zmian patologicznych. Zabieg lewostronny został odroczony, gdyż w czasie operacji wystąpił napad nadciśnienia z krwawieniem do rany operacyjnej. Chory po zagojeniu się rany pooperacyjnej nie zgodził się na zabieg lewostronny, chociaż napady wciąż powtarzały się. Dopiero po roku zwrócił się do L é r i c h e a, który dokonał operacji po stronie lewej i stwierdził przy aorcie guz, który usunął wraz z częścią nadnercza. Okazało się, że histologicznie guz przedstawiał utkanie *paraganglioma*, to znaczy nowotworu z t. zw. ciała Z u c k e r k a n d l a, stanowiących twory chromochłonne, a które są właściwie dodatkowymi nadnerczami; od czasu operacji chory niema wcale napadów i czuje się zupełnie dobrze. Pamiętać należy, że nadciśnienie napadowe adrenalinopochodne różni się od innych rodzajów nadciśnienia napadowego wzrostem ciśnienia skurczowego i hiperglikemją. Niekiedy obok tych objawów występuje zespół zwany *interrenalismus*, a polegający na otłuszczeniu, zaburzeniach sfery płciowej i nadmiernym uwłosieniu. Dotąd operowano 6 przypadków, podobnych do wyżej opisanego; wszystkie zakończyły się zupełnym powrotem do zdrowia.

Jakób P e n s o n.

J. L. De COURCY, C. de COURCY, O. THUSS. **Leczenie nadciśnienia samoistnego zapomocą obustronnego subtotalnego wycięcia nadnerczy.** (The Journ. of the Am. Med. Assoc. T. 102, Nr. 14, 1934).

Leczenie nadciśnienia samoistnego środkami wewnętrznymi nie dało dotąd żadnych wyników. Autorzy sądzą, że główną rolę w powstawaniu nadciśnienia odgrywa przerost nadnerczy. Nowe światło na zagadnienie patogenety nadciśnienia rzuciły przypadki napadowo przebiegającego wzrostu ciśnienia krwi, zależne od guzów chromochłonnych nadnerczy; ogłoszono szereg tego rodzaju przypadków, gdzie usunięcie guzów dawało natychmiastową i trwałą poprawę. Autorzy sądzą, że i trwałe nadciśnienie zależy od nadczynności nadnerczy i analogicznie do nadczynności tarczycy proponują usunięcie operacyjne 2/3 nadnercza z każdej strony. Zabieg przeprowadza się w 2 etapach w znieczuleniu lędźwiowym. Autorzy opisują 2 przypadki nadciśnienia samoistnego; w obu przypadkach ciśnienie około 250/150. Po operacji ciśnienie znacznie zmniejszyło się i dotąd utrzymuje się na niskim poziomie. W 6 przypadkach, operowanych przez autorów, dwukrotnie stwierdzano guzy nadnerczy. Dotąd nie udało się stwierdzić wzrostu adrenaliny we krwi w przebiegu nadciśnienia samoistnego; dopiero ostatnio autorzy japońscy (K u r é, N a k a y a, M u r a k a m i) dowiedli, że przy nadciśnieniu ilość adrenaliny wzrasta we krwi obwodowej i podali metodę własną oznaczania adrenalinemji.

Jakób P e n s o n.

A. W. ADSON, G. E. BROWN. **Przypadek samoistnego nadciśnienia złośliwego, leczony obustronnem wycięciem nerwów sympatycznych oraz przecięciem trzonu nerwu sympatycznego.** (The Journ., of the Am. Med. Assoc. T. 102, Nr. 14, 1934).

Wobec tego, że leczenie nadciśnienia samoistnego środkami wewnętrznymi nie daje żadnych wyników, autorzy sądzą, że należy przystąpić do zabiegu operacyjnego, zwłaszcza, jeśli sprawa dotyczy osób młodych, u których nie stwierdza się niedomogi nerek. Przez przecięcie trzonu nerwu sympatycznego oraz jego gałązek od 6 kręgu piersiowego do 2 lędźwiowego autorzy dążą do wytworzenia rezerwuaru krwi w rozszerzonych naczyniach jamy brzusznej, co ma przeciw-

działać nagłemu wzrostowi ciśnienia krwi. Autorzy obrali teren jamy brzusznej jako największy rezerwuár krwi, a pozątem mieli na celu jednoczesną sympatektomję nadnerczy. Autorzy opisują przypadek 29-letniej kobiety, u której zastosowano wyżej opisany zabieg operacyjny. Już w drugim dniu po zabiegu stwierdzono znaczny spadek ciśnienia krwi. Obniżenie to wraz z ogólną poprawą utrzymuje się dotąd.

Jakób P e n s o n.

Choroby nerwowe i psychiczne.

A. COURTOIS. **O azocyj mózgowego pochodzenia.** (La Presse Médicale Nr. 57, 1934).

Autor omiawia azotemję, występującą w przebiegu schorzeń mózgu; wraz z T o u l o u s e i M a r c h a n d stwierdził wzrost znaczny azotemji w szeregu przypadków ostrych zapaleń mózgu, rozpoczynających się, jak ostra psychoza i kończących się prawie zawsze niepomyślnie; w stanach tych autor stwierdzał znaczny wzrost mocznika we krwi (3 do 8 gr.), przyczem azotemji tej nie towarzyszyły zwykle objawy, typowe dla mocznicy pochodzenia nerkowego; zawartość chloru w surowicy i krwinkach raczej wykazywała tendencję do zatrzymania chlorków, co wyklucza łączność azotemji z chloropenją; wreszcie na autopsji nie stwierdzono żadnych zmian makroskopowych ani mikroskopowych w nerkach. Wzrost mocznika pozątem występuje w napadzie *delirium tremens*, w paraliżu postępującym o szybkim przebiegu (4—8%o mocznika w przypadku autorów), w końcowym okresie gruźliczego zapalenia opon m. rdzeniowych, w epilepsji tuż po napadzie, w rzucawce porodowej, w tężcu, w przebiegu 40 ciężkich przypadków ostrej psychozy K o r s a k o w a (encephalo-myélite parenchymateuse diffuse des alcooliques); wszystkie przypadki w szybkim czasie zakończyły się śmiertelnie; histologicznie stwierdzono rozległe zmiany w mózgu i w rdzeniu. Klinicznie poza psychozą stwierdzono znaczne zaniki mięśniowe oraz wysoką azotemję. Autor sądzi, że zaniki mięśni oraz azotemja zależą od uszkodzenia ośrodków mózgowych, położonych na dnie czwartej komory, regulujących przemianę azotową. Za centralnem pochodzeniem azotemji przemawiają dokładne badania pośmiertne nerek (M a r c h a n d) chorych zmarłych na psychozę K o r s a k o w a; badania te nie wykazały żadnych odchyśleń od normy.

Jakób P e n s o n.

B. BRAHDY, M. LENARSKY. **Zaburzenia polykania w przebiegu choroby Heine-Medina.** (The Journ. of the Am. Med. Assoc. T. 103, Nr. 4, 1934)

Materiał autorów obejmuje 123 przypadki choroby H e i n e - M e d i n a, obserwowane podczas epidemji 1933 r.; w 87 przypadkach stwierdzono trudności w lyanianu. Rokowanie zwykle dobre, gdyż zaburzenia cofają się zwykle po tygodniu; jedynie w 5 przypadkach trudności w polykanianu trwały od 21 do 70 dni. Leczenie polegało na odżywianiu zgłębniakiem oraz stosowaniu płynów odżywczych drogą podskórną, dożylną i w ławatywkach. W paru przypadkach porażenie mięśni oddechowych zmuszało do przetrzymywania chorych w specjalnych pokojach, gdzie stosowano sztuczny oddech w ciągu paru godzin do paru dni.

Jakób P e n s o n.

H. SCHMID. **Anatomja patologiczna zapalenia mózgu poszczepiennego doświadczalnego.** (Encephale Nr. 5, 1933).

Autor postawił sobie za zadanie sprawdzić, jakie zmiany w mózgu powstają pod wpływem zakażenia szczepionką przeciwośpową. Wprowadzał on 0,01 ctm.³ czystej krowianki, po 10 — 40 dniach zabijał zwierzęta doświadczalne t. j. kółki. Wykrył on, że zabieg powoduje przekrwienie tkanki nerwowej, niekiedy jej obrzęk. Opony biorą udział w sprawie chorobowej. Proces rozszerza się wzdłuż żył. Otoczki okołona-

czyniowie niezmiernie obfite składają się z limfocytów, z komórek plasmatycznych, z makrofagów. Głej sąsiedni również buja obficie, natomiast najmniej wykazują rozrostu komórki wielojądrzaste. Komórki glejowe rozrosłe i przeobrażone w komórki siatkowe (Gitterzellen) najobficiej tkwią w warstwie podwyściółkowej. Sama komórka nerwowa nie wykazuje żadnych zmian swoistych; ulega ona jedynie rozpadowi wtórnemu. W konkluzji autor słusznie podkreśla, że cierpienie, wywołane doświadczalnie u zwierząt, nie może być identyfikowane z ospowem zapaleniem mózgu, gdyż to ostatnie przy powstawaniu musi przekroczyć barierę mózgową, zaś w doświadczeniach swoich autor niszczył barierę mechanicznie. Do zagadnienia zasadniczego praca nie wnosi nic nowego. N. Z. Z.

H. HERSCHMANN. **Jakie omyłki rozpoznawcze zdarzają się najczęściej w krwotokach mózgowych.** (Wien. kl. Woch. Nr. 42, 1933).

Przed pomyłkami rozpoznawczymi z guzem mózgu chrońni badanie dna ocznego i zdjęcie rentgenowskie czaszki, które wykazuje zwiększenie i pocięgnięcie wycisków palczastych (*impressionses digitatae*). W podobnych napadach porażenia postępującego i stwardnienia wielogniskowego na właściwą drogę naprowadzają wywiady i szybkie cofania się zaburzeń, w pierwszej sprawie również brak odczynu ze strony źrenic. Jeżeli w rachubę wchodzi stan popadaczkowy, ważne są dla rozpoznania spostrzeganie napadu przez otoczenie albo jego opowiadania o poprzednich napadach. Dalej badanie języka na obecność śladów po ugryzieniach, blizn oraz krwawienia podspojówkowe. W śpiączce mocznicowej i cukrzycowej ważny jest obustronny odruch B a b i Ń s k i e g o, badanie moczu, przedewszystkiem na obecność acetonu, względnie elementów nerkowych, podczas gdy nieduże ilości cukru lub białka mogą się zjawiać w moczu również w krwotokach mózgowych. Badanie dna oczu, wykazujące obraz *retinitis albuminurica* dowodzi oczywiście mocznicy. Jeżeli chodzi o zatrucia, niepokój i zapach spirytualij z jamy ustnej przemawiają za zatruciem alkoholowym, największe zwięźnienie źrenic — za zatruciem morfiną, oczopląs — za zatruciem środkami nasennymi. Również zapalenie mózgu i zapalenie opon mózgowych może się rozpoczynać na podobieństwo udaru mózgowego. Tutaj może przeważnie rozstrzygać tylko przebieg, jednak śpiączka w zapaleniu mózgu nie jest tak głęboka, jak w udarze. W zapaleniu mózgu są również zwykle zachowane odruchy skórne i ścięgnowe. Ciężota ciała bywa w zapaleniu mózgu przeważnie podniesiona, w udarze mózgowym — przeważnie obniżona. A. N e u m a n n (Baden-Wien).

G. BOSCHI. **Wodogłowie wewnętrzne.** (Rev. Neur. T. I. Nr. 6, 1933).

Autor rozpatruje wyłącznie zagadnienie wodogłowia wewnętrznego, odróżniając je od zapalenia opon surowiczego. Zastanawiając się nad źródłami płynu mózgoworzeniowego, przychodzi on do wniosku, zresztą niedosyć umotywowanego, że wytwarza go wyściółka oraz ścianki kanału mózgoworzeniowego na całej ich rozciągłości. Odmawia natomiast spłotowi naczyniastemu udziału w tej czynności. Na jakiej to czyni podstawie, nie jest dosyć jasne. Spłot natomiast ma mieć czynność wyłącznie chłonną. I ten wniosek nie ma w ujęciu autora żadnej mocy przekonywującej. Co się tyczy krążenia płynu mózgowo-rdzeniowego, to uznaje on jeden ruch poziomy od środka układu do obwodu, zaś drugi — pionowy od ogona końskiego ku głowie. Obieg płynu ma mieć na celu wydalanie ciał zużytych z obrotu układu nerwowego. Przyznając, że

naświetlanie promieniami R o e n t g e n a daje dobre wyniki lecznicze w wodogłowie, autor nie może się jednak zgodzić z opinią, że dzieje się tak dzięki wpływowi na spłot naczyniasty. Jak widać z powyższego poglądy autora odbiegają od ogólnie dotąd przyjętych. Wymagałyby zatem gruntownego uzasadnienia, aby mogły przekonać o ich słuszności.

N. Z. Z.

Choroby oczu.

A. CANTONNET. **Poliopja jednooczna a początek zaćmy.** (Monde méd. Nr 840, 1934).

Autor podkreśla, że należy ściśle odróżniać podwójne widzenie dwuoczne, które jest objawem porażenia mięśnia ocznego od podwójnego widzenia jednoocznego (przy patrzeniu jednym okiem), które może być objawem niepełnego zwinięcia soczewki (*subluxatio lentis*), łatwego do rozpoznania, lub początku zaćmy. Lecz triopja lub poliopja jednooczna są pewnymi objawami początku zaćmy. A zatem diplopja jednooczna jest zawsze pochodzenia soczewkowego (niepełnego zwinięcia lub zaćmy) w przeciwieństwie do dwuocznej, która jest pochodzenia mięśniowego. To zaburzenie jednooczne ujawnia się, każąc choremu ustalić wzrok na małym światełku przy zamkniętym drugim oku. Objaw ten znajduje się bardzo często, jeżeli poszukiwać go systematycznie we wszystkich przypadkach początkowej zaćmy. Objawu tego należy poszukiwać, gdyż posiada on bardzo ważne znaczenie rozpoznawcze. Nie należy wruszać ramionami gdy pacjent oznajmi, że widzi kilka świateł jednym okiem, lecz zbadać dokładnie stan jego soczewek. H. L.

De SAINT-MARTIN. **W sprawie leczenia wewnątrzgałkowych ciał obcych.** (Monde méd. Nr. 839, 1934).

W obecnym stanie naszych wiadomości w przypadkach rany drążącej oka z prawdopodobną obecnością w niem odłamek metalowego postępowanie lekarza powinno być następujące: 1) Natychmiastowe zdjęcie rentgenowskie, a nie próba zw. „rozpoznawczą“, zastosowania dużego elektromagnesu. Próbę taką należy uważać w obecnych czasach jako przestarzałą, nielogiczną i niebezpieczną. Jest ona niebezpieczną, gdyż zastosowanie elektromagnesu *a priori* bez znajomości umiejscowienia i rozmiarów przypuszczalnego ciała obcego wewnątrzgałkowego naraża chorego na niepożądane powikłania. Jest nielogiczną, gdyż zastosowanie elektromagnesu jest tem skuteczniejsze i tem bardziej wolne od niebezpieczeństw, im ściślej ustalone jest umiejscowienie odłamka i tem samem punktu, w którym należy przyłożyć elektromagnes. Jest przestarzałą, gdyż tłumaczy się rutyną, która była do wybaczenia wówczas, gdy trudną i skomplikowaną rzeczą było otrzymanie zdjęcia rentgenowskiego, które nademiar były wówczas niewystarczające; obecnie jednak, gdy badanie rentgenowskie jest łatwo dostępne, zaś odpowiednie przyrządy rentgenowskie powinny się znajdować w każdym zakładzie oftalmologicznym, rutyna ta zasługuje na potępienie. 2) Zastosowanie „ręcznego“ elektromagnesu według techniki, podanej przez autora. 3) Jeżeli to postępowanie zawiedzie, zastosować należy olbrzymi elektromagnes. W każdym dobrze zorganizowanym zakładzie oftalmologicznym można i należy wykonać te trzy zabiegi w przeciągu czasu, nie przekraczającego godziny. W ten sposób prowadzona, lecz jedynie przy ścisłym przestrzeganiu wyżej wymienionych zasad, technika usuwania wewnątrzgałkowych ciał obcych będzie uwieńczona w dużym odsetku przypadków powodzeniem. H. L.



MERAN

ZIMOWA stacja KLIMATYCZNA

Sanatorium dietetyczne
D-ra B I N D E R A**STEFANIA**

dla chorób serca, naczyń, żołądka, kiszek, nerek, cukrzycy, reumatyzmu,
katarów dróg oddechowych natury niegruźliczej i rekonwalescentów.

Klimat: słoneczny, suchy, południowo-alpejski.**Położenie zakładu:** w najlepszej części Meranu.**Urządzenia:** najnowsze, wszelki komfort wraz z higieną i idealną czystością.

Środki lecznicze: wodoleczenie, kąpiele wszelkiego rodzaju, sala Zandera, terapia słońcem i światłem, diatermia.
d'Arsonval, elektroterapia, werandowanie.

Kuchnia: wzorowa, diety wszelkiego rodzaju.

Informacji udziela w języku polskim:

Dr. B I N D E R, Merano — Italia.

SPROSTOWANIE.

W numerze 38 z dn. października b. r. w ogłoszeniu „UROTROPIN” i „CYLOTROPIN” wytwórni „Polska Spółka Schering - Kahlbaum z o. o.” mylnie podano adres firmy, który powinien brzmieć:

Polska Spółka Schering—Kahlbaum z o. o.
Warszawa, Grochowska 73, tel. 10.23-58.

Regulamin ogłaszania prac w „Warszawskim Czasopiśmie Lekarskim”.

- 1) Prace, nadsyłane do redakcji, muszą być pisane na maszynie. Wyjątki robione będą tylko dla **rękopisów bardzo czytelnych**. Do każdego artykułu oryginalnego ma być dodane 10—20 wierszowe streszczenie w języku francuskim lub polskim.
- 2) Autorzy prac proszeni są o zwięzłe traktowanie przedmiotu. Wstępy, omawiające dane z piśmiennictwa, statystyki i historii, powinny być możliwie krótkie. Redakcja zastrzega sobie prawo skracania artykułów w porozumieniu z autorami.
- 3) Wykłady kliniczne, prace z klinik, szpitali i pracowni oraz z praktyki prywatnej nie powinny zawierać więcej, niż 6 stron druku, streszczenia zbiorowe i poglądowe oraz artykuły z medycyny społecznej — więcej, niż 8 stron druku. Koszt druku ponad powyższe normy obciąża autorów prac.
- 4) Koszty drukowania tablic i klisz ponoszą autorzy.
- 5) Autorzy otrzymują 25 odbitek swych prac bezpłatnie.

+ verazolon = uwaga verazolon usmierza bole = geo warszawa + +

PRZEPROWADZENIE DIETY BEZSOLNEJ

UMOŻLIWIA



ARTISAL

BEZCHLOROWCOWA, A WYBITNIE
SŁONA SÓL DIETETYCZNA

WSKAZANA W CIERPIENIACH SERCA, NACZYŃ I NEREK, W ZABURZENIACH
PRZEMIANY MATERJI, W CHOROBAH SKÓRY, W GRUŹLICY I PADACZCE



Biblioteka Główna WUM

B.086



400000009823

