

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI 4 RAZY NA MIESIĄC WE CZWARTKI

REDAKTOR ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCA WILHELM KNAPPE

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

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

Rok XII

WARSZAWA, 25 LIPCA 1935 R.

Nr. 27-28

PRACE ORYGINALNE

Wykłady kliniczne

Z oddziału chorób nerwowych szpitala na Czystem.

(Ordynator: doc. dr. Wł. Sterling).

Nawrotowe porażenie nerwów czaszkowych w chorobie Quinckego*)

Podali

J. PINCZEWSKI i W. STEIN (Warszawa).

Przypadek niniejszy zasługuje na uwagę z tego względu, że obrzękowi Quinckego towarzyszą tu przemijające porażenia nerwów czaszkowych, co jest sprawą, spotykaną bardzo rzadko.

Ajz. Ch. 22 letnia panna, z zawodu pracownica domowa, przybyła na oddział doc. Sterlinga 28 sierpnia 1934 r.

Zachorowała po raz pierwszy przed 3-ma laty. Wstała wówczas ze snu z „wykrzywioną” twarzą: lewy kącik ust był ustawiony niżej od prawego, lewego oka nie mogła domknąć, jednocześnie miała uczucie, że lewy policzek jest „drętwy”, dotyku na lewej połowie twarzy nie czuła. Równocześnie spostrzegła, że w okolicy lewego policzka i lewego kąta żuchwowego utworzył się znacznych rozmiarów obrzęk. W następnych godzinach przekonała się, że mówi niewyraźnie — otoczenie nie mogło jej zrozumieć, — że żyje z pewną trudnością, a pokarm podczas jedzenia wypada jej z ust. Miała przy tem „szumy” w uchu lewem, nieznaczne osłabienie słuchu w temże uchu, nieznaczny ból głowy. Łykała dobrze, płyny przez nos nie wracały; nie miała nudności, ani wymiotów. Widziała dobrze. Temperatury nie mierzyła sobie. W ciągu miesiąca od początku choroby wszystkie te objawy uległy stopniowej likwidacji: obrzęk policzka, utrudnienie mowy i żucia ustąpiły w ciągu tygodnia, najdłużej utrzymywało się „przekrzywienie” twarzy, ale i ono, stopniowo zmniejszając się, w ciągu miesiąca ustąpiło.

To samo i w identycznych okolicznościach powtórzyło się przed dwoma tygodniami: chora wstała ze snu z bólem głowy, obrzękiem lewego policzka, „przekrzywioną” twarzą.

Miedzy pierwszem a drugim zachorowaniem czuła się dobrze, pracowała.

*) Przypadek przedstawiony na posiedzeniu Polskiego Towarzystwa Medycyny Społecznej w dn. 22 października 1934 r.

Bólów głowy nie miała, widziała i słyszała dobrze. Obręzków napadowych w innych częściach ciała nie miała. Menstruacje od 14 r. ż., regularnie. Żadnych chorób zakaźnych, specjalnie wenerycznych miała nie przechodzić. W rodzinie na migrenę, ani dychawicę oskrzelową nikt nie cierpiał.

W chwili przyjęcia chorej na oddział badanie obiektywne wykazało, co następuje. W narządach wewnętrznych brak zmian. Skóra zabarwiona prawidłowo. W okolicy lewego kąta żuchwy obrzmienie, przechodzące na policzek. Skóra w tem miejscu jest biała, ciepłoty takiej samej, jak w innych okolicach ciała. Obrzmienie jest nieco tkliwe przy obmacywaniu. Układ chłonny bez zmian. Stan bezgorączkowy.

W zakresie układu nerwowego rozlana bolesność przy obmacywaniu całej lewej połowy głowy, zwłaszcza okolicy skroniowej. Objawów oponowych brak. Ruchy głową swobodne. Gałki oczne osadzone prawidłowo. Nie odwodzi lewej gałki ocznej, pozatem ruchy gałek ocznych swobodne. W spokoju oczopląs poziomy, o drobnych wychyleniach, zwiększający się przy usiłowaniu spojrzenia nalewo. Żrenice okrągłe, jednakowe. Na światło, zbieżność i nastawienie reagują dobrze. Dno oczu norma. Ostrość wzroku obustronnie 5/5. Pole widzenia zachowane. W spokoju wybitna asymetria twarzy na niekorzyść strony lewej: lewa szpara oczna szersza od prawej, lewa fałda nosowo-wargowa mniej pogłębiona, lewy kącik ust ustawiony niżej od prawego. Przy ruchach mimicznych asymetria ta ujawnia się jeszcze wybitniej. Lewej połowy czoła nie marszczy. Przy próbie zamknięcia powiek po stronie lewej nie domyka, jednocześnie z obu stron występuje bardzo żywe trzepotanie powiek (objaw Rosenthala). Po stronie lewej objaw Bell'a. Zaciśka powieki po stronie prawej z siłą dobrą, po stronie lewej usiłuje zaciśnąć z siłą minimalną. Mięśnie żwacze i skroniowe obustronnie napina dobrze i jednakowo. Język wysuwa w linii prostej, swobodnie ruchomy, nie drży, zaników nie wykazuje. Odruch rogówkowy i spojówkowy po stronie lewej słabszy, niż po prawej. Odruch gardzieliowy zachowany. Węch i smak bez zmian; słuch po stronie lewej osłabiony. Czucie dotyku, bólu i temperatury po stronie prawej na twarzy zachowane, po stronie lewej na czole, nosie i policzku osłabione, często przy tem myli się i uklucie bierze za dotyk.

Kończyny górne i dolne pod względem zakresu ruchów czynnych i biernych, napięcia mięśniowego, siły mięśniowej, próby palec-nos, pięta-kolano, diadochokinezy — nie przed-

stawiają odchyłeń od normy. Odruchy, zarówno ścięgnowe, jak i okostnowe, wszędzie jednakowe, umiarkowane. Brzuszne umiarkowane, jednakowe. Podeszwowe: z obu stron podeszwowe zgięcie palców; odruchów patologicznych brak. Wszystkie rodzaje czucia zachowane. Chód prawidłowy. W zachowaniu chorej uderzało ogólne spowolnienie, brak inicjatywy, bierność psychiczna. Z otoczeniem kontaktu nie nawiązała, leży w łóżku lub siedzi na jego brzegu i drzemie. Na zadawane pytania odpowiada głosem stłumionym, matowym, odpowiedzi jej są rozwickle, bardzo często rozpoczętego zdania nie kończy, mówiąc, że trudno jest jej teraz „zbierać myśli”. Mowa jest powolna, cicha, bez jakichkolwiek objawów afatycznych. Mocz bez składników patologicznych, ciężar gatunkowy 1032; krew: Hb. 75%, czerw. ciałek 4.000.000, wsk. 0,92. Białych ciałek 4.800, neutrofilów 70%, limfocytów 25%, kwasochłonnych 2%, młodych i pałeczkowatych 3%. Odczyn W a s s e r m a n n a i citocholowy ujemny; we krwi 12 mg.% wapnia. Przeprowadzona próba hiperwentylacyjna dała następujący wynik: po upływie 4 minut z obu stron zaznaczył się objaw C h w o s t k a, przyczem objaw ten po stronie porażonej, a więc po stronie lewej, był żywszy, aniżeli po stronie przeciwnej. Po upływie 10 minut objaw ten wzmógł się tak wybitnie, że po stronie lewej otrzymywało się go po uderzeniu w żuchwę. W 15 minucie wargi ustawiły się w postaci „pyszcza karpia”, dłonie i palce w skurczu (dłoń położnika oraz t.zw. „Carpopedalspasmus”). Zabieg przedłuża się do 20 min. Objaw C h w o s t k a z obu stron wybitny, kurcz mięśni nadgarstka wzmógł się, „pyszczyk karpia” utrzymuje się. Automatyzacja oddechu. Po przerwaniu zabiegu niebawem wszystkie objawy ustępują. Wkrótce po zabiegu brak objawu C h w o s t k a.

W ciągu pobytu chorej na oddziale obserwowaliśmy stopniowe ustępowanie tych objawów. Najwcześniej, bo w ciągu pierwszego tygodnia, znikł obrzęk w okolicy lewego policzka i kąta żuchwy, zaburzenia czucia i upośledzenie słuchu po stronie lewej. Zdolność odwodzenia oka lewego wróciła dość szybko, jednakże i obecnie przy spoglądaniu w bok zjawia się szereg ruchów nystagmoidalnych. Najdłużej utrzymywała się asymetria twarzy, ale i jej objawy stawały się coraz dyskretniejsze, i w końcu trzeciego tygodnia pobytu na oddziale twarz uległa zupełnemu wyrównaniu. Jednocześnie mogliśmy zaobserwować, że równoległe z poprawą tych wszystkich objawów uległ zmianie stan psychiczny chorej. Szczególnie wydatniło się to w pierwszym tygodniu pobytu chorej, kiedy objawy wahały się: nasilenie ich to zmniejszało się, to rosło. Odpowiednio do tego chora raz była apatyczna, indolentna, mówiła głosem bezbarwnym, przytłumionym, to znów wydatnie ożywiła się, energicznie odpowiadała na pytania, interesowała się otoczeniem, żartowała. W końcu czwartego tygodnia pobytu chorej na oddziale, w okresie, kiedy objawy wyszczególnione uległy prawie zupełnemu cofnięciu się, u chorej naszej zjawiał się nagle w okolicy policzka prawego i na przylegającej części nosa obrzęk dość dużych rozmiarów, niebolesny. Towarzyszyło temu ogólne pogorszenie się samopoczucia chorej. Obrzęk ten trwał około trzech dni.

W streszczeniu przypadek dotyczy 22-letniego osobnika, cierpiącego na napadowo zjawiające się obrzęki w obrębie lewego policzka i lewego kąta żuchwy, którym towarzyszą niewielkie bóle głowy i zaburzenia ze strony nerwów czaszkowych. Badanie stwierdza, że zaburzenia te dotyczą porażenia o b w o d o w e g o l e w e g o n e r w u t w a r z o w e g o, porażenia lewego nerwu odwodzącego, upośledzenia czucia w obrębie pierwszej i drugiej gałązki lewego nerwu trójdzielnego oraz objawów podrażnienia i osłabienia słuchu po stro-

nie lewej. Pozatem stwierdzaliśmy zaburzenia psychiczne.

Z jaką sprawą chorobową moglibyśmy mieć w danym przypadku do czynienia?

W pierwszych dniach pobytu chorej w szpitalu ze względu na jej stan psychiczny, który S t e r l i n g nazywa „biernością psychiczną”, oraz ze względu na zajęcie szeregu nerwów czaszkowych — sądziliśmy, że mamy tu do czynienia ze sprawą nowotworową na podstawie czaszki, względnie z *meningitis serosa recidivans*. Licząc się z możliwością tego rozpoznania, nie dokonano chorej w chwili przybycia na oddział nakłucia lędźwiowego. Trudno jednak było pogodzić z rozpoznaniem guza fakt, że cierpienie to zjawia się u chorej w sposób zupełnie identyczny po raz drugi, aczkolwiek znane są również przypadki, jak np. H a t s c h e k a, gdzie nowotwór podstawy czaszki przebiegał pod postacią napadów twarzoporażnej migreny. Co się tyczy *meningitis serosa recidivans*, to w tych przypadkach nigdy nie można z całkowitą pewnością wykluczyć istnienia guza mózgu. Przeciwnie rozpoznaniu guza mózgu lub *meningitis serosa universalis* czy *circumscripta recidivans* przemawiał brak objawów wzmoczonego ciśnienia śródczaszkowego, w pierwszym rzędzie brak tarczy zastoinowej, zwolnienia tętna, nudności, czy wymiotów, jak również zbyt małe nasilenie bólów głowy, niżby to odpowiadało tak rozległej sprawie, z jaką moglibyśmy tu mieć do czynienia. Rentgenologicznie również żadnych zmian nie wykazano. *Meningitis basilaris luetica* odrzuciliśmy ze względu na brak wszelkich danych anamnestycznych, serologicznych i nietypowość przebiegu. Mogło również wejść w rachubę *polyneuritis cerebri menieriformis*. Do zespołu tego, wyodrębnionego przez F r a n k l - H o c h w a r t a, należy: osłabienie słuchu wraz z szumem w uszach, zawrotami głowy i wymiotami oraz objawy porażne ze strony nerwów czaszkowych, szczególnie nerwu twarzowego i rzadziej nerwu trójdzielnego. Cierpienie to, niezmiernie rzadkie, cechuje jednak bardzo wybitne nasilenie zespołu M e n i e r e a, czego w naszym przypadku nie było: wymiotów ani zawrotów głowy chora nie miała wcale, a szum w uszach był drugoplanowym objawem. Z drugiej strony w chorobie F r a n k l - H o c h w a r t a nie zdarzają się obrzęki, które dominowały w obrazie chorobowym w naszym przypadku. Tak więc ze względu na wybitny, nawrotowy, szybko przemijający charakter zatrzymaliśmy się na dwu okresowo występujących cierpieniach: na m i g r e n i e i o b r z ę k u Q u i n c k e g o.

Postacie migreny z porażeniami nerwów czaszkowych są dobrze znane.

Tu należą migrena okoporażna i opisana przez F l a t a u a, a obserwowana dotychczas w nielicznych przypadkach m i g r e n a t w a r z o p o r a ż n a (Winkler, Bernhardt, Moebius, Rossolimo, H a t s c h e k). W przypadkach tych istniało porażenie nerwu twarzowego. Pozatem w jednym przypadku stwierdzono łączność porażenia nerwu podjęzykowego z migreną. Przypadek taki opisał S i l: u kobiety, cierpiącej na porażenie prawostronne mięśni ocznych wraz z bolesnością punktów uciskowych nerwu trójdzielnego, stwierdzano także w czasie napadów migreny osłabienie prawej połowy języka. Byłaby więc to tem rzadsza postać migreny, bo skojarzona i oko — i twarzoporażna. Przeciwnie rozpoznaniu migreny w naszym przypadku przemawia brak bólów głowy w okresach międzypadawych oraz wszelkich innych objawów, towa-

rzyszających zwykle bólom migrenowym. Bóle głowy nie są tu skargą zasadniczą, lecz mają znaczenie drugorzędne.

Wobec tego zatrzymaliśmy się na drugiej ewentualności, na rozpoznaniu obrzęku naczyńioruchowego *Quincke'go*. Za przypuszczeniem tem przemawiała napadowość cierpienia, któremu towarzyszy za każdym razem ograniczony obrzęk skóry twarzy. Zaburzenia układu nerwowego w obrzęku *Quincke'go* należą wprawdzie do rzadkości, ale były opisywane. Sam *Quincke* określał migrenę nazwą: *hemicrania meningo-oedematosa*, uważając, że w cierpieniu tem występuje ograniczony obrzęk opon mózgowych. *Sterlin* g opisał nawrotowe, umiejscawiające się w różnych okolicach ciała, obrzęki *Quincke'go*, połączone z objawami *Mènière'a*, tarczą zastoinową i niedowładem połowicznym. Ten sam autor opisał obrzęk *Quincke'go* z współzjawiającym się półpaścem. *Kennedy* opisał przypadek obrzęku *Quincke'go*, w którym cztery razy występowało przemijające porażenia połowiczne, przyczem trzy razy u tegoż samego osobnika była obserwowana niemota ruchowa. W innym przypadku obserwował autor ten w czasie zjawiania się obrzęku obustronną głuchotę, porażenie podniebienia miękkiego i języka oraz zaburzenia wzrokowe. *Händler* i *Zandow* a spostrzegali zajęcie nerwu wzrokowego w obrzęku naczyńioruchowym. *Urcelm* a n przedstawił przypadek współistnienia porażenia połowiczego. *Melkels* o n opisuje pacjenta, u którego między trzecim a osiemnastym rokiem życia co dwa tygodnie występowało porażenie nerwu twarzowego z obrzękiem *Quincke'go*. Nasz przypadek można więc zaliczyć również do kategorii obrzęku *Quincke'go* z przejściowemi porażeniami nerwów czaszkowych. Można by to wytłumaczyć bądź obrzękiem samych nerwów czaszkowych, bądź ograni-

czonym obrzękiem opon na podstawie czaszki. Należy jednak wziąć i to pod uwagę, że chora w czasie wystąpienia obrzęku była wybitnie zmieniona psychicznie, była apatyczna, senna, wobec czego nie jest wyłączone, że obok zmian w zakresie czaszkowych nerwów obwodowych istniał również obrzęk samej substancji mózgowej i opon mózgowych, który powodował owe ogólne objawy mózgowe. Na specjalną uwagę zasługuje tu dodatni odczyn hiperwentylacyjny, jak wiadomo, patognomiczny dla stanów tężyczkowych. Świadczyłoby to o wewnętrznej spójni, łączącej stany tężyczkowe, migrenowe i obrzęki naczyńioruchowe *Quincke'go* w jedną grupę o wspólnym prawdopodobnie podkładzie vegetatywnym. W czasie napadu tężyczkowego, który wystąpił w czasie hiperwentylacji, stwierdzono u chorej po stronie porażenia nerwów czaszkowych dodatni objaw *Chwostka*. Nie wdając się w wytłumaczenie tego faktu, podkreślamy jednak, iż dowodzi on niezależności mechanicznej pobudliwości nerwu od zachowania jego przewodnictwa, albowiem pomimo porażenia prawego nerwu twarzowego objaw *Chwostka* udawało się po tejże stronie wywołać z łatwością.

PIŚMIENICTWO:

E. Müller — Angioneurosen. Neue D. Kl. T. I. Wl. Sterling — Objawy oczne w chorobie Quincke'go. Lekarz Wojskowy 1927. Quincke — Über Meningitis serosa und verwandte Zustände Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk 1897. Bd. 9; tenże Zur Pathologie der Meningen. Tamże 1910. Bd. 40. E. Flatau — Migrena 1912. Frankl - Hochwart — Jahr. f. Psych. XXV. Hammerschlag — A. f. Ohr. Bd. 45, 52. Hammerschlag i Berger cyt. według Oppenheima Lehrbuch der Nervenkrankheiten 1923. Hatschek. Über rezidivierende Fazialislähmung. Wiener med. Presse Bd. 4, 1894. Thomas J. Migraine and Hemianopsia. Neur. Zentrbl. 1907. p. 1122. Seifert — Hemikranie und okulomotorische Lähmung. Neur. Zentralbl. 1900, p. 539.

Z klinik, szpitali i pracowni

Z oddziału VI (Ordynator: G. Lewin) i z oddziału V (Ordynator: M. Landsberg) Szpitala na Czystem w Warszawie.

Leczenie ropni płuc maszynem i wlewaniem dożylnem będzwinianu sodu.

Podał

L. GOLDKORN (Warszawa).

Na dużym materjale chorych na gruźlicę płuc stwierdziliśmy w ciągu lat 1933/34 wybitne działanie wysuszające i przeciwwysiękowe dożylnych wstrzykiwań będzwinianu sodu na tkankę płucną, które ujawniło się klinicznie stałym i postępującym spadkiem ilości płwociny dobowej (p. W. Cz. Lek. Nr. 13, 1935 r.).

Działanie wysuszające występowało z reguły prawie w każdym przypadku; o ile chodzi o ilość zastrzykiwanego preparatu, to już dawka 1,0 (5 cm³ roztworu 20%) działała nieznacznie, natomiast dawka 2,0 (10 cm³ roztworu 20%) działała wybitnie.

Bezpośrednio po każdej iniekcji do stałego i jawnego dawki będzwinianu stwierdzaliśmy interesujący objaw, a mianowicie, chory odczuwał w gardzieli i nosie ostry i przyjemny smak i zapach, porównywany przez jednych do zapachu wody kolońskiej, przez innych do

wody kwiatowej, eteru, chorzy zaś inteligentniejsi twierdzili wprost, że odczuwają smak i zapach żywicy.

Nie ulegało więc wątpliwości, że będzwinian sodu, zastrzykiwany dożylnie, wydziela się przez płuca, co stwierdza jego wyraźne powinowactwo do tkanki płucnej (pulmotropizm).

Mieliśmy wrażenie, że przeciętna dawka, wywołująca omawiane sensacje w obrębie nosogardzieli i ust, znajduje się w znacznym stopniu w związku z ilością wydalanej przez chorego płwociny. O ile przeciętnie wystarczało zastrzyknięcie 1½ — 2 gr. (8—10 cm³ roztworu 20%) do wywołania sensacji smakowo - węchowych, o tyle w przypadkach z bardzo obfitą płwociną należało niekiedy dla wywołania tego objawu zastrzyknąć 3, a czasem nawet 4 gr. preparatu (15—20 cm³ roztworu 20%).

Nadto należy wspomnieć, że obok sensacji smakowo - węchowych chorzy doznawali po iniekcji uczucia ciepła w głowie i klatce piersiowej; jedno i drugie znikało po kilku minutach.

Wydalanie będzwinianu sodu przez drogi oddechowe w parę minut po iniekcji, które się ujawnia opisanymi sensacjami smakowo - węchowymi, wydaje się być objawem pewnego nasycenia tkanki płucnej będzwinianem sodu, i na podstawie dotychczasowego doświadczenia, opartego na przeszło 2200 iniekcjach, od-

nieśliśmy wrażenie, że optymalną dawką wysuszającą i przeciwwysiękową jest właśnie ta ilość preparatu, która już wywołuje u chorego swoisty smak i zapach w nosogardzieli oraz uczucie ciepła w głowie i klatce piersiowej.

Wybitne działanie wysuszające przeciwwysiękowe dożylnych wlewań b. s. na tkankę płucną nasunęło nam siłą rzeczy myśl stosowania tej metody w ropniach płuc.

Atoli ocena skuteczności terapeutycznej poszczególnych środków, zalecanych w ropniach płuc (emetyna, salwarsan, dożylne wlewania alkoholu i t. d.) jest często utrudniona z powodu wyraźnej tendencji do samowyleczenia w niektórych sprawach ropnych miąższu płucnego, zwłaszcza w postaciach typu *bronchopneumonia abscedens* (których *sensu stricto* do ropni zaliczać nie należy), oraz w świeżych ropniach popneumonicznych niewielkich rozmiarów. W tych przypadkach spostrzega się nieraz wyleczenie po zwykłej terapii objawowej; toteż sukcesy terapeutyczne, uzyskane tą, czy inną metodą leczniczą, mają w tych razach wartość bardzo wątpliwą. Natomiast istotnie przekonywające wydają się jedynie wyniki dodatnie, uzyskane w przypadkach ze słabą tendencją do samowyleczenia, a przede wszystkim w ropniach przewlekłych, trwających od miesięcy, oraz w sprawach ostrych o ciężkim przebiegu z postępującym rozpadem tkanki płucnej z wytworzeniem się olbrzymich jam i stałą obecnością włókien sprężystych w płwocinie. Nadto rozległe sprawy zgorzeli nowo nie wykazują również skłonności do samowyleczenia.

Przechodzimy do opisu przypadków, które podamy w streszczeniu.

T. M., lat 48, zgłasza się z powodu gorączki oraz kaszlu z obfitą cuchnącą płwociną. Przed 5 miesiącami dostał wśród zupełnego zdrowia klucia w prawym boku, gorączki, męczącego kaszlu z obfitem odpluwaniem. Po kilku dniach płwocina zaczęła mocno cuchnąć. Przez 6 tygodni leczył się w domu, potem został skierowany do Otwocka, gdzie przebywał 2½ miesiąca. Przez cały czas chory miewał b. często dreszcze z podskokami temperatury do 38—39°. Ilość płwociny dobowej zmienna — od ½ szklanki do ½ litra.

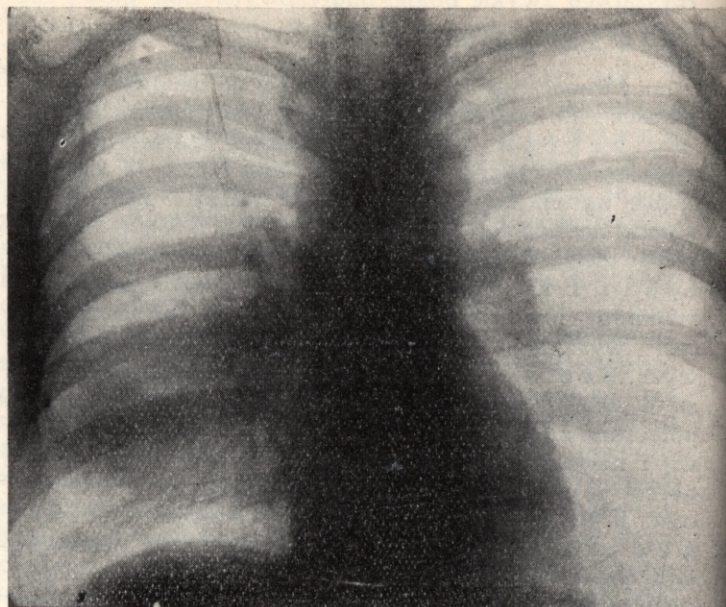
W Otwocku dostał 10 iniekcji neosalwarsanu, po których gorączka ustąpiła, a ilość płwociny spadła do kilku cm³ na dobę. Poprawa trwała przez 2 tygodnie, poczem znów dreszcze, gorączka z coraz obfitszą płwociną. Podczas choroby znacznie schudł.

Stan obecny: przy wejściu do separátky chorego uderza odrażający odór. Budowa prawidłowa. Odżywianie upośledzone (wzrost 172 — waga 56). Po stronie prawej klatki piersiowej od tyłu na wysokości dolnego kąta łopatki zaczyna się przytłumienie szerokości dłoni, sięgające ku pasze. W obrębie przytłumienia liczne rżenia dźwięczne, przeważnie średnio- i grubobańkowe, na palec poniżej kąta łopatki oddech amforyczny. Tętno 96, temperatura w granicach 37,5 do 38,8°, ilość płwociny dobowej — 300 cm³ o charakterze cuchnącym. Poza to nic szczególnego.

W moczu — ślady białka oraz kilka leukocytów w polu widzenia. Płwocina śluzowo-ropna, układająca się w 3 warstwy; K o c h —, włókna sprężyste+, odczyn B i e r n a c k i e g o — 18 min. Morfologia krwi: Hb — 65%, krwinek czerwonych 4.100.000, leukocytów 15.400.

Wzór: Eoz. — 1%, Pał. — 8%, Segm. — 71%, L. — 15%, M. — 5%.

R o e n t g e n (rys. Nr. 1): w dolnej części pola prawego płuca duże ognisko naciekowe z dużą jamą po środku, zawierającą płyn. (Dr. N. M e s z).



Ryc. Nr. 1.

Chory dostał na oddziale 8 iniekcji dożylnych 25% alkoholu po 50,0 oraz 14 iniekcji emetyny podskórnie. Po tej kuracji ilość płwociny spadła z 300 cm³ do 250 cm³. Objawy fizyczne i obraz radiologiczny — bez poprawy: osłabienie postępujące oraz zupełny brak łaknienia. Chory prosił o przepisanie na oddział chirurgiczny dla wykonania zabiegu.

Jako *ultimum refugium* w leczeniu zachowawczem postanowiliśmy zastosować dożylne zastrzykiwania będzwinianu sodu.

Nabraliśmy do strzykawki 20 cm³ roztworu 20%. Po wstrzyknięciu połowy zawartości chory nic nie odczuwał; po kilku minutach przerwy zastrzyknęliśmy resztę zawartości, poczem chory poczuł silne ciepło w głowie i klatce piersiowej oraz doznał przyjemnego ostrego zapachu w nosie i gardzieli. Te sensacje trwały około 5 minut. Następnie zastrzykiwaliśmy codziennie po 20 cm³ 20% roztworu (4 gr. czystego *natrium benzoicum*).

Już po kilku iniekcjach chory czuł się lepiej, kaszał znacznie rzadziej, odpluwał z łatwością, a płwocina zmniejszała się z dnia na dzień; po 10 iniekcjach wynosiła tylko 25 cm³ na dobę, a po 20 iniekcjach wypływał jedynie parę cm³ o charakterze przeważnie śluzowym. Jednocześnie temperatura spadła do normy, łaknienie wróciło, i chory zaczął szybko przybierać na wadze. Również przedmiotowa poprawa była wybitna: stwierdzało się jedynie pojedyncze dyskretne rżenia po kaszlu.

Po postanowiliśmy kontynuować zastrzykiwania aż do zupełnego ustąpienia dyskretnych — zresztą — objawów klinicznych dla zapobieżenia dalszym nawrotom.

Chory dostał jeszcze 12 iniekcji (razem 32 inj.), poczem nie stwierdziliśmy badaniem fizykalnym, poza nieznacznym skróceniem odgłosu opukowego, żadnych szmerów patologicznych. Chory prawie zupełnie przestał odpluwać. Przybytek na wadze w ciągu 5 tygodni kuracji wynosił przeszło 8 kilo.

Kontrolne zdjęcie wykazało zupełne zabliznienie sprawy (patrz. ryc. Nr. 2).

Również badania laboratoryjne wykazały poprawę wybitną.

przed kuracją:
OB — 18 min.

po kuracji:
1 godz. 50 min.

Morfologia krwi:

Hb — 65%

Hb — 90%

cc 4.100.000

cc 5.500.000

bc 15.400

bc 7.200

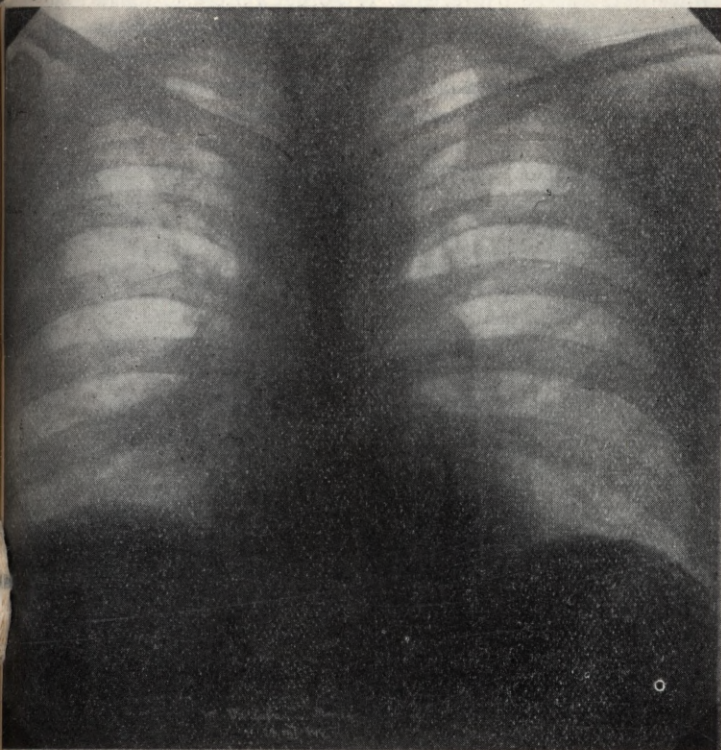
wzór: Eoz. — 1%, Pal. — wzór: Eoz. — 3%, Pal. —

8%, S. — 71%, L. — 15%, 2%, S. — 48%, L. — 41%.

M. — 5%.

M. — 6%.

Chory wypisał się zupełnie zdrowy. Jesteśmy z nim w kontakcie od 13 miesięcy: cieszy się kwitnącym zdrowiem.



Ryc. Nr. 2.

Mieliśmy zatem do czynienia z przewlekłym ropniem płuc, który trwał już przeszło 5 miesięcy, gdzie wszelkie metody, dotychczas stosowane (salwarsan, emetyna, dożylnie wlewania alkoholu), nie dały pełnego efektu. A zatem należałoby w tym przypadku przejść do leczenia chirurgicznego zgodnie z ustaleniem przez tak doświadczonych w tej dziedzinie klinicystów, jak *Sergent, Kourilsky i Baumgarten*, że u dorosłych nie można się spodziewać wyleczenia metodami zachowawczymi, o ile ropień trwał już 2, najwyżej 2½ miesiąca.

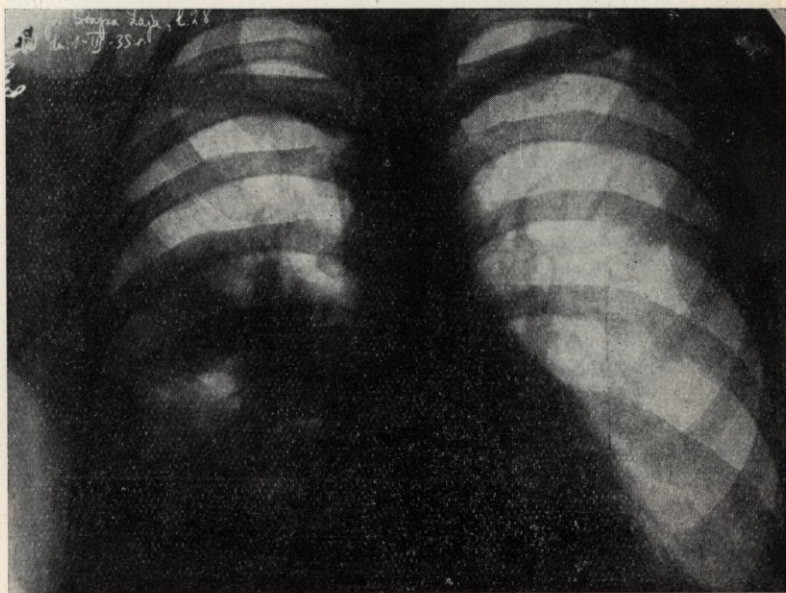
Również *Kindberg i Monod* w swojej obszernej monografii o ropniach płuc twierdzą, że jest rzeczą wprost wyjątkową, aby można było liczyć na wyleczenie samoistne, jeżeli ropień płuc trwa ponad 3 miesiące.

Sądźmy zatem, że w przypadku omawianym mamy prawo przypisać całkowity efekt leczniczy masywnym wlewaniem dożylnym bężwinianu sodu.

Oto jeszcze jeden przypadek ropnia przewlekłego.

G.Ł., l. 31 została skierowana na oddział chirurg. z rozpoznaniem *pleuritis purulenta* dla wykonania zabiegu. Tam wykonano zdjęcie rentgenowskie, które wykazało ropień płuc (patrz ryc. Nr. 3). Chorą skierowano na oddział wewnętrzny. Tu podała, że przed 6 tygodniami dostała klucia w prawym boku, dreszczów, gorączki i kaszlu. Po kilku dniach zaczęła

wypływać duże masy płwociny. Obecnie stale gorączkuje, kaszle dużo i odpływa na dobę około 300 cm³ płwociny śluzowo - ropnej. Od początku choroby znacznie schudła.



Ryc. Nr. 3.

Objektywnie: Pod dolnym kątem prawej łopatki pas przytłumienia szerokości 4-ch palców, oddech przeważnie oskrzelowy, gdzieś z odcieniem amforycznym, liczne rżenia średnio- i drobnobańkowe. Płwocina K—, włókna sprężyste—, OB — 19 min., leukocytoza — 13.800. Wzór: E. — 3%, P. — 11%, S. — 71%, L. — 10%, M. — 5%. W mózgu nic patologicznego.

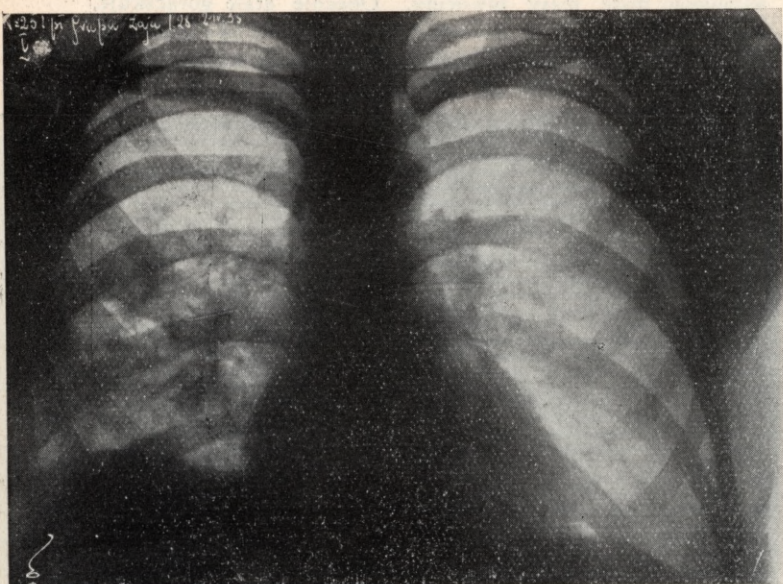
Przez kilkanaście dni chora była leczona środkami objawowymi, przyczem stale gorączkowała i nie wykazała żadnej poprawy.

W 2 miesiące od początku choroby chora zaczęła otrzymywać codziennie iniekcję 20 cm.³ roztworu 20% b. s. W ciągu tej kuracji dobową ilość płwociny zmniejszała się z dnia na dzień, spadając po 15 iniekcjach do kilkunastu cm.³ na dobę. Jednocześnie gorączka ustąpiła miejsca lekkiemu stonowi podgorączkowemu. Badanie fizykalne wykazało również poprawę wybitną; bardzo dyskretne pojedyncze rżenia, występujące jedynie po kaszlu. Oddech oskrzelowy znikł prawie na całej przestrzeni, tylko pod kątem łopatki stwierdzało się oddech chuchający. OB wydłużył się z 19 do 62 min.

Zdjęcie kontrolne (patrz ryc. Nr. 4) wykazało zupełne ustąpienie nacieków oraz jamy w stanie zapadania się, przypominające raczej rozstrzenie oskrzelowe.

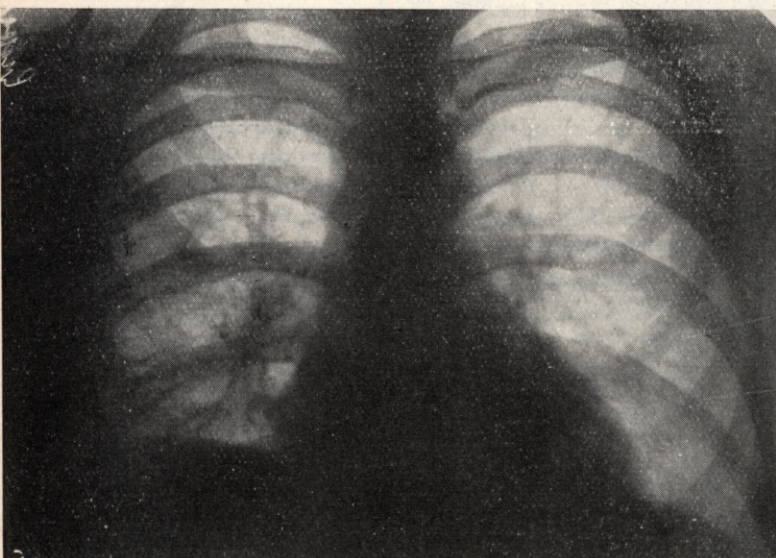
Po tej kuracji chora przez 2 tygodnie nie otrzymywała żadnego leczenia ze względu na to, że z jednej strony trudno było zastrzykiwać do mało drożnych żył, a z drugiej strony spodziewaliśmy się ostatecznego zablźnienia sprawy drogą samoistną. Jednakowoż w ciągu tych 2 tygodni nie stwierdziliśmy tendencji w kierunku samowyleczenia, gdyż dyskretne — zresztą — objawy fizykalne nie znikły, a ilość płwociny dobowej wykazywała raczej tendencję do zwiększania się.

Postanowiliśmy więc kontynuować zastrzykiwania b. s. Chora dostała jeszcze 15 iniekcji po 20 cm.³. Potem stan podgorączkowy zupełnie ustąpił, chora odpływała w ciągu doby zaledwie 2 cm.³ płwociny śluzowej, a szmery patologiczne zupełnie znikły.



Ryc. Nr. 4.

Zdjęcie kontrolne (patrz ryc. Nr. 5) wykazuje jedynie bliznowate zmiany po wygaśnięciu sprawy.



Ryc. Nr. 5.

Również w tym przypadku mieliśmy do czynienia z ropniem *p r z e w l e k ł y m*, gdzie trudno spodziewać się wyleczenia po środkach zachowawczych, a należałoby w myśl wskazań szkoły francuskiej raczej myśleć o interwencji chirurgicznej.

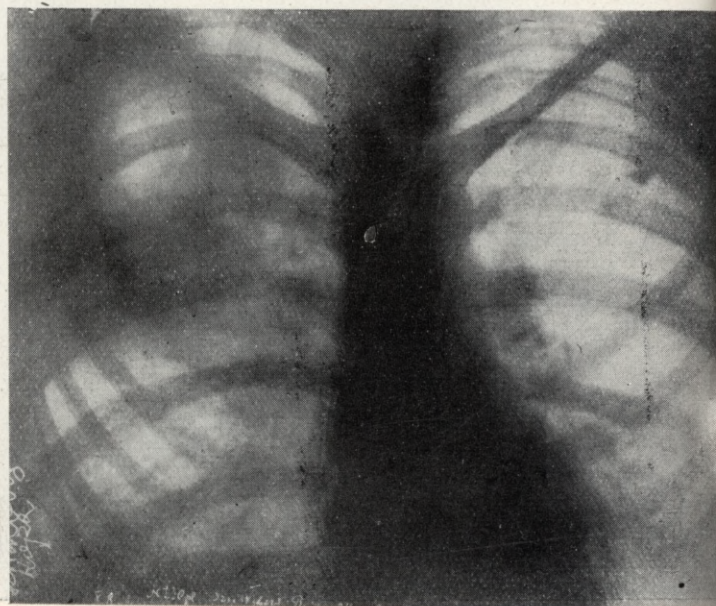
Dlatego też uzyskany pełny efekt leczniczy po benzoterapii należy uważać jako właśnie *propter hoc*, a nie tylko *post hoc*.

Zkolei przytoczymy przypadek rozległego ropnia płuc z szybko postępującym rozpadem, o bardzo ciężkim przebiegu.

S. R. l. 29, została skierowana na oddz. w stanie półzamroczenia. Wobec tego zebrano wywiady u męża, który podał, że chora dostała przed 3-ma miesiącami po porodzie zakrzepu w lewej kończynie dolnej. Leżała wówczas w łóżku przez 3 tygodnie i czuła się słabo. Przed 3 tygodniami dostała dreszczów, gorączki, bólów w klatce piersiowej oraz silnego kaszlu, po którym odpluwała ogromne ilości płwociny (około 1½

szklanki na dobę) z domieszkami krwi. Od tego czasu gorączkuje wysoko, zwłaszcza wieczorami, kaszle dużo i odpluwa płwociną pełnymi ustami.

Objektywnie: chora apatyczna, z trudem odpowiada na zadawane pytania. Budowa prawidłowa, skóra i śluzówki blade. Tętno 120, miarowe. Temperatura ranna normalna, wieczorna przekracza 40°. Badanie fizykalne stwierdza znaczne przytłumienie po stronie prawej od szczytu, sięgające na 2 palce poniżej dolnego kąta łopatki, a z przodu do 3-go żebra. W obrębie przytłumienia nieliczne rżężenia drobnobańkowe oraz świsty i fureczenia. W górnej 1/3 części łopatki oddech oskrzelowy z wyraźnym odcieniem amforycznym oraz liczne rżężenia średnio- i grubobańkowe o charakterze przelewającym. *R o e n t g e n* (p. ryc. Nr. 6): po stronie prawej górny płat zupełnie zaciemniony; po środku — 2 jamy.



Ryc. Nr. 6.

W moczu: B — 0.03%, urobilinogen ++, pozatem nie szczególnego.

Plwocina: K—, włókna sprężyste +.

Morfologia krwi. Leukocytów 13.800. Wzór: eoz. -- 0%, pal. 16%, segm. — 70%, limf. — 9%, mon. — 5%.

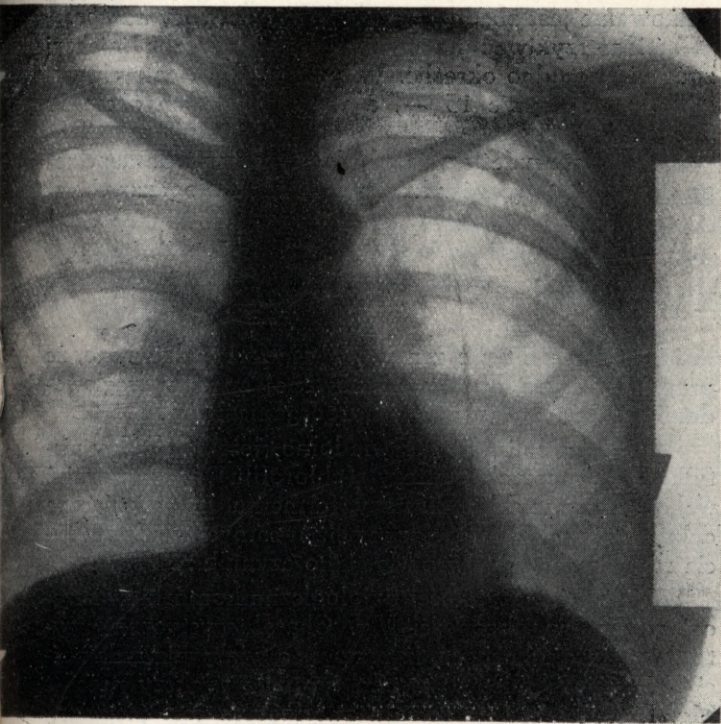
W ciągu 1-go tygodnia pobytu w szpitalu stan chorej był b. ciężki. Ciepłota o charakterze septycznym. Chora zupełnie apatyczna, prawie nie odpowiadała na zadawane pytania i odmawiała przyjęcia pokarmu. Dwukrotnie wystąpiły objawy zapaści: chora bardzo zbładła, pokryła się obfitym zimnym potem. T° spadła poniżej normy, tętno dochodziło do 160, nitkowane, tony serca — głuche. Pozatem chora miała codziennie raz, a czasem nawet 2 razy silne dreszcze.

Zastrzyknęliśmy chorej 20 cm.³ roztworu 20% będzwinianu sodu. Podczas zastrzykiwania chora wskazała na bóle na ramieniu wzdłuż przebiegu żyły, które od razu ustąpiły. Bezpośrednio po iniekcji uderzyło nas, że chora stała się znacznie rażniejsza, apatja i stan półzamroczenia jakby przeszły. Chora stała się rozmowna, podając, że czuje w gardle i w nosie smak i zapach, jakby wypaliła dobrego papierosa.

Już po kilku iniekcjach t° zaczęła opadać litycznie, a ilość płwociny dobowej gwałtownie zaczęła się zmniejszać. Objektywnie stwierdziliśmy już po 8 iniekcjach ustąpienie rozległego przytłumienia po stronie prawej, z którego pozostał jedynie wąski pas na grzebieniu łopatki, gdzie wysłuchiwalismy jeszcze objawy jamowe. Po 10 iniekcjach temperatura była stale podgorączkowa, a ilość płwociny dobowej nie prze-

kraczała 25 cm.³ (przed kuracją przekraczała 300 cm.³ na dobę). Zaprzeszaliśmy więc dalszych iniekcji b. s. wobec bardzo mało drożnych żył pacjentki w nadziei, że dalsza poprawa nastąpi samoistnie. Po 5 dniach wystąpiły znów silne dreszcze z gorączką do 40°, a płwocina zwiększyła się do 150 cm.³ na dobę, tętno ze 100 — na 120 uderzeń na minutę. Chora, która już jadła z apetytem, przestała przyjmować pokarmy.

Wobec tego zaczęliśmy znów zastrzykiwać codziennie 20 cm.³ 20% b. s. Efekt był również i tym razem wybitny i szybki. Po 12 dalszych iniekcjach (razem 22 inj.) chora była już w stanie rekonwalescencji: stan bezgorączkowy, tętno 84, ilość płwociny dobowej nie przekraczała 5 cm.³ i to o charakterze śluzowym, a co najważniejsze, — badanie fizykalne wykazało zupełny brak rzeżeń oraz zniknięcie objawów jamowych. Zdjęcie, wykonane w miesiąc po pierwszym zdjęciu, wykazało zupełne cofnięcie się ogromnego nacieku oraz zupełne zablźnienie rozległych jam (p. ryc. Nr. 7).



Ryc. Nr. 7.

Badanie laboratoryjne wykazało również poprawę wybitną. Leukocytów — 7.400. Wzór: eoz. — 6%, pal. — 3%, segm. — 39%, limf. — 41%, m. — 11%.

Mieliśmy więc w przypadku omawianym do czynienia z ropniami płuc z rozległym rozpadem tkankowym o bardzo ciężkim przebiegu, które nie wykazywały najmniejszej tendencji do samowyleczenia; raczej odnieśliśmy wrażenie, że przypadek idzie *ad exitum* (dwukrotna zapaść!). Według klasyfikacji K i n d b e r g a przypadek ten należałoby zaliczyć do postaci posocznicy (forme septicémique), które autorzy francuscy zaliczają do nader złośliwych, kończących się z reguły śmiertelnie.

Dwukrotny szybki efekt benzoterapii dożylniej, szybkie wyleczenie kliniczne i radiologiczne, mimo groźnego przebiegu i rozległego rozpadu tkankowego, świadczą dobitnie o skuteczności tej metody leczniczej.

Pacjentka omawiana jest przeszło rok pod naszą obserwacją — cieszy się zupełnym zdrowiem.

Zkolei przytoczymy pokrótce przypadek rozległej zgorzeli płuc.

A. S., lat 41, dostał nagle dreszczów, gorączki i zaczął odpluwać obfitą płwociną. Po kilku dniach płwocina przybrała charakter coraz bardziej cuchnący, tak, że przykro było stać w pobliżu chorego.

Obiektywnie: skrócenie odgłosu opukowego po stronie prawej od szczytu do dolnej 1/3 części łopatki, a z przodu do 3-go żebra. W obrębie przytłumienia liczne rżenia drobnoślukowe; w drugim międzyżebżu z przodu oddech amforyczny i rżenia wielkokalibrowe. T° w granicach 37,5 — 39,4, tętno 112, oddechów 36 na minutę. Wybitne ołabienie; chory nie może jeść, bo każdy pokarm ma dla niego „smak zgniłych jajek“. Badanie płwociny: K—, włókna sprężyste +.

Zastrzyknięto choremu 0,15 neosalwarsanu. Natychmiast po iniekcji wystąpiły objawy zapaści: blada twarz, pokryta kroplami zimnego potu, tętno 160, a temperatura spadła z 38,6 do 35,2.

Zaniechano wobec tego dalszego stosowania terapii salwarsanowej.

Po 2-ch dniach zastrzyknęliśmy 20 cm.³ 20% b. s.

Po 3-ch dniach kuracji b. s. ilość płwociny zmniejszyła się nieznacznie, natomiast odrażający jej odór był o wiele słabszy: w pobliżu chorego nie czuć było nic przykrego, a dopiero bezpośrednie wachanie płwociny wykryło jej gnilny zapach. Przytem chory zaczął chętniej jeść, nie odczuwając „smaku zgniłych jej“ w ciągu kilku godzin po iniekcji.

Wobec tego zaczęliśmy stosować iniekcje b. s. 2 razy dziennie po 20 cm.³ roztworu 20%. Po 6 dniach podwójnych iniekcji nastąpiła radykalna porawa: temperatura spadła prawie do normy (36,0—37,2), tętno 88, ilość płwociny dobowej 5—10 cm.³ niecuchnącej. Rżenia nad prawym górnym płatem stwierdzało się już jedynie z przodu w drugim międzyżebżu i to pojedyncze, tylko po kaszlu, tamże zamiast oddechu amforycznego — oddech chuchający, ledwie zaznaczony. Zkolei chory dostał jeszcze 8 iniekcji raz dziennie po 20 cm.³ (razem 23 iniekcje), poczem znikły zupełnie wszelkie szmery patologiczne nad górną połową prawego płuca; chory był w stanie postępującej rekonwalescencji.

W omawianym przypadku uderza nas w pierwszym rzędzie działanie przeciwnie benzoterapii dożylniej obok wybitnego działania wysuszającego przeciwwysiękowego.

Odnieśliśmy wrażenie, że dawkowanie n. b. masywne odgrywało tu rolę niepoślednią.

—o—

Należałoby słów kilka poświęcić działaniu tej metody leczniczej w rozstrzeniach oskrzeli.

Dotychczas spostrzegaliśmy 5 przypadków. We wszystkich stwierdziliśmy stopniowe i stałe zmniejszanie się płwociny dobowej z kilkuset do kilkunastu, a nawet do kilku cm.³. Efekt ujawniał się z reguły po 10—15 iniekcjach.

Znamienne były w tych przypadkach dawki działające: w jednym przypadku uzyskaliśmy wynik dodatni już przy dawce dziennej 10 cm.³ roztworu 20%, w 3 — dawka 10 cm.³ dała efekt nieznaczny, i dopiero jej zwiększenie do 20 cm.³ dało efekt wybitny, a w jednym przypadku należało powiększyć dawkę aż do 30 cm.³, aby otrzymać wydatne zmniejszenie płwociny dobowej.

Warto podkreślić, że we wszystkich przypadkach dopiero dawka skuteczna wywołała „objaw nasycenia“: sensacje smakowo - węchowe oraz uczucie ciepła w głowie i w klatce piersiowej; a więc w jednym przypadku wystąpiły te objawy już przy 10 cm.³, w 3-ch przypadkach — przy 20 cm.³, a w jednym dopiero przy 30 cm.³. Wydaje się nam, że dawka skuteczna była w poszcze-

gólnym przypadku w pewnym stosunku do ilości płwociny dobowej.

Z reguły efekt, uzyskany w rozstrzeniach oskrzeli, był tylko przejściowy i trwał zaledwie kilka tygodni, poczem ilość płwociny zaczęła się stopniowo zwiększać, aż doszła do ilości pierwotnej.

—o—

Moglibyśmy jeszcze przytoczyć kilka przypadków ś w i e ż y c h ropni popneumonicznych z niezbyt wydatnymi objawami ogólnymi, gdzie benzoterapia dożylna dała wyniki doskonałe. Sądzymy jednak, że sukcesy terapeutyczne, uzyskane w tych razach, posiadają wartość niewielką ze względu na samowyleczenie, które w tych przypadkach jest zjawiskiem nader częstym.

To samo da się powiedzieć o przypadkach typu *bronchopneumonia abscedens*, których właściwie do ropni zaliczać nie należy.

D a w k o w a n i e i t e c h n i k a w s t r z y k i w a ń.

Przeciętna dawka dzienna w ropniach płuc powinna wynosić 20 cm³ roztworu 20% (4 gr. *natr. benzoici in substantia*).

Nie należy jednak uważać tego za dawkę maksymalną, a w razie braku „objawu nasycenia“ należy dawkę tę znacznie zwiększać, aż do otrzymania omawianych

sensacji węchowo - smakowych. Jest to, naszym zdaniem, *conditio sine qua non* — dla uzyskania pełnego efektu leczniczego. W jednym przypadku doszliśmy w ten sposób aż do 50 cm³ (10 gr. czystego *natr. benzoicum!*) bez szkodliwych następstw dla chorego.

W rozległych sprawach zgorzelinowych można wstrzykiwać 2 razy dziennie po 20 cm³, a po uzyskaniu poprawy przejść do iniekcji jednorazowych dziennie.

Ważna jest technika wstrzykiwań: wstrzykiwać należy bardzo powoli i dokładnie, wciągając kilkakrotnie krew do strzykawki podczas zastrzykiwania (krew w roztworze będzwinianu sodu nie krzepnie!). Iniekcja 20 cm³ winna trwać przeszło 5 minut.

C z y s t o ś ć p r e p a r a t u j e s t r z e c z ą p i e r w s z o r z ę d n e j w a g i. Z preparatów, będących u nas do nabycia, najlepszym okazał się H e y d e n a (*Natr. benzoicum purissimum* H e y d e n).

Preparaty nieczyste dają dreszcze i gorączkę. Ampułkowanie jest zbędne, można robić roztwory *ad hoc*.

Zastrzykiwać należy codziennie. Liczbę iniekcji zgóry jest trudno określić. W przypadkach ostrych wystarczy przeciętnie 15 —, a w przewlekłych około 30 iniekcji.

Kurację należy z reguły kontynuować do zupełnego ustąpienia objawów klinicznych i radiologicznych.

Z praktyki prywatnej

Przyczynek do badań nad solami magnezowymi.

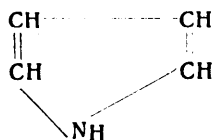
Podał

Dr. med. Jakób SIEDLECKI (Wolkowysk).

Temat ten był niejednokrotnie poruszany przez różnych autorów, prace ich nad znaczeniem magnezu rozrzucone są w dziesiątkach czasopism i monografii. Obecny artykuł mój jest wynikiem przestudjowania rozległej literatury, dotyczącej tego zagadnienia z dodatkiem ziarnka doświadczenia z własnej praktyki lekarskiej na prowincji.

Magnez występuje w glebie, w świecie roślinnym i zwierzęcym. W glebie znajduje się w postaci soli: węglanów (dolomit), siarczanów, chlorków i krzemianów.

W świecie roślinnym zajmuje poważne miejsce, jako składnik chlorofilu. Jak wykazali polscy badacze N e n c k i i M a r c h l e w s k i, chlorofil jest zbliżony do hemoglobiny kręgowców. Jak Hb, tak chlorofil mają wspólne ogniwo, z którego pochodzą mianowicie P y r r o l, którego wzór chemiczny jest:



W czerwonym barwniku krwi kręgowców pochodne pyrrolu są związane z żelazem (Fe). Związki żelaza są, jak wiadomo, dobrymi katalizatorami dla reakcji utleniania i redukcji; dlatego zrozumiałe jest ich działanie fizjologiczne w procesach oddychania.

Chlorofil natomiast zawiera pokrewne pochodne pyrrolowe w postaci sprzężonego związku magnezowego. Związki magnezo - organiczne nadają się do czyn-

ności s y n t e t y c z n y c h, nic więc dziwnego, że przyroda używa do skomplikowanej syntezy węglowodanów także związku magnezoorganicznego.

Udział soli Mg, jak wiadomo, jest niezbędny nie tylko w procesach syntezy (chlorofilu), lecz również wchodzą one w skład diastazy, fermentu, hydrolizującego cukry złożone. Toteż widzimy, iż u samych podstaw życia roślin wchodzi w grę Mg, jako czynnik niezbędny.

Również czynności fizjologiczne komórki zwierzęcej wymagają obecności Mg. Charakterystyczna prztem jest ta okoliczność, iż narząd, o większej wydajności pracy musi mieć w swoim składzie większy procent Mg. I, jeśli wapń w ustroju zwierzęcym jest pierwiastkiem konstrukcyjnym, to Mg gra rolę aktywatora.

Badanie składu chemicznego poszczególnych tkanek wykazuje, iż w tkance kostnej, należącej do narządów biernych *par excellence*, zawartość Ca do Mg ma się jak 80 : 1. Natomiast w mięśniach mamy stosunek Mg : Ca jak 2 : 1. Dużą zawartość Mg wykazuje tkanka mózgowa. Zależnie od wieku osobnika i związanych z wiekiem odmiennych wymagań, stawianych poszczególnym narzodom, zmienia się również ilość magnezu w nich, jak również stosunek do Ca. Mianowicie: w życiu płodowym i w dzieciństwie przeważa Ca. Grasica jest jakgdyby zbiornikiem Mg. Po osiągnięciu dojrzałości płciowej wraz z zanikiem grasicy zawartość Mg zwiększa się wydajnie w tkance mózgowej i jądrach.

W wieku starczym ilość Mg w tkankach znowu opada, między innymi w jądrze starca stwierdzono stosunek Ca do Mg jak 3 : 1, podczas gdy w jądrze młodzieńcem stosunek ten jest równy Mg : Ca jak 2 : 1.

Te rozważania prostą drogą muszą nas doprowadzić do myśli, że, o ile w ustroju roślinnym i zwierzęcym magnez odgrywa tak wybitną rolę, to *eo ipso* — gleba, z której roślina czerpie swe pożywienie, musi

wywierać odpowiedni wpływ na rozwój roślin zależnie od zawartości tego pierwiastka.

W sprawozdaniu, złożonem Akademii Lekarskiej w Paryżu dnia 9 lipca 1929 r. przez prof. D e l b e t a, podano do wiadomości Akademii nadzwyczajne wyniki, osiągnięte w rolnictwie za pomocą nawożenia fosforanem amonowo - magnezowym. D e l b e t i jego uczniowie (V i l a i n) zastosowali również chlorek magnezu mimo twierdzenia francuskich autorów, którzy uważali $MgCl_2$ za gwałtowną truciznę dla roślin. Zastosowane do sztucznego żywienia roli mieszaniny $MgCl_2$ z innymi solami, jak siarczan amonu i azotan wapnia, dały jak dla zbóż, tak też dla ogrodowizny nieoczekiwane wyniki, mianowicie, kilkakrotnie pomnożyły dotychczasowe plony. Odkrycie D e l b e t a i jego uczniów było rewelacją w kołach agronomów i pobudziło świat naukowy do skontrolowania i przewertowania dotychczasowych poglądów na rolę magnezu w rolnictwie. Innymi słowy, przez dodawanie magnezowych soli do gleby produkty rolne ulegają poprawie jakościowej i ilościowej, a ze względu na rolę magnezu, jako czynnika aktywującego funkcję komórek zwierzęcej, poprawia się stan odżywiania ludności.

Stwierdzono wielokrotnie dobroczynne działanie magnezu na ustrój zwierzęcy i ludzki, między innymi działanie cytofilaktyczne, wpływ na komórkę nerwową, skórę, nerki, działanie odtruwające i t. d. (o czym dokładnie niżej).

Zaobserwowane m. in. przez szkołę D e l b e t a zjawisko, iż liczba rakowatych jest znacznie większa w okolicach, gdzie gleba i woda zawierają mniej Mg, pobudziło R o b i n e t a do dokładnego zbadania tej sprawy. R o b i n e t zupełnie dokładnie sprecyzował stosunek zawartości magnezu w glebie i wodzie w niektórych okolicach Francji do liczby przypadków śmierci z powodu raka. Jego badania w zupełności potwierdziły tezę D e l b e t a: śmiertelność w poszczególnych okolicach zależnie od zawartości Mg w glebie waha się od 3,5 do 8,5 na 10.000 mieszkańców.

10 lipca 1928 r. prof. D e l b e t wygłosił w paryskiej Akademii lekarskiej odczyt o roli Mg. w żywieniu. Ludzkość współczesna cierpi według niego ra brak magnezu. Ponieważ liczba chorych na raka zwiększa się nieustannie we wszystkich krajach kulturalnych, musimy przyjąć, że warunki odżywiania świata cywilizowanego w ciągu ostatnich trzech — czterech dziesiątków lat znacznie się zmieniły, i to na gorsze. D e l b e t wywodzi, że, dzięki współczesnym rafinerjom soli, spożycie magnezu (w postaci $MgSO_4$ i $MgCl_2$) spadło do 40—50 g rocznie na każdego spożywcę. Szara i nieoczyszczona sól ma pierwszorzędne higieniczne i lecznicze właściwości właśnie dzięki obecności soli magnezowych.

Jak podaje F a l l s c h e e r - Z ü r c h e r (Jeruzolima), kocujące szczepy Azji, które żywią się przeważnie chlebem z dużą zawartością otrąb i solą nieoczyszczoną (wydobywaną z Morza Martwego), wykazują statystykę zachorowalności na raka 200 razy mniejszą, niż ludy Europy.

Drugim składnikiem naszego żywienia, który powinienby dostarczyć nam w pokażnej ilości soli magnezu, jest chleb. Magnez stanowi część składową otrąb ziaren zbożowych; „udcskonalenie” zaś produkcji mąki spowodowało usunięcie magnezu wraz z otrębami.

B r e t e a u zbadał pod względem zawartości

magnezu poszczególne gatunki mąki i skonstatował, co następuje:

Lepsza mąka pszenna	zawiera 8 mgr. mg. na 100 gr.
chlebową	11 mgr.
na paszę	25 mgr.
kłajstrową	62 mgr.
otręby białe	70 mgr.
otręby ciemne	116 mgr.

D e l b e t drastycznie się przytem wyraża: „Qu on ne s'etonne pas si le betail se porte souvent mieux, que ceux qui le soignent”.

Przypomnijmy sobie przy tej sposobności, że wszyscy reformatory sprawy odżywiania na Zachodzie, jak lekarze, tak laicy, jak chemicy, tak fizjolodzy — od 40 lat propagują używanie chleba razowego, jako bardziej pożywnego i pobudzającego czynność przewodu pokarmowego. Jednak bez rezultatu: im dalej na Zachód, tem chleb razowy coraz skuteczniej wyrugowuje się z użycia.

Trzeciej przyczyny deficytu magnezowego należy według D e l b e t a doszukiwać się... w rozwoju rolnictwa. Współczesne rolnictwo, dodając do gleby potasu, a nie uwzględniając magnezu, przyczynia się do zmniejszenia ilości Mg w roślinach jadalnych, tem samem w naszym bilansie ustrojowym. Tu znowu D e l b e t nawiązuje do wpływu braku magnezu w żywieniu na powstawanie zaburzeń nerwowych, skórnych, trawiennych i żółciowych, a zwłaszcza raka.

(We Frieslandji, gdzie magnez znajduje się w obfitości w glebie, zboże, ziemniaki, len nie uwsteczniają się, bydlęta zaś jest tak piękne i zdrowe, że eksportuje się je daleko poza granice kraju).

Dochodzimy za D e l b e t e m do wniosku, że żywienie nasze powinno zawierać więcej Mg dla usprawnienia czynności życiowych naszego ustroju.

W dalszym ciągu niniejszego artykułu omówimy wpływ magnezu, pobieranego z pokarmów, na fizjopatologię naszego ustroju.

Teoria M i e c z n i k o w a o znaczeniu fagocytozy dla odporności organizmu dotychczas jeszcze zachowała niezachwianą wartość i wśród środków, potęgujących działanie fagocytów, Mg zajmuje czołowe miejsce. D e l b e t i jego uczniowie udowodnili to nacznie *in vitro*, jak i *in vivo*. Mianowicie dowiedli, że po nasyceniu solami magnezu wielojądrzaste ciała krwi wykazywały kilkakrotnie wzmożoną fagocytozę (do 300% i więcej). Dzięki tym właściwościom spożywanie chlorowców magnezu potęguje odporność ustroju, wzmacnia jego siły życiowe i chroni ustrój przed fizjologicznym i patologicznym (przedwczesnym) zużyciem się, czyli, innymi słowy, wpływa „odmładzająco” na organizm. Liczne próby, poczynione w tym kierunku, dowodzą niezbicie, iż osobnicy spożywający stale pewną ilość chlorku magnezu, doskonale konserwują swoje siły fizyczne i psychiczne, są odporni na zmęczenie i odzyskują chęć do pracy, jak również pozbywają się pewnych objawów starczych.

Przytaczamy dwa przypadki z praktyki.

P r z y p a d e k 1. N. L., lat 66, emfizematyk, od pół roku używał naczecz $MgCl_2$ w ilości 1,0; w wyniku tego leczenia doznaje poprawy ogólnego stanu, pewnej euforii, poprawy w oddychaniu oraz ustąpienia duszności wysiłkowej i kaszlu.

P r z y p a d e k 2. I. S., lat 54, stale skarżący się na cały szereg dolegliwości (m. in. zaburzenia żołądkowe i bóle

głowy), po kilku tygodniach spożywania Mg w postaci tabletek Delbiase ponownie zjawia się u mnie z pytaniem, czy może nadal używać tego środka, ponieważ odczuwa znaczną ulgę. Chory ten cierpiał (jak wymienilem) na uporczywe bóle głowy (prawdopodobnie na tle sklerotycznym), które nie ustępowały po leczeniu jodem, ani bromkami i inn.

Teoria powstawania raka C o h n h e i m a i R i b b e r t a utrzymuje, że komórka rakowa jestto komórka embrjonalna, zachowująca tak długo w utajeniu swoją zdolność potencjalną do bujania, dopóki nie zaistnieją warunki odpowiednie do jej rozwoju, a to dzięki zużyciu się (starzeniu się) sąsiadujących z nią komórek „dorosłych” ustroju. Skuteczne zwalczanie raka i zapobieganie polegałoby na utrzymaniu tężyzny życiowej tkanek organizmu dla przeciwwagi rozwojowi komórki embrjonalnej. Może wpływ dodatni magnezu w tym kierunku, niejednokrotnie zaobserwowany przez szkołę D e l b e t a, polega właśnie na tem dobroczynnem działaniu tego pierwiastka na odmłodzenie komórki ustrojowej, na aktywacji w niej czynników syntezy chemicznej i na dodatniej roli w jej metabolizmie, tem samem — na uzbrojeniu ustroju w zasoby tych czynników dla skutecznej walki z wyłamującą się z „kollektywu” wybujalą komórką embrjonalną.

D e l b e t, broniąc swej tezy o zależności liczby rakowatych od ilości Mg w glebie danej okolicy — i propagując zmianę pożywienia narodów cywilizowanych w kierunku pobierania w większej ilości soli magnezowych (p. wyżej) wprost oświadcza: „Je crois pouvoir affirmer que, grace a la saturation de l'organisme en magnesium, le nombre des cancéreux diminuera notablement”.

Wpływ odmładzający magnezu może zależeć również od tej jego właściwości, że przeciwdziała objawom sklerotycznym, obniżając wzmożone ciśnienie krwi.

H. L i s s n e r wypróbował w 1000 zgórą przypadków wśródzylne wstrzykiwania $MgSO_4$ w nadciśnieniu i związanych z niem zaburzeniach ze strony oka. Podawał on codziennie drogą wśródzylną po 10 cm³ 10% roztworu, dawkę tę bez żadnej szkody stosował w ciągu 30 dni. Wynik występował przeważnie już po kilku wstrzykiwaniach, które obniżały jak ogólne nadciśnienie, tak i ciśnienie wewnątrzgałkowe. Zmiany oczne cofały się, wysięki i krwawienia do siatkówki szybciej się wchłaniały, groźba oślepienia zmniejszała się wyraźnie. (Californ. and West. Med. 5-1934 — cyt. z Prasy Lekarskiej — listopad 1934).

Działanie tonizujące Mg na komórkę nerwową objawia się dobitnie u ludzi, pracujących umysłowo. D u b a r i V o i s e n t skonstatowali, że nadmierna praca umysłowa zwiększa wydzielanie Mg z moczem. Spożycie magnezu przywraca zdolność do pracy zmęczonemu umysłowo pracownikowi. Z własnej praktyki mogę przytoczyć kilka faktów dodatniego działania $MgCl_2$ na osoby, pracujące umysłowo, zwłaszcza w wieku starszym. W ostatnim czasie zastosowałem $MgCl_2$ tytułem próby u pewnej pacjentki (z rodziny lekarza) z bardzo dobrym wynikiem, m. in. ustąpiło u niej dokuczliwe drżenie rąk.

Nie możemy przy omawianiu działania magnezu na układ nerwowy pominąć milczeniem działania jego narkotycznego (właściwie przeciwmurczowego), jak to widzimy w tężcu i mocznicy.

B r a t u s c h - M a r r a i n podaje na łamach „Aerztliche Praxis” (1930), co następuje. Wprowadzenie do terapii tężca noworodków $MgSO_4$ wybitnie obni-

żyło ich śmiertelność (z 90 do 50%). W klinice w Gratzu stosowano 5 do 7-ii razy wstrzykiwania 8%-go $MgSO_4$ po 5 cm³ (2,0 — 2,8 $MgSO_4$ pro die), równocześnie antytoksynę tężcową, natomiast nie podawano narkotyków. Nigdy przytem nie spostrzegano ujemnego działania ubocznego. Dawkę dzienną dzielono na szereg zastrzyków ze względu na szybkie wydzielanie się Mg z ustroju.

Kilkakrotnie stosowałem 8%-wy $MgSO_4$ w zastrzykiwaniu śródmięśniowem w drgawkach niemowląt, wychodząc z założenia, że i w danym przypadku Mg miałby rozwinąć swe działania przeciwmurczowe, — jednak wobec warunków prywatnej praktyki domowej, jak również wobec równoczesnego stosowania wodanu chlorku nie mogłem wyrobić sobie właściwego poglądu na działanie przeciwmurczowe tego leku we wspomnianej jednostce chorobowej. Według mego zdania, ten sposób postępowania powinien być wypróbowany we wszystkich chorobach z zatrucia, objawiających się drgawkami, m. in. w rzucawce ciężarnych.

Szerokie i wdzięczne pole do stosowania roztworów $MgSO_4$ w walce z zatruciem ustroju, gdzie ta metoda istotnie powinna byłaby święcić triumfy, gdzie też i ja mogę dorzucić cegiełkę doświadczenia — daje możnicza (zwłaszcza azotowa).

Działanie odtruwające tego leku w mocznicy tak się tu dobitnie zaznacza, że — sędzę — należałoby zagadnieniu temu więcej uwagi poświęcić.

Rozpowszechnienie tego leczenia stanów uremicznych zaoszczędziłoby może tu i ówdzie uciekania się do innych, bardzo przykrych dla chorego i lekarza zabiegów, jak nakłucie lędźwiowe lub nawet upust większej ilości krwi.

H. K n a u e r z dziecięcej kliniki Wrocławskiej podaje (Kinderärztliche Praxis 1932, zeszyt X): Stosowanie $MgSO_4$ w mocznicy powinno stać się metodą wyboru. Używamy 8% roztworu (B l a c k f a n proponuje 25% roztwór i zaleca 0,2 — 0,4 ccm. na kg. wagi ciała). Z 8%-owego roztworu podawaliśmy starszym dzieciom do 50 ccm. dożylnie i stwierdziliśmy, że już w trakcie wstrzykiwania ciśnienie krwi opadało do normy (w jednym przypadku ze 186 mm. do 112 mm. Hg). Zresztą, spadek ciśnienia jest tylko przejściowy i musi być utrzymywany na niskim poziomie zapomocą dalszych dożylnych lub domięśniowych zastrzyków. Zastrzykiwania $MgSO_4$ niezawsze są — jak twierdzi K n a u e r — obojętne dla pacjenta. Może przytem, według tego autora, nastąpić nagłe zahamowanie działania ośrodka oddechowego, które to zjawisko radzi zwalczać przez zastrzyknięcie dożylnie wapnia (nie lobeliny!). Zaleca stale mieć przy tych zabiegach w pogotowiu strzykawkę z afenylem lub innym preparatem wapniowym.

Upusty krwi (zwłaszcza u dzieci) nie dają pożądanego wyniku. Należy wątpić, czy przez upust 100—150 ccm krwi (a więcej przecież nie powinno się nawet starszemu dziecku bezkarnie odbierać) — możnabyłoby usunąć tyle substancyj trujących (resztki azotowe i t. p.), aby tem spowodować spadek ciśnienia krwi i uchylenie niebezpieczeństw, związanych z groźną mocznicą. Wiemy przecież, że spora część tych substancyj zostaje zatrzymana w tkankach, i że z tych toksyn (z tkanek) przez upust krwi nie usuwa się nic. Najwyżej można liczyć na lepszą diurezę z powodu zmniejszenia masy krwi w krwiobiegu. Ale takie przypuszczenie jest tylko hipotetyczne. Odwrotnie, wiemy skądinąd, że po

transfuzji krwi nerka zaczynała wydalać więcej wody, a zarazem i składników toksycznych; prawdopodobnie polega to zjawisko na tem, że normalna krew jest bardziej zdolna do transportowania resztek azotowych i innych toksycznych składników, prócz tego nerka, przez którą przepływa normalna krew, ma sprawniej funkcjonować.

W roku 1928 Blackfan i Hamilton poraz pierwszy opisali wynik, otrzymany przez nich za pomocą wśródzylnego zastrzyknięcia siarczanu magnezowego w mocznicę. Wśród 11-ga dzieci, u których stosowali tę metodę, otrzymali oni w 8-iu przypadkach pomyślny wynik. Próby były robione w kłębuszkowym zapaleniu nerek, cechującym się klinicznie ostrym przebiegiem, słabo zaznaczonymi obrzękami, nadciśnieniem, którym to objawom towarzyszył krwimocz z białkomoczem; — naogół cierpienie to szybko rozwija się w kierunku mocznicy. Jeżeli obrzęki, krwimocz, a nawet oligurja nie są jeszcze wskazaniem, według wymienionych autorów, do zastosowania powyższej metody, to nie można tego twierdzić o przypadkach, w których ciśnienie krwi przekracza granicę 130 mm, zwłaszcza, jeśli towarzyszą wymioty, bóle głowy i zaburzenia wzrokowe. Wtedy — zdaniem autorów — istnieje wskazanie do zastrzyknięcia rozczywnów siarczano - magnezowych (w rozcieńczeniu 1% -em).

C. B. Watson zastosował się do tych wskazań w jednym przypadku moczniczy płonicej, w którym wszystkie zwykłe metody zupełnie zawiodły. Wobec drgawek i śpiączki zastrzyknął śródzylnie 150 ccm. rozczywnu $MgSO_4$ bardzo powoli, tylko pod ciężarem płynu. Powtarzał codziennie te zastrzykiwania, dopóki ciśnienie krwi nie spadło ze 148 mm. na 112 mm. Hg.. Po pierwszym zastrzyknięciu ciśnienie spadło w ciągu kilku godzin o 26 mm. Jednocześnie poprawiały się objawy kliniczne, szczególnie mózgowe, niewątpliwie wskutek zmniejszenia się obrzęku mózgu. Przypadek skończył się zupełnym wyleczeniem, co powinno zachęcić do dalszych prób w tym kierunku (Prasa Lekarska, styczeń 1933, według Brit. Med. Journ. Nr. 3701-1931).

Pozwolę sobie w tem miejscu zwrócić uwagę kolegów na kilka przypadków leczenia moczniczy solami Mg, które w praktyce przeprowadziłem.

1) Chora K. M., lat 54, w roku 1929 wypisana z zakładu prywatnego w Warszawie z rozpoznaniem „*Nephrosclerosis maligna. Retinitis albuminurica. Prognosis pessima*”. Stosowałem jej na polecenie lekarza - specjalisty upusty krwi, potem dożylnie iniekcje glukozy 20—40%. Później zacząłem podawać 8% $MgSO_4$ w dawkach po 20 ccm. w zastrzykiwaniach domięśniowych. Chora oddawała więcej moczu i czuła się po nich lepiej. Żyła 4 lata po wypisaniu się z zakładu.

2) Chory M. Sz., lat 68. Rozpoznanie: „*Nephrosclerosis maligna. Uraemia*”. Chory rzadko odyskiwał przytomność, bredził, miewał silne dreszcze kilka razy dziennie. Uważany był za straconego. Zastosowaliśmy $MgSO_4$ 8% w ilości 30—40 ccm. dożylnie co drugi dzień. Po tygodniu chory zaczął się poprawiać. Żył jeszcze 7 miesięcy i czuł się przez cały szereg miesięcy dobrze. Zmarł nagle wskutek obrzęku płuc.

3) Trzeci przypadek, który leczylimy na jesieni 1933 roku wspólnie z kol. M. S i n g i e r e m z Narewki.

Rolnik S., lat 62. We krwi mocznika 435 mg na 100 ccm. surowicy. Napady uremiczne. Stosowaliśmy rozczywn Mg. dożylnie zrazu w rozczywnach słabszych, później 8% w dużych ilościach. Po tygodniu zbadana krew wykazała 200 mg. mocznika na 100 ccm. surowicy, po 2-ch tygodniach mocznika by-

ło 120 mg. Chory poprawił się, nawet powrócił do pracy. Dotychczas żyje.

W jednym przypadku, gdzie omawiana metoda leczenia nie dała rezultatów, miałem do czynienia z osobnikiem w dwa lata po wycięciu nerki gruźliczej. Jednak i w tym przypadku udało się na jakiś czas obniżyć ilość mocznika we krwi z 200 do 150 mg., czego już nie można było osiągnąć ani obfitemi upustami krwi, ani zastrzykiwaniami dożylnymi hipertonicznych rozczywnów cukru gronowego.

Muszę zaznaczyć, że w żadnym z traktowanych przypadków nie mieliśmy ubocznych objawów w postaci zahamowania oddechu, jak podaje H. K n a u e r (p. wyżej), natomiast tu i ówdzie występowały po zastrzykiwaniach magnezowych dreszcze w 1/2 do 1 godziny po zastrzyknięciu. Bardzo silne i dokuczliwe dreszcze wystąpiły w ostatnim z opisanych przypadków z gruźlicą nerki*).

Omówiliśmy dotychczas znaczenie soli Mg w przyrodzie, w świecie roślinnym i zwierzęcym, podnieśliśmy, że już u podstaw przemiany materji rośliny—Mg występuje jako czynnik niezbędny, aktywujący czynności syntetyczne komórki, podawaliśmy znaczenie Mg dla przemiany materji u zwierząt, wybitny wpływ tego pierwiastka w dziedzinie zwalczania chorób z życia się, zwalczania raka, podaliśmy zastosowanie soli magnezu w chorobach, przebiegających z drgawkami, jako leku narkotyzującego i odtruwającego. Pominęliśmy szereg dziedzin, gdzie Mg bywa stosowany w lecznictwie, jako to, dziedzina chorób żołądkowych i wątroby, w chorobach płuc (tamowanie krwoteków), w chorobach skóry i inn. Największą zaś uwagę przywiązuję do aplikowania magnezu siarczanego w mocznicę.

Jeżeli w związku z tą moją skromną pracą głos zabiorą koledzy, którzy mają warunki do pracy ścisłej, klinicznej, dla skontrolowania powyższych danych, zwłaszcza co do mocznic, to cel mój będzie w zupełności osiągnięty.

Na zakończenie pozwolę sobie w tem miejscu złożyć podziękowanie Zarządowi Biblioteki C. W. S. w Warszawie za dostarczenie mi materiału z literatury francuskiej i niemieckiej.

PIŚMIENICTWO:

- 1) J. Parnas — Chemja fizjologiczna ze szczególnem uwzględnieniem fizjologii zwierzęcej. Warszawa — Lwów 1922.
- 2) L. Marchlewski — Chemja.
- 3) Landois — Fizjologia.
- 4) St. Opolski — Chemja Organiczna, wyd. II, Warszawa 1934.
- 5) J. Glas — Prasa lekarska, styczeń 1935, str. 46;
- 6) tenże — Prasa lekarska, listopad 1934.
- 7) H. Knauer — Fortschritte i. d. Diagnose u. Therapie d. Nierenkrankheiten im Kindesalter. Kinderärztliche Praxis. Leipzig. 1932. H. 10. 8) Jos. Fallscheer—Zürcher. Weiterer Beitrag zum Krebsproblem. Schweizerische medizinische Wochenschrift. Basel 1930. N. 22.
- 9) Bratusch - Marraïn — Zur Therapie des Tetanus neonatorum. Aertzliche Praxis 1930.
- 10) I. Lebduška et F. Cervinka — Action de l'hydroxyde colloidal de magnesie et du thio sulfate de soude sur les globules blancs. — Comptes rendus hebdomadaires de la Societe de Biologie — 1930 — t. 103.
- 11) M. Fabrykant et J. Lavollay — Technique pour l'étude des bilans d'entrée et de sortie du phosphore, du calcium et

*) Nie będę się rozwodził nad koniecznością stosowania chemicznie czystej soli. (Ostatnio firma G e s s n e r w Warszawie łaskawie dostarczyła mi rozczywny Mg w gotowych ampulkach).

du magnésium chez l'homme (Arch. d. Mal. de l'App. digestif et d. l. nutrition. 1932 Tome XXII. 12) P. Delbet et Palios — Action du chlorure de magnésium sur les cobayes en carence scorbutique. — Comptes rendus de la Soc. de Biol. 1928 —

T. XCVIII. 13) M. Deprés — Action curarisante du chlorure de magnésium. — Comptes rendus de la Soc. de Biol. 1931. Tome CVII. 14) P. Delbet — Role du magnésium dans les phénomènes biologiques. — Le Monde Medical 1929. Nr. 759.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

Z zagadnień na czasie w okulistyce.

Podał
Leon ENDELMAN (Warszawa).

(Dokończenie — patrz Nr. 25-26).

Zagadnieniem, będącym zupełnie na czasie, jest stosunek zapaleń gruczliczych oka do zmian w narządach klatki piersiowej, które wszak są źródłem przerzutów do narządu wzroku. Dotychczas istniał, a u niektórych autorów istnieje nadal pogląd, że pomiędzy nasileniem sprawy w oku i klatce piersiowej panuje dziwnego rodzaju antagonizm: zazwyczaj znajdujemy ciężką postać gruczliczego cierpienia oka przy nieznacznych zmianach w narządach klatki piersiowej i, odwrotnie, brak zupełny lub tylko nieznaczne objawy zapalne w oku w daleko posuniętych sprawach płuc lub gruczołów węzkowych. Moje własne doświadczenie wskazuje, że w większości przypadków gruczlicy oka tak jest w istocie: chorzy z dość daleko posuniętymi zmianami w oczach twierdzą, że nie mają najmniejszych dolegliwości ze strony płuc ani w stanie ogólnym. Gdy się im zwraca uwagę, że choroba oka znajduje się w zależności od zmian w narządach klatki piersiowej, zwłaszcza zaś, gdy, jak o tem zaraz będzie mowa, zaleca się im wyjazd do uzdrowiska, zazwyczaj odnoszą się z niedowierzaniem do takiego rozpoznania i niełatwo, ze swoją krzywdą, poddają się klimatoterapii.

W tych przypadkach istnieje wielka analogia do zółzów, które, jak wiadomo, przebyte w dzieciństwie, rzadko w wieku późniejszym prowadzą do suchot płucnych.

Innego zdania jest zasłużony badacz na polu gruczlicy oka, dyrektor zakładów leczniczych dla gruczlicy oka w Davos, W e r d e n b e r g. Jego ostatnie badania, oparte głównie na przestudjowaniu dokładnem zdjęć rentgenowskich klatki piersiowej u przeszło 500 chorych ze zmianami gruczliczemi w oczach, zdaje się wskazywać, że w pewnym odsetku przypadków (30%) istnieją jednak zmiany o jednakowym charakterze w oku i narządach klatki piersiowej, np. szerzenie się postaci wytwórczej gruczlicy jednocześnie w tęczówce i płucach, lub postać gruczlicy wysiękowej w ciałku rzęskowym obok świeżych nacieków w gruczołach węzkowych. Jakkolwiek bądź, jeszcze raz podkreślić należy, że każdy przypadek gruczlicy ocznej powinien być oceniany pod kątem cierpienia całego ustroju i że rzeczą niezmiernie wagi jest, w jakim okresie odpornościowym znajduje się chory. Dokładne zbadanie stanu płuc, zdjęcie rentgenograficzne klatki piersiowej nie powinno nigdy być zaniedbane.

Te zdobycze lat ostatnich w rozpoznawaniu zapaleń gruczliczych oka odbiły się, rzecz jasna, wybitnie na naszym lecznictwie. W tym czasie nastąpiło do pewnego stopnia rozczarowanie do wartości leczniczej różnych pre-

paratów tuberkulinowych, a więc do terapii swoistej, która w okulistyce przez czas pewien święciła triumfy i miała bardzo wielu zwolenników. Rzecz się rozbiła o dwa szkopy: właściwe wskazania do stosowania tuberkulinoterapii, następnie zaś dawkowanie preparatów tuberkulinowych. Otóż stosować można tuberkulinę tylko w okresach, gdy stan odporności pozwala na wprowadzanie do ustroju nowych dawek tego jadu, w przeciwnym bowiem razie możemy wyrządzić oku, a często i płucom wprost niepowetowane szkody. Obecnie często jeszcze postępowanie lecznicze niektórych okulistów nastęrcza bardzo wiele zastrzeżeń. Stosują oni *larga manu* szczepienia tuberkulinowe sposobem P o n n d o r f a, zupełnie nie licząc się z ogólnym stanem chorego i nie sprawdzając bardzo dokładnie odczynów ogniskowych w chorym narządzie.

W e r d e n b e r g w swej ostatniej z r. 1935 pracy podaje, że pozostaje pod silnem wrażeniem licznych przypadków, jakie obserwował i obserwuje w Davos. Chorzy ci u siebie w domu byli leczeni tuberkuliną, która im tylko krzywdę wyrządziła.

Niemniej ważną sprawą jest właściwe dawkowanie tuberkuliny. W każdym przypadku ustalić należy optymalną dawkę preparatu, tak, by dawała nieznaczny odczyn ogólny, a jednocześnie wpływała dodatnio na sprawę miejscową w oku, nie wywołując zbyt burzliwych objawów. Tylko przy zachowaniu tych ostrożności i przy rozłożeniu takiego leczenia swoistego na miesiące, często lata całe, możemy spodziewać się rzetelnej poprawy, a nawet wyleczenia zupełnego bez nawrotów.

Wobec tych niepewnych, a niekiedy wprost szkodliwych wyników tuberkulinoterapii zaczyna ona w latach ostatnich coraz bardziej tracić zwolenników na korzyść klimatoterapii w gruczlicy oka. Wyniki, jakie otrzymuje od lat niemal 20-u W e r d e n b e r g w swych, coraz bardziej powiększających liczbę pacjentów, sanatorjach dla chorych z gruczlicą oka w Davos, są nader zachęcające. Idąc jego śladem, przed paru laty Urząd Ubezpieczeń Społecznych Rzeszy Niemieckiej założył podobne sanatorium w Hoechenschwand w Szwarcwaldzie. I tu zaznaczają się już doskonałe wyniki leczenia tych długotrwałych i przyprawiających niekiedy o zupełne kalectwo cierpień ocznych.

Nie posiadamy jeszcze w Polsce podobnego sanatorium, o którym jednak jaknajwcześniej pomyśleć należy. Zakopane, jako uprzywilejowana miejscowość dla leczenia wszelkich postaci gruczlicy, ze wszech miar nadaje się i dla tej licznej rzeszy chorych z cierpieniami gruczliczemi oczu, która, jak dotychczas, bezskutecznie miesiącami, latami szuka pomocy okulistów w gabinetach Ubezpieczalni Społecznej.

Wspomnieć jeszcze należy, że w lecznictwie gruczlicy ocznej coraz poczesniejsze miejsce zaczyna zajmować rentgenoterapia. Przed trzema laty opisałem sze-

reg ciężkich przypadków gruźliczych zapaleń wnętrza oka, w których naświetlanie promieniami R o e n t g e n a dało nader zachęcające wyniki.

Przechodzę wreszcie do ostatniego zagadnienia, które zamierzałem w referacie tym poruszyć: jak się odbijają na dnie ocznym stany ogólnego nadciśnienia tętniczego?

Rozważyć należy z jednej strony przypadki t. zw. nadciśnienia samoistnego, z drugiej zaś — wtórnego, spowodowanego marskością nerek, czy to pierwotną, czy jako zejście spraw zapalnych w tym narządzie. Z konieczności trzeba będzie parę słów poświęcić i ogólnej miążdżycy naczyń, aczkolwiek dobrze wiemy, że nie zawsze idzie ona w parze z nadciśnieniem.

Zdawałoby się, że dokładne badanie układu naczyniowego siatkówki, jakie w latach ostatnich dzięki wziernikom elektrycznym, wziernikowi stereoskopowemu G u l l s t r a n d a, światłu zogniskowanemu, badaniu dna ocznego w świetle beczcerwiennem poczyniło olbrzymie wprost postępy, przyczyni się znakomicie do wyjaśnienia niektórych, dotąd jeszcze niejasnych szczegółów z patologii układu naczyniowego, jeśli tych zagadnień nie rozstrzygnie w zupełności. Tak przypuszczał w r. 1931 okulista wiedeński G u i s t, który, opierając się na wynikach badania dna ocznego licznych chorych z kliniki prof. P a l a, wyodrębnił pewien zespół objawów, które, zdaniem jego, miały z jednej strony cechować przypadki nadciśnienia samoistnego, z drugiej — nadciśnienia, zależnego od schorzenia nerek. P a l początkowo całkowicie potwierdził wyniki tych badań, tak, że mniemanie G u i s t a, jakoby okulista tylko na mocy badania dna ocznego mógł z całą stanowczością orzec, czy i jakiego rodzaju nadciśnienie istnieje u każdego chorego, a nawet stawiać rokowanie, zdawało się nabierać cech słuszności. Lecz już wkrótce liczne badania innych autorów nie potwierdziły spostrzeżeń G u i s t a, i sam P a l odstąpił od swoich pierwotnych zapatrywań na rozstrzygające znaczenie badań dna ocznego u takich chorych.

Chociaż te krańcowe poglądy nie ostały się w świetle badań krytycznych lat ostatnich, mimo to jednak nikt obecnie już przeczyć nie będzie, że wziernikowanie dna ocznego chorych z nadciśnieniem należeć winno do całokształtu ich badania klinicznego.

Przyczynia się ono częstokroć do postawienia ściślejszego rozpoznania, i, co w tych przypadkach jest bodaj ważniejsze, rzuca niekiedy mocne światło na rokowanie.

W sprawie tej nie jestem referentem tylko, lecz mogę się podzielić i wynikami własnych spostrzeżeń, gdyż już czwarty rok prowadzę w tym kierunku badania na materiale szpitalnym kol. L a n d a u a w szpitalu Wolskim, przypadki zaś nadciśnienia samoistnego, które, zwłaszcza w okresach początkowych, tylko zrzadka na oddziałach szpitalnych się spotyka, czerpię z własnej praktyki domowej. Rzecz jasna, że nie tu miejsce i czas na przedstawienie całokształtu tych badań, które obejmują 145 przypadków nadciśnienia, a które wkrótce podam do wiadomości, lecz pragnę w jaknajwięźlejszym zarysie podzielić się wnioskami, jakie mi się nasuwają na podstawie zbadania tego, bądźco bądź, dość liczego materiału.

Przedewszystkiem zwrócić muszę uwagę na te szczegóły dna ocznego, które rzucić mogą światło na sprawę, która w tej chwili jest przedmiotem zainteresowania. Wygląd samej tarczy nerwu wzrokowego w tych

przypadkach nie ma tego znaczenia, co np. dla neurologa u jego chorych. Na pierwszym miejscu stoi tu układ naczyniowy dna ocznego i zmiany w siatkówce i głębiej od niej leżącej naczyniówce. Zwracamy szczególną uwagę na szerokość tętnic i żył, poczynając od ich wyjścia, względnie ujścia w t. zw. wnęce naczyniowej na tarczy aż do najdrobniejszych ich rozgałęzień na obwodzie, czyli na gałązki 1-go, 2-go i t. d. rzędu, mając w ten sposób możliwość ocenienia stanu samych tętnic, tętniczek, a nawet niekiedy i włosniczek. To samo tyczy się i stanu większych i drobniejszych żył. Przyglądamy się bacznie zmianom w ich ścianach, wykrywając nawet najwcześniejsze i najdrobniejsze odchylenia od stanu prawidłowego, w czym jest nam w latach ostatnich nader pomocne badanie w świetle zogniskowanem według metody kol. Z a m e n h o f a. Odgrywa tu dość znaczną rolę zmiana w zachowaniu się odbłasków na naczyniach. Nader cennych wskazówek rozpoznawczych dostarcza nam nieprawidłowy przebieg naczyń, więc zbytnia ich prostoliniowość z jednej strony i nadmierna wężkowatość z drugiej, zwężenia ich światła naprzemian z rozszerzeniami, przyjmującymi niekiedy kształt drobnych tętniaków, różańca, białe smugi, towarzyszące naczyniom. Takież znaczenie rozpoznawcze mają zmiany w wyglądzie naczyń na skrzyżowaniach tętnic z żyłami. Otrzymały one już nazwy, t. zw. objawów G u n n a i S a l u s a.

Objaw G u n n a polega na tem, że przebiegająca pod tętnicą żyła ma w miejscu skrzyżowania wyraźne zagłębienie, S a l u s a zaś, że żyła po obu stronach skrzyżowania wyraźnie ulega ścięczeniu lub też łukowatemu wygięciu.

O bardziej posuniętych zmianach w naczyniach dna ocznego świadczą krwotoki i białe ogniska, lub też obrzęki w siatkówce. Niekiedy układają się one w tak charakterystyczne obrazy dna ocznego, że z nich wyczytać można podstawowe cierpienie takich narządów, jak serce lub nerki.

Po tych wstępnych uwagach mogę już przystąpić do patologii szczegółowej dna ocznego w chorobach, przebiegających z nadciśnieniem.

Uczynić tu należy pewne zastrzeżenie: musimy zawsze się opierać jedynie na zupełnie wyraźnych zmianach w wyglądzie dna ocznego, odrzucając odchylenia nieznaczne, bo to ze względu na zmienność i w stanach prawidłowych pewnych szczegółów często sprowadzałyby nasze rozpoznanie na manowce. Neurologowie wiedzą doskonale, jak oględny być należy np. z rozpoznaniem zapalenia nerwu wzrokowego lub zblędnicia tarczy. Wspominam o tem dlatego, że w swoich badaniach starałem się notować tylko zmiany, które w nikim nie mogły budzić wątpliwości, natomiast w piśmiennictwie spotyka się prace, niezupełnie wolne od tego zarzutu.

Naogół powiedzieć należy, że, jeśli z wyglądu twarzy możemy chorych z nadciśnieniem dzielić na „czerwonych“ i „białych“, to samo da się zastosować i do wyglądu dna ocznego. U osób z nadciśnieniem samoistnem często barwa dna jest soczysto - czerwona, głównie skutkiem rozszerzenia żył, gdyż tętnice są raczej nieco węższe; do tego przyczyniają się również wzmoczone odbłaski na naczyniach o miedziano - żółtym połysku. W nadciśnieniu wtórnem, zresztą, i w miążdżycy ogólnej dno jest blade dzięki zwężeniu całego układu naczyniowego, więc tętnic i żył, tętnice z powodu zmian zapalnych (*endo- et periarteriitis*) niekiedy

nabierają wyglądu srebrnych nitek, a nadomiar w tych stanach często zjawiają się jeszcze obrzęki i białe ogniska zwyrodnienia tłuszczowego w siatkówce.

Jeśli nie chcemy poprzestać na takich cechach różniczkowych ogólnego charakteru, a doszukiwać się będziemy w dnie ocznym bardziej ważkich punktów oparcia dla wnioskowania o rodzaju schorzenia układu naczyniowego siatkówki, a tem samem i w innych narządach, to musimy choćby jaknajpobieżniej rozpatrzyć parę najczęściej spotykanych tu zespołów objawów.

Na podstawie zbadanych przezemnie kilkudziesięciu chorych z nadciśnieniem samoistnem mogę z całą stanowczością twierdzić, że w znakomitej większości tych przypadków, o ile tylko nadciśnienie trwa już czas dłuższy i osiąga nieco wyższy poziom, znajdziemy jego odpowiednik w dnie ocznym: przedewszystkie rzuca się w oczy dysproporcja w kalibrze tętnic i żył: zamiast zwykłego stosunku 2 : 3 mamy stosunek 2 : 4, 2 : 5. Zależy to od pewnego zwężenia tętnic i znacznie większego stosunkowo rozszerzenia żył. Zwraca dalej uwagę wzmocnienie normalnego połysku na tętnicach, który przytem nabiera żółtawo - miedzianego zabarwienia. W bardziej posuniętych przypadkach nadciśnienia, kiedy najprawdopodobniej następują już w ścianach tętnic zmiany anatomiczne, występują na skrzyżowaniach tętnic z przebiegającymi pod nimi żyłami objawy *Gunn* a i *Salusa*. Zdarzać się mogą w tych przypadkach i drobniejsze wynaczynienia, a nawet niewielkie ogniska białe w siatkówce, które zazwyczaj ulegają szybkiemu wchłonięciu, lecz naogół zespół taki świadczy już o znacznie poważniejszym zachorzeniu ścian tętniczych, które, rzecz jasna, nie ogranicza się tylko do siatkówki, lecz obejmuje takie narządy, jak tkanka mózgowa i nerki.

Jeszcze w większej mierze dotyczy to wyraźnie stwierdzanych wziernikiem zmian w ścianach tętnic, jak ich zmętnienie, zgrubienia i białe smugi wzdłuż nich. Tu należy zrobić pewne zastrzeżenie, gdyż takie same zmiany spostrzegamy i w miażdżycy starczej, która, jak wiemy, może przebiegać bez nadciśnienia. Wyniki moich badań, jak zresztą i niektórych innych autorów, nie potwierdzają natomiast spostrzeżeń *Gusta* co do wartości rozpoznawczej w przypadkach nadciśnienia samoistnego korkociągowej wężykowatości drobnych żył w płamce żółtej.

Trudno odpowiedzieć na pytanie, jakie znaczenie pod względem rokowania o dalszych losach takich chorych mają zmiany, stwierdzone wziernikiem ocznym. W wielu moich przypadkach były one niemal pierwszymi zwiastunami mąrości nerek lub udarów mózgowych, lecz mam dotąd w obserwacji chorych, u których stwierdziłem zmiany wyżej podane, aż do krwotoków i białych ognisk włącznie przed laty pięciu, sześciu, a nawet i dłużej. Dlatego też nie daję zespół ten tak bezwzględnie niepomyślnego rokowania, jak zmiany, o których zaraz będzie mowa.

Aby skończyć z objawami nadciśnienia samoistnego na dnie ocznym, chciałbym jeszcze przytoczyć wyniki swych własnych spostrzeżeń co do zachowania się drobnych żyłek w okolicy plamek żółtych, któremu, jak to wyżej zaznaczyłem, *Gust* nadawał pierwotnie tak wybitne znaczenie. Otóż i w moich przypadkach dość często występowała pewna, powiedzmy, nadmier-
na ich wężykowatość, lecz nie była ona objawem sta-

łym u wszystkich chorych z nadciśnieniem, z drugiej zaś strony wcale nierzadko spotykamy ją i u osób zupełnie zdrowych, jako odchylenie wrodzone. Pozatem *Gust* mówi o wężykowatości korkociągowej o równych wygięciach, przypominającej wyglądem krętek błady. Z takimi kształtami tych żyłek spotykałem się bardzo rzadko. Jedynie na co bym zwrócił uwagę, to na nadmierne uwypuklenie na tle dna ocznego, na niezwykle plastyczność tych drobnych naczyń w tej okolicy.

Nadciśnienie wtórne pochodzenia nerkowego, zwłaszcza w już rozwiniętych przypadkach, spotykałem w obrazie dna ocznego bardzo często. Mam wrażenie, że u wszystkich takich chorych wcześniej lub później dochodzi do zmian wziernikowych. Najczęściej chorzy zwracają się do okulisty w późniejszych okresach choroby nerek, wiedząc już o niej, lecz wcale nie należą do wyjątków przypadki, gdy badanie wziernikowe wykrywa po raz pierwszy oznaki tego cierpienia. Najczęściej zdarza się to w mąrości nerek pierwotnej, kiedy inne objawy podmiotowe są dość niewyraźnego charakteru. Już choćby z tego względu, jak widzimy, wziernikowanie oczne osób, w wieku nieco starszym, ma doniosłe znaczenie. Tembardziej każdy chory nerkowy musi mieć zbadane dno oczu, bo to pozwoli na ocenę, w jakiej mierze stan nerek odbił się na układzie krążenia w innych narządach.

Tutaj wspomnieć się godzi, że badanie dna ocznego pozwala na różniczkowanie nerczyc od właściwych zapaleń nerek, gdyż w czystych postaciach nerczyc prawie nigdy nie spotykamy zmian wziernikowych.

Moje badania, oparte na materiale, bardzo dokładnie i szczegółowo zbadanym pod względem internistycznym, przyczem pewna część przybywała na oddział po jakimś czasie po raz drugi, a nawet trzeci, pozwoliły mi niekiedy na przesłedzenie rozwoju stopniowego zmian na dnie ocznym. Początkowe okresy tych zmian cechują jedynie objawy nadciśnienia tętniczego, które prawie zawsze towarzyszy przewlekającym się sprawom nerkowym. Zazwyczaj nie jest łatwo okuliście orzec, czy spowodowane one zostały nadciśnieniem samoistnem, które wszak niekiedy może być pierwszym etapem do zachorowania nerek, czy są już wtórne, jako skutek rozwijającej się choroby nerkowej. Wiele występują i tu zespoły naczyniowe, opisane wyżej, być może, bardziej podkreślone i z częstszymi zmianami anatomicznymi w ścianach naczyń. Następne okresy ukazują coraz to znaczniejsze zaburzenia w krążeniu siatkówki i naczyniówki, spowodowane już zmianami zapalnymi, czy też wstecznymi w ścianach naczyń, a więc zmiany w kalibrze naczyń, zgrubienie ścian, smugi białe lub szare wzdłuż naczyń, wzmagające się liczby krwotoków, miejsc obrzękłych lub ognisk zwyrodnienia w siatkówce. Kończącą fazę stanowi obraz rozwiniętego zapalenia nerwu wzrokowego i siatkówki pochodzenia nerkowego (*neuro-retinitis albuminurica*) ze znamioną gwiazdą w okolicy plamki żółtej, aczkolwiek podkreślić należy, że zejście śmiertelne nastąpić może i przy zmianach w dnie ocznym słabiej wyrażonych.

Pod względem rokowania zmiany, stwierdzone oftalmoskopem, przemawiają za ciężkim przebiegiem sprawy w nerkach, jeśli wyłączymy nerkę ciężarnych i niektóre rzadsze postacie ostrych zapaleń kłębuszków nerkowych. Zwłaszcza pełny obraz zapalenia nerkowego siatkówki nie rokuje choremu dłuższego życia nad rok jeden.

Jeśli pozwoliłem sobie tak długo zajmować uwa-

Streszczenia pojedyncze.

Medycyna Społeczna, Higijena, Epidemiologia i Statystyka Lekarska.

J. ROSWELL GALLAGHER. [Znaczenie odczynu opadania krwinek w praktyce badania lekarskiego młodzieży szkolnej i w niektórych jej chorobach. (Amer. Journ. Med. Sciences, 1934, t. 188, z. 4).

Przy badaniu corocznym młodzieży szkolnej wprowadzone zostały przez pewne władze zdrowia próba tuberkulinowa i prześwietlenie płuc. Jako cenny dodatek dla wyeliminowania ukrytych przypadków chorobowych poleca Gallagher badanie szybkości opadania krwinek, które przebadal u 685 chłopców. Wartości prawidłowe różnią się niewiele od wartości u dorosłych. Ostre infekcje krótkotrwałe nie zmieniają szybkości opadania. W zapaleniach odoskrzelowych płuc wydłużające się opadanie wykazuje prawidłowe zdrowienie, przyspieszające się — powstanie jakiegoś powikłania. Metoda jest wartościowa i zasługuje na szerokie stosowanie w praktyce szkolnej. H. Małkowiec.

V. GEGENBAUER. W sprawie przerywania szerzenia duru i paraduru przez nosicieli prątków. (Wien. kl. Woch. Nr. 6, 1934).

Zwalczanie szerzenia duru i paraduru przez nosicieli prątków jest możliwe trzema drogami: 1) urzędowe zarządzenia w stosunku do nosicieli prątków (np. rejestracja miejsca zamieszkania i pracy, zakaz pracy w zakładach wyrobu i sprzedaży środków spożywczych i t. p.), 2) leczenie nosicielstwa i 3) stworzenie dobrych warunków higienicznych pod względem zaopatrzenia w wodę, usuwania odpadków, higieny mleka i warunków mieszkaniowych. Praktyczne znaczenie posiada jedynie ta trzecia droga.

A. Neumann (Baden-Wien).

CLAUSEN. Odżywianie i infekcja. (The Journ. of the Amer. Med. Assoc. No. 10, 1935).

Przez długi czas panował pogląd o zależności pomiędzy stanem odżywiania a odpornością na infekcję. Całkowity przewrót w tych poglądach wywołało wykrycie t. zw. dodatkowych czynników odżywczych i badanie zaburzeń, wywołanych ich brakiem w odżywianiu. Stwierdzono, że brak tych czynników zmniejsza odporność wobec infekcji, że zwiększona podaż witaminy A u zdrowego zwierzęcia nie wywołuje zwiększenia odporności, że różne gatunki zwierząt zachowują się różnie w stosunku do poszczególnych dodatkowych czynników odżywczych, że zaburzenia mają częściej charakter parcyjny, niż ogólny i t. p. Wspomniane czynniki posiadają szczególne znaczenie w patologii dziecięcej. Autor stwierdził zmniejszenie sił odpornościowych względem infekcji u zwierząt przy zaburzeniu gospodarki witamin A i C, u niektórych — również B. Obserwacje kliniczne u ludzi wykazały podobne stosunki wobec witaminy A i w pewnej mierze również wobec witaminy C. Prawdopodobna jest większa zapadalność na choroby zakaźne u zwierząt ze zmianami krzywiczymi. U ludzi zapadalność przy istnieniu zmian krzywiczych nie jest większa, niż przy braku krzywicy; wyjątek stanowi przewód oddechowy, najwięcej w stosunku do krztuśca. Doświadczenia na zwierzętach i obserwacje kliniczne nie wykazują zwiększenia odporności na infekcje, o ile dieta zostaje normalna i była nią i przedtem. Trudno stwierdzić, by właściwa dieta wywierała jakiś wpływ na zapadalność na choroby infekcyjne w ciągu pierwszych sześciu miesięcy życia, wpływ ten daje się natomiast stwierdzić w okresie późniejszym do końca drugiego roku życia. Skoro już doszło do infekcji, podanie witamin zdaje się nie wywierać jakiegoś dodatniego wpływu na sam przebieg schorzenia. Duże znaczenie dla zapadalności i dla stopnia odporności na infekcje posiadają momenty konstytucjonalne, wo-

bec których inne czynniki, jak wiek, płeć, dziedziczność, alergja, — odступują na plan dalszy. W każdym razie obok normalnego pożywienia w wieku dziecięcym w pierwszym rzędzie dbać należy o dostarczenie dostatecznej ilości witaminy A. Jerzy Fajwlewiec (Łódź).

Choroby serca i naczyń.

M. BURAK. Znaczenie szybkości opadania krwinek dla rozpoznania ostrego zamknięcia światła naczyń wieńcowych. (Wien. kl. Woch. Nr. 11/1934).

Przyspieszone opadanie czerwonych ciałek krwi umożliwia w nietypowych przypadkach rozpoznanie zamknięcia światła naczyń wieńcowych, również po upływie wielu tygodni od chwili powstania niedrożności naczyń, gdy inne objawy, towarzyszące mu już znikły. Ponieważ przyspieszone opadanie czerwonych krwinek jest oznaką stałego wysysania się zniszczonej tkanki, otrzymane liczby mogą służyć jako sprawdzian postępowania procesu gojenia, który pozwala na wyciąganie wniosków co do naszego dalszego postępowania leczniczego. U chorych, u których szybkość opadania czerwonych ciałek krwi pozostaje stale przyspieszona, wskazana jest jak najdalej posunięta ostrożność, koniecznem jest również bezwzględne leżenie w łóżku ponad obowiązkowy okres 6 tygodni. Ponieważ opadanie czerwonych ciałek krwi bywa przyspieszone również w zapaleniu tętnicy głównej, zapaleniu osierdzia, zapaleniu opłucny i t. d., należy uwzględnić w rozpoznaniu wszystkie te schorzenia, jak również inne cierpienia, przebiegające zwykle z przyspieszeniem opadania czerwonych ciałek krwi. A. Neumann (Baden-Wien).

K. GAGSTÄTTER. O „periarteriitis nodosa”. (Wien. kl. Woch. Nr. 14/1934).

Autor podaje opis dwóch przypadków, z których jeden przedstawiał periarteriitis nodosa nasieniowodu, która stanowi rzadkie umiejscowienie tego schorzenia, prawdopodobnie jeszcze nieopisane dotychczas; przypadek ten zasługuje tembardziej na uwagę, że rozpoznanie udało się postawić pewnością za życia (dzięki próbnemu wycięciu).

A. Neumann (Baden-Wien).

A. PYTEL. W sprawie t. zw. zakrzepowego zapalenia żył „wskutek wysiłku”. (Klinická lékařská Medicina t. XII, z. 11-12).

Zakrzepowe zapalenie żył „wskutek wysiłku” (thrombophlebite par effort) stanowi zespół, cechujący się klinicznie głównie obrzękiem i uwarunkowany anatomicznie przez złożone zmiany naczyniowe, z których najważniejszym, spotykanym prawie zawsze jest zakrzep jednej z dużych żył, najczęściej kończyny górnej. Wśród czynników etiologicznych zakrzepowego zapalenia żył „wskutek wysiłku” (nadmerny wysiłek mięśniowy, względnie natężenie, zakażenie, zmiany w składzie krwi, zmiany we współczulnym układzie nerwowym) dominującą rolę przyspina należy zakażeniu. Nagłe jednorazowe bardzo znaczne napięcie lub następowe powtórne gwałtowne ruchy kończyny, względnie obręczy barkowej odgrywają rolę drugorzędą, przypadkową; stanowią one w większości przypadków czynniki, ujawniające będące dotąd w stanie utajenia zakrzepowe zapalenie żył. Wśród zabiegów leczniczych, stosowanych w zakrzepowym zapaleniu żył „wskutek wysiłku”, najbardziej zasługuje na uwagę leczenie pijawkami. Operacyjne metody leczenia (wycięcie żyły, uległej zmianom zakrzepowym) mogą znaleźć zastosowanie w ciężkich przypadkach, nie poddających się leczeniu zachowawczemu. Szereg osobliwości klinicznych i patogenetycznych opisywanego cierpienia zmusza do wydzielania go z grupy zakrzepowych zapaleń żył w szczególną podgrupę; w piśmiennictwie najczęściej spotyka się nazwa „zakrzepowego za-

palenia żył wskutek wysiłku", którą można zachować pod warunkiem ujęcia słowa wysiłek w cudzysłów ze względu na to, że rozstrzygające znaczenie w etiologii tego schorzenia posiada zakażenie. Dalsze badania powinny ostatecznie wyjaśnić jego etiologię, od której będzie zależała nazwa.

H. L.

H. BOHNENKAMP. O leczeniu częstoskurczu napadowego. (Klin. Woch. Nr. 12/1935).

Z 5 przypadków napadowego częstoskurczu, spostrzeżanych w ciągu ostatnich 2 lat przez autora, w 4 stwierdzono z zupełną pewnością wady zastawki dwudzielnej bez objawów niedomogi serca, w piątym nie było objawów ani wady zastawkowej, ani schorzenia mięśnia sercowego. Chora ta jednak wykazywała wyraźne oznaki nerwicy roślinnej z lekko powiększoną tarczycą, błyszczącymi oczyma bez wzmożenia podstawowej przemiany materji. Wiek chorych wynosił od 16 do 52 lat. Wszyscy chorzy miewali już napady częstoskurczu napadowego, wprawdzie nie tak ciężkie i długotrwałe. Częstość akcji komór wahała się od 180 do 240, wynosiła przeważnie 200 zgorą. W lekkich napadach pomagają odruchowe podrażnienie nerwu błędnego, np. zapomocą wyężonego głębokiego oddychania w ciągu 1—2 min., zabieg *Valsalvy*, uderzanie rękami, zmoczonym w zimnej wodzie, lub dłonią napłask po brzuchu i t. p. W napadach, trwających tygodnie, nie pomagają jednak żaden z tych środków, podobnie jak uciśnięcie kłębka szyjnego, obojętne prawego czy lewego, zmiana położenia, zginanie się, wyprostowywanie, podkładanie poduszki pod plecy, noszenie bandaża na brzuchu, picie zimnej wody lub bardzo gorących napojów, mięsienie grzbietu, faradyzacja i galwanizacja szyi, pęcherz z lodem na sercu, głowie lub karku, które przynosi jednak zawsze pewną ulgę. Skuteczne natomiast bywa w większości przypadków leczenie farmaceutyczne. Z wielu zalecanych i wypróbowanych środków najlepszymi okazały się chinina i cholina. Chininę najlepiej stosować w dawce 0,5 — 0,75 gr. w powolnych wstrzykiwaniach wśródzylnych. Autor wstrzykuje 0,5 gr. *Chinini dihydrochlorici* (w ampulkach). Szczególną ostrożność zaleca się u ciężarnych wobec pobudzającego skurcze macicy działania chininy. W przypadkach, w których zawodzi chinina, skuteczną często okazuje się cholina. Wśródzylne stosowanie nierozcieńczonej choliny jest niebezpieczne. W 2 ciężkich przypadkach autora cholina dała szybko dobry wynik i autor zastrzykiwał wśródzylnie bardzo powoli $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ cm.³ nierozcieńczonej *Cholinum chloratum medicinale* „Merck“. Cholina działa, pobudzając nerw błędny. Chorzy z objawami tyreotoksycznymi odpowiadają najgorzej na cholinę. Naogół cholina jest skuteczniejszą niż stosowana dawniej chinina, lecz i ona również czasami zawodzi. Autor gorąco zaleca w przypadkach długotrwałego częstoskurczu napadowego wśródzylne stosowanie dużych dawek naparstnicy, które mają być zawsze skuteczne. Przedtem próbować należy odruchowych środków drażnienia nerwu błędnego i stosowania chininy. Przed choliną jednak ze względu na niebezpieczeństwa, związane z jej stosowaniem, należy pod kontrolą tętna nagle wstrzyknąć wśródzylnie naparstnicę pod warunkiem, że jej uprzednio nie stosowano. Autor stosuje bardzo duże dawki naparstnicy, nie przekraczające jednak $4\frac{1}{2}$ cm.³ *Digipuratum*. Autor sądzi, że w rozpaczliwych przypadkach częstoskurczu napadowego, trwającego tygodnie i miesiące, można się odważyć na podanie jeszcze większej dawki, chociaż narażamy się na niebezpieczeństwo ostrego zatrucia naparstnicą (powstanie bloku serca). Przyczynę znakomitego działania naparstnicy w tych przypadkach upatruje autor w podrażnieniu nerwu błędnego. Naparstnicę, w ten sposób zastosowaną, uważa autor za najpewniejszy środek do przerwania napadu częstoskurczu napadowego.

H. L.

Choroby przemiany materji i gruczołów wewnątrzwydzielniczych.

COOKE. O symptomatologii hipoglikemji poinsulinowej. (The Lancet, Nr. 5806, r. 1934).

Poważny odsetek chorych cukrzycowych leczonych insuliną miewa napady hipoglikemji, które są źródłem alarmu u chorych, ich otoczenia i lekarza. Dla chorego objawy hipoglikemiczne są bardzo przykre, rzadko jednak bywają niebezpieczne, o ile w porę następuje właściwa interpretacja ze strony lekarza oraz odpowiednie z jego strony pouczenie dla chorego zwłaszcza w przypadkach pozaszpitalnych. Jakkolwiek objawy hipoglikemji są bardzo różnorodne, jednak można ustalić pewne typy odczynu hipoglikemicznego, które ułatwiają rozpoznanie. Autor przeprowadził ankietę u 179 chorych ambulatoryjnych, wśród których napady hipoglikemji raz lub częściej zdarzyły się u 111 chorych (62%). Przyczem brak było przewagi płci, natomiast zaznaczona była większa częstość u osobników młodych. Czas napadu po zastrzyknięciu insuliny wahał się pomiędzy 1 a 12 godzinami, najczęściej po 4 godzinach (53%). Napady występowały niezależnie od którejś pory dnia, natomiast dał się ustalić wpływ pory roku: latem 69%, wiosną 18%, zimą 11%, jesienią 2%. Jakość i częstość objawów: poty 82%, nagle osłabienie 74%, drżaczka 73%, zaburzenia wzroku (*amblyopia*, *diplopia*, błyski świetlne, żółte widzenie) 71%, zawroty głowy 67%, nieźborność ruchowa kończyn 41%, bóle głowy 33%, dezorientacja w czasie 32%, zamroczenie 30%, parestezje 14%, drgawki 8%, zaburzenia psychiczne 8%, głód 7%, zaburzenia słuchu 6%, *dysarthria* 6%, *enuresis nocturna* 5%, *dyspnoe* 1%, *nausea* 1%.

Jerzy Fajwlewiec (Łódź).

LABBÉ i GRINGOIRE. Wzrost djabetyków. (Nutrition Nr. 2 — 1934).

Nobécourt próbował wyodrębnić 2 typy: cukrzyca z hipotrofią, więc prawie zupełnie zahamowaniem wzrostu, brak cech dojrzewania płciowego, na które insulina również nie wpływa wcale. Typ drugi, to dzieci rosnące szybko. *Chabannier*, *Lebert* i *Lumière* zastrzegają się, że wpływ insuliny na wzrost nie jest stały, cytują jednakże obserwacje znacznego wyciągania się młodych djabetyków po insulinie. Podobne doświadczenia mają *Apert*, *Lereboullet*, *Mouriquand* i i. Autorzy amerykańscy (*Joslin*) wyjaśnili, że w 90% cukrzyca występuje u wysokich dzieci. Przeciętny nadmiar wzrostu wynosi 7 cm. Po ujawnieniu się cukrzycy następuje opóźnienie wzrostu, które wyrównywa się po leczeniu insuliną. Wg. *Spencer*a 58% djabetyków ma wzrost przeciętnie o 2,5 cm. wyższy, 20% o tyleż niższy, reszta ma wzrost normalny; wg. *Boyd*a i *Nelson*a 75% jest wysokich. Z pomiarów, dokonanych przez autorów na 74 młodocianych djabetykach, wynika, że 85% ma wzrost wyższy od przeciętnego. Zjawienie się cukrzycy opóźnia dalszy wzrost u 75% chorych, a po kilku latach choroby dzieci stają się przeciętnie niższe od zdrowych, opóźnienie wzrostu utrzymuje się pomimo insuliny w 75% przyp. Niektóre dzieci zupełnie przestają rosnąć. Stąd pochodzi hipoteza *Nobécoura*t. W lkażyście autorów poprzecza ona zjawienie się cukrzycy tylko 1 raz. Przystoż wagi jest naogół równoległy do wzrostu, często jednak jest zahamowany. Insulina znacznie poprawia wagę, dzięki czemu dzieci leczone są czasami skłonne do otyłości. Waga zależy pozatem od obfitości diety i ilości insuliny. Zahamowany jest rozwój płciowy. Pomimo insuliny większość dziewcząt dojrzewa późno. W przypadkach o łagodniejszym przebiegu cukrzycy wtórne cechy płciowe rozwijają się normalnie. U cięższych chorych owłosienie zjawia się normalnie, zaś rozwój jąder, wystąpienie miesiączki opóźnia się znacznie. Do przyczyn zahamowania wzrostu u djabetyków autorzy zaliczają niedostateczne odżywianie, złe wykorzystanie pokarmu, wywołane cierpieniem za-

sadniczem. Wbrew N o b é c o u r t o w i uważają, że w żywieniu chorych bardziej, niż węglowodanów, brak jest białka i tłuszczu, które stanowią część składową każdej komórki, gdy glikogen jest tylko rezerwą. Brak jest również witamin A i B. Nadmierny wzrost nie może być wytłumaczony nadczynnością przysadki, gdyż z chwilą ujawnienia się cukrzycy chory powinienby rosnać dalej, co wcale nie ma miejsca. Podobnie nie są tu winne gruczoły płciowe, gdyż, jak wiadomo, osłabienie tych gruczołów daje dalszy wzrost; z drugiej strony organoterapia płciowa nie zmienia przebiegu cukrzycy, ani nie ma wpływu na wzrost.

F. T u r y n.

S. THADDEA. O zaburzeniach w gospodarce węglowodanowej w chorobie Addisona i wpływie na nie hormonu kory nadnerczy. (Klin. Woch. Nr. 9, 1935).

W chorobie A d d i s o n a stwierdzamy niski poziom cukru we krwi, który po zastosowaniu doustnego leczenia hormonem kory nadnerczy zostaje praktycznie niezmieniony. Zawartość kwasu mlekowego we krwi waha się w normalnych granicach. Pacjenci z chorobą A d d i s o n a nie mogą sobie przyswoić wśródźylnie podanego cukru gronowego. Magazynowanie cukru gronowego w postaci glikogenu w narządach magazynujących jest utrudnione. Zaburzenia te usuwa podawanie brakującego hormonu. W chorobie A d d i s o n a mamy do czynienia z zaburzeniami w mechanizmie resyntezy, względnie spalania po podaniu kwasu mlekowego, które ustępują po zastosowaniu odpowiedniego leczenia hormonalnego. W ciężkich przypadkach choroby A d d i s o n a po wstrzyknięciu adrenaliny następuje nieznaczna tylko mobilizacja glikogenu wątrobowego, brak jest następowego przecukrzenia krwi. Zmiany te są po odpowiednim leczeniu hormonalnym odwracalne. Istniejącą w chorobie A d d i s o n a kreatynurę, którą należy uważać za wyraz zaniku glikogenu mięśniowego, można usunąć zapomocą podawania hormonu kory nadnerczy.

H. L.

Choroby kobiet i położnictwo.

P. NUBIOLA. Czynniki toksyczne w przodującym łożysku. (Gyn. et Obst. Nr. 2. T. XXX. 1934).

Duża śmiertelność dzieci przy przodującym łożysku skłoniła autora do skrupulatnych badań. Otóż przy bliższym badaniu tych łożysk autor zauważył, że pacjentki często mają białkomocz, a łożyska te mają te same zmiany histologiczne, co łożyska nerkowych chorych, lub w zatruciach ciążyowych. Z tego autor dochodzi do wniosku, że przy przodującym łożysku dużo komórek tegoż łożyska rozpływa się we krwi matki i noworodka, co powoduje często obumarcie płodu nawet jeszcze w łonie matki. Kilka mikrofotografii wątroby i nerek niemowląt i łożyska przodującego potwierdzają wniosek autora.

L. E b i n.

M. G. SERDUKOFF i M. K. LEWISKAJA. Przetaczanie krwi w niektórych dolegliwościach ginekologicznych. (Gyn. et Obst. Nr. 2. T. XXX. 1934 r).

Dotychczas przetaczanie krwi stosowano tylko w ostrych niedokrewnościach, spowodowanych nagłym upływem krwi. Autorowie proponują na mocy swego doświadczenia stosowanie transfuzji krwi o wiele częściej, gdyż: 1) transfuzja podnosi samoobronę organizmu przed operacją raka lub innymi operacjami ginekologicznymi, 2) transfuzja przyspiesza wyzdrowienie, 3) w chorobach infekcyjnych pomnaża środki obronne, prędzej zwalcza chorobę itp.

L. E b i n.

R. TSCHERTOK. Leczenie braku miesiączki hormonami. (Gyn. et Obst. Nr. 5, T. XXX. 1934).

Rozróżniamy pięć rodzajów braku miesiączki: 1) Brak miesiączki z powodu braku macicy lub jej słuszków po róż-

nych zabiegach. 2) Brak miesiączki z powodu braku jajników po operacji, kastracji, nowotworu, procesu toksycznego lub infekcyjnego jajników. 3) Brak miesiączki z powodu niedorozwoju aparatu follikularnego w dzieciństwie i w konsekwencji niedorozwój macicy, lub przedniego płata przysadki mózgowej i w następstwie wstrzymanie owulacji czasowo lub definitywne. 4) Brak miesiączki z powodu nadmiernego funkcjonowania aparatu follikularnego, t. j. obecność stałego dojrzalego follikulu lub cysta follikularna albo luteinowa. 5) Brak miesiączki z powodu ogólnego stanu chorej, jak infekcja, intoksykacja, z powodu głodu, perturbacji w metabolizmie, brak miesiączki psychiczny lub nerwowy. — W pierwszej grupie żadna hormonalna terapia, ze zrozumiałych powodów, nie może mieć miejsca. W drugiej grupie jest wskazana hormonalna terapia jajnikowa, t. j. 2 tygodnie podawać follikulinę, a następnie 2 tygodnie hormon ciała żółtego. W trzeciej grupie jest wskazany prolan z dodatkiem follikuliny. Ta ostatnia służy do tego, ażeby macica była więcej przekrwiona, a nie hiperluteinizowana. W czwartej grupie, niestety, nie możemy zapobiec nadmiernemu funkcjonowaniu follikulów. Według niektórych autorów grasica wstrzymuje wpływ przedniego płata p. m. na jajnik. Niektórzy radzą rękoma zmiażdżyć follikulu i podawać luteohormon. Ostatnia grupa leczy się stosownie do przyczyn. Niepowodzenie leczenia hormonalnego jest często skutkiem niepewnego rozpoznania. Terapia hormonalna wymaga dużo cierpliwości i obserwacji w przebiegu długich miesięcy. Co do dawek, to trzeba każdy przypadek leczyć indywidualnie i nieraz zmieniać dawki w trakcie leczenia.

L. E b i n.

S. GLAUBACH. O wpływie tyreotropowego hormonu przedniego płata przysadki mózgowej na ciążę. (Wien. kl. Woch. Nr. 5, 1934).

Podczas ciąży wzrasta zawartość tyreoidyny we krwi. Nadmiar tyroksyny przeszkadza jajczkowaniu, poczęciu i ciąży. Powyższe wyniki badań dowodzą, że zapomocą podawania tyreotropowego hormonu przedniego płata przysadki mózgowej udaje się u świńek morskich i królików wywołać zaburzenia w przebiegu ciąży zupełnie tak samo, jak zapomocą podawania tyroksyny lub gruczołu tarczowego. Autorka nie przeprowadziła jeszcze badań, czy to działanie jest tarczycopochodne, czy atyreogenne, t. j. czy jest związane z czynnością gruczołu tarczowego czy nie.

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

M. BERGER. Przerzutowy ropień jajnika po przebytym durze brzuszonym jako powikłanie ciąży. (Lijec. Vjes. z. 6/1933).

Autor podaje opis przypadku przerzutowego ropnia jajnika po przebytym durze brzuszonym jako powikłanie w trzecim miesiącu ciąży. Przypadek operowano z pomyślnym wynikiem, przyczem ciąża nie uległa zaburzeniu. Z ropy ropnia jajnikowego udało się wyhodować zarazki duru brzuszego. Ta postać powikłania jest rzadka, gdyż w ropnych schorzeniach przydatków przychodzi do ciąży tylko w wyjątkowych przypadkach, z drugiej zaś strony powstanie ropnych schorzeń przydatków podczas ciąży jest bardzo rzadkie. Rozpoznanie takich schorzeń bywa trudne do postawienia. Rokowanie ropnych schorzeń przydatków w ciąży należy określić jako nadzwyczaj wątpliwe. Śmiertelność wynosi w podobnych przypadkach 49%. Leczenie może być tylko operacyjne, przyczem wczesna operacja daje najlepsze widoki powodzenia, gdyż wtedy proces jest jeszcze umiejscowiony, i możliwe jest usunięcie schorzałych przydatków. Jeżeli wystąpią objawy otrzewnowe, oraz w przypadkach, w których bierze udział również macica, najbardziej celowe jest opróżnienie macicy na drodze pochwowej, a następnie doszczętne usunięcie macicy *per laparotomiam*.

Henryk J. L a n d a u.

Choroby dzieci.

K. DIETL. **O żółtacze jako o „drugiej” chorobie w wieku dziecięcym.** (Wien. kl. Woch. Nr. 9, 1934).

Leo H e s s opisał ten stan u dorosłych. Po objawach zakaźnych z niezbyt wysoką gorączką, trwających zwykle kilka dni, albo bezpośrednio, albo po przerwie 3 — 14 dniowej, podczas której chorzy czują się zupełnie dobrze, występuje żółtaczka; zwolnienie tętna, niższa niż normalnie ciepłota, spadek ciśnienia krwi, lekki białkomocz, powiększenie wątroby i śledziony nieznaczniego stopnia. Autor podaje opis kilku podobnych przypadków u dzieci.

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

K. HAUSMANN. **W sprawie stosowania czopków z cibalginy w praktyce dziecięcej.** (W. m. W. 1935 Nr. 7).

Dla niemowląt wchodzi w grę czopki, zawierające 0,25 cibalginy czyli 0,22 amidopiryny i 0,03 dialu. W razie bólu, niepokoju i w świądzie. Dzięki obecności amidopiryny czopki mogą mieć zastosowanie w grypie, gościec stawowym, płaswicy oraz w zakażeniu jelitowym. Czopki mogą być stosowane bez obawy u noworodków, u starszych dzieci konieczne będzie podwojenie dawki. U matek karmiących, u których stosowanie alkaloidów jest przeciwwskazane z powodu przechodzenia ich do mleka, czopki z cibalgina znalazły szerokie zastosowanie w zwalczaniu wszelkiego rodzaju bólów.

W. K u r o w s k i.

KOSTER, ROSENBLUM, KASMAN i LERNER. **Leczenie ostrego wysięku opłucnowego u dzieci.** (The Journ. of the Amer. Med. Assoc. No. 17, 1935)

W 8-miu przypadkach jednostronnego wysięku opłucnowego autorzy zastosowali leczenie kombinowane, mianowicie, drenaż po stronie zajętej wspomagali odną sztuczną po stronie zdrowej dla spowodowania szybszej obliteracji jamy ropniaka. Dren międzyżebrowy zakładano 7 — 10 dni po ustąpieniu objawów czynnego procesu zapalnego w płucach, przyczem do tej pory nie podejmowano nakłucia w celach rozpoznawczych. Do odmy sztucznej po stronie zdrowej przystępowano 2 — 3 dni po założeniu drenu. Nakłucia dokonywano w linii pachowej w VI międzyżebrow. Pierwsza insuflacja wynosiła 50 cm., poczem kontrolowano ciśnienie w jamie opłucnowej; insuflacja całkowita nigdy nie przekraczała 250 cm. przy pierwszej odmie i nigdy nie przekraczano ciśnienia + 3 cm. wody w jamie opłucnowej. Po 48 godz. odnę dopełniano 250 — 400 cm. Odnę powtarzano aż do usunięcia drenu i zupełnej obliteracji jamy ropnej. Bezpośrednio po odmie chory szybciej i głębiej oddychał, przyczem objaw ten był więcej zaznaczony po stronie ropniaka. Krótko po odmie notowano bardziej obfitą wydzielinę ropną z drenu. Zmiana rytmu i amplitudy oddechów nie wywoływała zwykle żadnych objawów podmiotowych, tylko w jednym przypadku zaobserwowano nieznaczną duszność. Po odmie spostrzegano poprawę objawów klinicznych ze spadkiem ciepłoty ciała. Nawrotów nie spostrzegano. Poprawiało się łaknienie, i dzieci przybierały na wadze. Zwykle 4 dni po założeniu pierwszej odmy większa część wydzieliny ropnej była ewakuowana. Po 7 — 10 dniach pojemność jamy ropnej nie przekraczała 25 cm. soli fizjologicznej. Drenaż przerywano przeciętnie 13 — 14 dni po torakotomji. Jedynym powikłaniem w 2 przypadkach była odma podskórna, która ustąpiła po 2 — 4 dniach. Wiek chorych wynosił 3 — 12 lat. Oddawna wiemy z doświadczeń na zwierzętach, że odma sztuczna nie wywołuje u nich zmiany ilości powietrza oddechowego. Strona zdrowa działa wyrównawczo. Przy wymienionej metodzie leczenia czynność wyrównawczą bierze na siebie płuco po stronie chorej, które nasutek odmy po stronie zdrowej rozszerza się i wygnata zawartość jamy ropnej przez dren nazewnątrz, co przyspiesza obliterację tej jamy.

Jerzy F a j w l e w i c z (Łódź).

Choroby kości i stawów.

K. L. MUELLER. **Zapalenie szpiku główki kości piszczelowej.** (Wien. kl. Woch. Nr. 4, 1934).

W zapaleniu szpiku kostnego główki kości piszczelowej ma się do czynienia ze schorzeniem o wzrastającej w późnej starości złośliwości, którego widoki na trwałe wyleczenie należy oceniać bardzo ostrożnie. Należy się zawsze liczyć z możliwością ropniaka stawu kolanowego, jako powikłaniem, zagrażającym życiu. W przypadkach, które należy dobierać szczególnie ostrożnie, powinno się jednak częściej decydować na wycięcie stawu kolanowego, gdyż w ten sposób udaje się uniknąć konieczności odjęcia kończyny.

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

Frances PASCHER. **Odczyn tuberkulinowy w gościec stawowym.** (Amer. Journ. Med. Sciences, 1934, t. 188, Nr. 4).

Ażebym sprawdzić twierdzenie L ö w e n s t e i n a o etjologii gruźliczej gościec stawowego, autor zbadał 245 dzieci 2 — 15 letnich, chorych na gościec stawowy na odczyn tuberkulinowy. Jako grupę kontrolną zbadano w podobny sposób 273 dzieci chorych na inne choroby poza gościecem i gruźlicą. Częstość występowania dodatniego odczynu M a n t o u x była w obu grupach mniej-więcej jednakową — 26,9% w grupie gościecowej, 24,4% w kontrolnej. To samo tyczy się różnych grup wieku. Zwiększenie się liczby prób dodatnich wraz z wiekiem szło w obu grupach równolegle. W czynnej i nieczynnej fazie choroby gościecowej częstość występowania dodatniego odczynu M a n t o u x była jednakowa. Z badań tych autor wyciąga wniosek, że między gościecem stawowym a gruźlicą nie istnieje związek etjologiczny.

H. M a k o w e r.

J SCHÜLLER. **Leczenie zeszywnień stawowych wywołanych zmianami torebkowymi lub okołostawowymi zapomocą wstrzykiwań dostawowych lub okołostawowych.** (Münch. med. Wschr. 1934 Nr. 20).

W przypadkach ograniczenia ruchów stawowych, spowodowanym zmianami w torebce stawowej lub tkankach okołostawowych, polegających na bliznowaceniu tkanki, autor zastrzykuje 20%-owy roztwór abrodilu dostawowo lub do tkanek okołostawowych, jeśli z powodu zmniejszenia się jamy stawowej nie można dokonać zastrzyknięcia wprost do stawu. Doświadczenia na zwierzętach wykazały, że zastrzykiwania takie nie powodują żadnych trwałych uszkodzeń części stawowych. W następstwie dostawowego lub okołostawowego zastrzyknięcia dochodzi do wylewu w jamie stawowej. Po upływie 8 dni wylew znika, lecz uzyskana lepsza ruchomość stawu pozostaje na stałe. Autorowi zdarzył się tylko jeden przypadek, w którym nie osiągnął pomyślnego skutku. Z 6 przypadków *periarthritis humeroscapularis* odzyskały zupełną ruchomość 3 stawy barkowe po 1 zastrzyknięciu, 1 staw po 2 zastrzyknięciach, podczas gdy pozostałe 2 przypadki wykazały po 1 wstrzyknięciu znaczną poprawę. Przed wstrzyknięciem abrodilu obstrzykuje się chory staw 0,5% roztw. nowokainy następnie dopiero wstrzykuje się 20%-owy roztwór abrodilu dostawowo lub okołostawowo. Po dokonaniu zastrzyknięcia nakłada się natychmiast wyciąg przylepcowy przy możliwie największym uniesieniu chorego stawu ku górze i rotacji na zewnątrz. Przeważnie chorzy w ciągu 3 dni pozostają z nałożonym wyciągiem w łóżku. Następnie przechodzi się do stosowania czynnych i biernych ćwiczeń ruchowych i masażu tkanek otaczających staw. Po 8 — 10 dniach wyciąg zakładamy już tylko na noc. Leczenie ma na celu osiągnięcie dostatecznego podrażnienia tkanek („zapalenie chemiczne”), jednak bez wywołania jakiegokolwiek poważniejszego uszkodzenia.

T i e t z.

gę czytelników temi zagadnieniami, to jedynie dlatego, że sprawy stosunku naczyń siatkówki do układu naczyniowego, czy to całego ustroju, czy tak ważnego narządu, jak mózg, stoją wciąż na porządku dziennym u internistów, neurologów i okulistów. Tak, np. w klinice ocznej Uniwersytetu Warszawskiego kol. S o b a ŋ s k i od dłuższego czasu przeprowadza, nawiązując do prac autorów francuskich z B a i l l a r t e m na czele, nader ciekawe badania nad związkiem pomiędzy poziomem ciśnienia żylnego siatkówki a poziomem ciśnienia śródczaszkowego. Badania te pozwalają mu na pewne zmodyfikowanie obecnie panujących poglądów na sprawę powstawania tarczy zastoinowej. Wreszcie zaznaczyć muszę, że jednym z dwu tematów programowych na

najbliższym zjeździe Okulistów Polskich będzie: „Ciśnienie krwi a oko”.

Z rozważań powyższych wypływa fakt niezbity: im bardziej okulistyka wtłacza się w ramy ogólnej patologii, tem większe są jej zdobycze, tem bardziej pogłębiają się różnorakie jej działy, lecz wzamian za to oddaje ona, a w przyszłości najprawdopodobniej w stopniu jeszcze znaczniejszym oddawać będzie duże usługi klinice chorób wewnętrznych, albowiem w tej tak rozległej dziedzinie niema choroby, dla której istniałby jeden jedyny objaw patognomoniczny, natomiast rozpoznania są stawiane zawsze drogą syntezy całego szeregu objawów, wśród których oczne nie powinny się znajdować na poślednim miejscu.

O c e n y k s i ą ż e k

Prof. Dr. Paul DITTRICH. *Der Kindesmord in der ärztlichen Sachverständigen-Tätigkeit.* Mit 50 Abbildungen im Text. Urban-Schwarzenberg. Wien-Berlin. 1935.

Znany profesor medycyny sądowej niemieckiego Uniwersytetu w Pradze wydał zwięzłą monografię, poświęconą zagadnieniu dzieciobójstwa. Po szczegółowym przedstawieniu techniki sekcyjnej zwłok noworodka, nieraz odmiennej od zwykłej techniki sekcyjnej zwłok osoby dorosłej, autor omawia prawodawstwo, dotyczące tego zagadnienia, zastanawia się następnie nad określeniem pojęcia trwania życia dziecka po porodzie, omawia przyczyny śmierci noworodka przed, podczas oraz po porodzie, specjalną uwagę poświęcając tak zwanemu czynnemu dzieciobójstwu, w praktyce zresztą najważniejszemu. Materiał podany jest zwięźle, rzeczowo i przejrzysto, sposób jego przedstawienia wykazuje duże doświadczenie autora i wieloletnią rutynę pedagogiczną, wobec czego monografia ta przyniesie korzyść nie tylko przygodnym obducantom, lecz i specjalistom lekarzom sądowym. Chciałbym teraz pokrótce omówić niektóre działy tego dzieła. W rozdziale, traktującym o odpowiedzialności za dzieciobójstwo, autor omawia, niestety, tylko prawodawstwo niemieckie, austriackie, czeskosłowackie i ich nowsze projekty. Kodeks karny niemiecki uznaje dzieciobójstwo (jako t. zw. zabójstwo uprzywilejowane) tylko w stosunku do dziecka nieślubnego, projekt tego kodeksu rozszerza to pojęcie i na dziecko ślubne; kodeks karny austriacki uznaje dzieciobójstwo dziecka zarówno ślubnego, jak i nieślubnego, za pierwsze wymierzając karę bezterminowego ciężkiego więzienia, za drugie — więzienia terminowego ciężkiego; projekt z r. 1912 nie zawiera już tego podziału. Odpowiedni artykuł Kod. Kar. czeskosłowackiego odpowiada w zupełności artykułowi o dzieciobójstwie kodeksu karnego austriackiego; w projekcie tego kodeksu również nie został uwzględniony podział na dziecko ślubne i nieślubne. Zastanawiając się nad odpowiedzialnością matki za spowodowanie śmierci płodu (np. spalenie, utopienie), urodzonego żywym, lecz niezdolnego do życia wskutek przedwczesnego porodu, np. do 30 tygodni, autor przytacza ciekawe zdanie znanego prawnika G l e i s s a c h a, który stoi na stanowisku, że w takich razach matka nie będzie ponosiła żadnej odpowiedzialności (za dzieciobójstwo), gdyż odnośny artykuł K. K. mówi o człowieku, wzgl. dziecku jako o obiekcie przestępstwa, płód zaś, w tym okresie urodzony, nie może być podporządkowany pod żadne z tych pojęć. Mówiąc o ustaleniu, czy noworodek urodził się żywym i oddychał po urodzeniu, autor uwzględnia tylko próby hidrostatyczne, nie wspomina natomiast o marmurkowatości płuc, ważnym dowodzie tego, że noworodek oddychał, pomija również milczeniem mikroskopową próbę płucną; uważam, że w takiej monografii należałoby

wspomnieć o przytoczonych próbach. Zdaniem naszym, autor poświęcił zbyt mało uwagi znaczeniu zgniecenia główki podczas porodu z punktu widzenia wyjaśnienia zdolności do życia dziecka po porodzie i przyczyny śmierci dziecka. W końcu książki autor przytacza szereg przykładów, wzgl. wzorów protokółów oględzin zwłok noworodków i formułowania orzeczeń w tych przypadkach. Uważam, że wzory, proponowane przez autora, są zbyt pobieżne i zawierają nieraz tylko rozpoznanie bez opisu narządów (np. wszystkie narządy blade, płuca powietrzne, żołądek powietrzny — nie przytacza tu autor trybu wykonania prób wodnych itd.). Zdaniem naszym, przy wykonywaniu oględzin sądowo-lekarskich zwłok należy wymagać, aby lekarz dokładnie opisał obiektywnie, co widzi, jaki kolor mają narządy, jaka jest ich spistość itd. W ten sposób inny lekarz, który nie będzie widział obiektu, z opisu będzie mógł wnioskować, jakie zmiany zachodziły w opisywanych narządach; dlatego wzory, podane przez autora, są dobre dla doświadczonego lekarza sądowego, lecz takiemu nie są one właściwie potrzebne, nie wszystkie są natomiast wskazane dla obducenta mało doświadczonego, od którego właśnie należy wymagać dokładnego opisu zmian i narządów. Powyżej podane uwagi krytyczne nie zmniejszają bynajmniej wartości dzieła D i t t r i c h a; monografii tej życzę jaknajwiększego rozpowszechnienia się wśród lekarzy sądowych.

W. G r z y w o - D ą b r o w s k i.

CURTIUS, ENGEL, MARX, SIEBECK. *Ueber Erkrankungen des arteriellen Systems.* 1935. Nakład G. Thieme, Lipsk, str. 102.

Na treść tego zbiorowego dziełka składają się odczyty, wygłoszone przez autorów w Berlińskim Towarzystwie Lekarskim, a mianowicie: O schorzeniach układu tętniczego. Wywiady i rozpoznawanie schorzeń układu tętniczego. Przebieg choroby i losy życia chorych z wzmocnionem ciśnieniem krwi. Nowe badania doświadczalne w dziedzinie nadciśnienia. Ocena stanu chorych z nadciśnieniem i leczenie nadciśnienia. Zagadnienie nadciśnienia. o którym już tyle mówiono i pisano, zostało ujęte przez autorów głównie z praktycznego punktu widzenia. Autorzy zdają sprawę z wyników prac klinicznych, opartych na dużym materiale i długoletniem doświadczeniu. Za zaletę książeczki należy poczytywać, że tematem jej jest nie jak to przeważnie bywa wyłącznie objaw nadciśnienia lecz przede wszystkim człowiek, cierpiący na nadciśnienie. Podstawowym warunkiem właściwej oceny nadciśnienia powinny być w każdym poszczególnym przypadku nie tylko wielokrotnie powtarzane pomiary ciśnienia, lecz również trafna ocena zaburzeń czynności wszystkich narządów i zachowania się układu krążenia oraz poznanie czynności ustroju ludzkiego jako ca-

łości, jego wydolności, osobowości i warunków życiowych. Książeczka daje czytelnikowi całokształt obecnego stanu naszej wiedzy o nadciśnieniu tętniczym, wysuwając przytem na plan pierwszy tylko te zagadnienia, które interesują lekarza-

praktyka. W codziennej pracy lekarskiej, w której tak często spotykamy się z ludźmi, dotkniętymi nadciśnieniem, książeczka może ułatwić lekarzowi właściwe rozpoznanie postaci nadciśnienia, rokowanie i leczenie. J. T y p o g r a f.

Wskazówki praktyczne

Argolaval, związek azotanu srebra z urotropiną, w 2% roztworze odpowiada 1% roztworowi azotanu srebra. H e i m poleca ten środek w *okulistyce*. Zapobiegawczo stosuje się u noworodków z dobrym wynikiem, jak również we wszelkich operacjach ocznych. Jako hemostatyczny środek nadaje się bardzo dobrze w operacjach na worku łzowym. Lecznictwo daje doskonale wyniki w zapaleniu brzegu powiek. (M. m. W. 1935, Nr. 21).

—o—

H o m e poleca *coraminę* w *zamartwicy noworodków*. W lżejszych przypadkach domięśniowo, w cięższych — dożylnie ($\frac{1}{2}$ — 2 cm³ do żyły pępkowej). U dzieci, które otrzymały *coraminę* do żyły pępkowej spostrzega się $\frac{1}{2}$ do 1 godziny po zastrzyknięciu pobudzenie do kichania, które często trwa kilka godzin. (M. m. W. 1935, Nr. 21).

—o—

Pernocton, stosowany doustnie, jest, według S i e p e r t a, niezawodnym i wolnym od działania ubocznego i kumulacyjnego lekiem przeciwko *bezsenności* w stanach przebiegających bez silnych bólów. W razie większego bólu w kombinacji ze środkami przeciwbólowymi może zastąpić przetwory makowca. (D. m. W. 1935, Nr. 19).

—o—

W e i g e l podkreśla ważność *Dilaudidu* w *narkozach ewipanowych*. Na $\frac{1}{2}$ godziny przed zabiegiem zastrzykuje się 0,002 *dilaudidu*, co przedłuża uspienie dwa-, a nawet trzykrotnie, tak, że można nawet większe operacje wykonać bez dodatku eteru. (Ztbl. Chir. 1935, Nr. 22).

—o—

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Polska Akademia Umiejętności.

IV. Wydział Lekarski.

Posiedzenie z dnia 20 maja 1935 r.

(C. d. — p. Nr. 25-26).

Czł. M. F r a n k e i S. P r z y ł ę c k i przedstawia pracę p. R. T i s l o w i t z a p.t. *Kwas I. askorbinowy i przemiana cholesterynowa*.

Badano wpływ kwasu I. askorbinowego na poziom cholesteryny we krwi. Doświadczenia przeprowadzono na psach. Badania dotyczyły zwierząt: 1) zdrowych przy zwykłym pożywieniu, 2) przy równoczesnej zmianie pożywienia, 3) wreszcie zwierząt, którym usunięto nadnercze. Kwas askorbinowy wprowadzano psom dożylnie (przeciętnie 10 mg na kg wagi).

1. W pierwszej grupie doświadczeń badano poziom cholesteryny we krwi po 1 godzinie, 2, 3, 4, 6 i 24 godzinach po jednorazowym wstrzyknięciu kwasu askorbinowego.

Zawartość cholesteryny we krwi była za każdym razem ta sama. W innej serii tych doświadczeń podawali autorowie psom przez 5—14 dni codziennie tę samą dawkę kwasu askorbinowego, jednak również bez żadnych zmian poziomu cholesteryny we krwi.

2. W drugiej grupie doświadczeń badali autorowie poziom cholesteryny we krwi w czasie diety mięsnej, diety jarskiej oraz mieszanej. Część psów otrzymywała na zmianę pożywienie jarskie, a potem mięsne i odwrotnie. Inna część otrzymywała pożywienie mieszane. Przy pożywieniu mięsnym zauważyli autorowie za każdym razem wzrost zawartości cholesteryny we krwi, przy jarskim — zmniejszenie się jej zawartości.

Poziom cholesteryny u zwierząt, którym równocześnie ze zmianą pożywienia podawano kwas askorbinowy, nie różnił się od poziomu cholesteryny u zwierząt kontrolnych. Kwas askorbinowy nie miał więc wpływu na wahania poziomu cholesteryny, wywoływane przez zmianę pożywienia.

3. W trzeciej grupie doświadczeń stwierdzili autorowie wzmożony poziom cholesteryny we krwi po usunięciu jednego nadnercza. Wzrost poziomu zaznacza się szczególnie w pierwszych dniach po operacji. W tych warunkach badali autorowie wpływ kwasu askorbinowego na powstałą hipercholesterynemję, nie stwierdzili jednak żadnych zmian po wstrzyknięciu kwasu askorbinowego — w przeciwieństwie do wyraźnego działania obniżającego wyciągów kory nadnerczy.

Streszczenie wyników: Rozpuszczalna

w wodzie witamina C nie wywiera wpływu na poziom cholesteryny we krwi, podobnie jak witamina B1 — w przeciwieństwie do witamin A i D, rozpuszczalnych w tłuszczach.

(Z Zakładu Patologii ogólnej i dośw. Uniwersytetu Warszawskiego. Kierownik: prof. dr. med. F. V e n u l e t).

Czł. cz. A. B e c k przedstawił pracę p. W. S t. H o ł o b u t a p. t. *Z badań nad mechanizmem subordynacji nerwowej I. Doświadczenia nad subordynacją ruchową*.

Autorowi chodziło w pracy niniejszej o poznanie mechanizmu zjawisk subordynacyjnych ruchowych (chronaksymetrycznych) i w tym celu przeprowadził szereg doświadczeń na żabach już to z mózgiem całkowicie zachowanym, już też po uprzednim zniszczeniu mózgowia. Przecinając tylko korzonki czuciowe, spostrzegł autor zawsze obniżenie się stopnia subordynacji nerwowej w postaci wzrostu wartości chronaksymetrycznych. Prócz tego przecięcie tylnych korzonków czuciowych ujawniło dwupiętrowy mechanizm zjawisk subordynacyjnych, a mianowicie subordynację mózgowia, oraz subordynację rdzenia kręgowego. Również doświadczenia na żabach t. zw. rdzeniowych (z uprzednio zniszczonym mózgiem) dowiodły istnienia dwuskładowych pobudliwości nadrdznej, subordynacji mózgowiej i rdzeniowej.

Autor przypuszcza, że w stanie prawidłowym (przy zachowanym całkowicie układzie nerwowym) istnieje subordynacja, której składowa mózgowia wysuwa się na plan pierwszy; obserwujemy wówczas typ mózgowy zjawisk nadrzędnych, wyrażający się wielką zmiennością i chwilejnością wartości chronaksymetrycznych, zmienianych nieustannie na drodze podmiotów dośrodkowych. Gdy się zaś przetnie korzonki tylne, to wówczas przeważa rdzeniowy składnik subordynacji; obserwujemy wtedy poza jej zmniejszeniem się również bardziej stałe wartości chronaksyj. Ten typ rdzeniowy subordynacji jeszcze lepiej uwidacznia się u żab z poprzednio zniszczonym mózgiem, a przecięcie w tym wypadku korzonków tylnych pociąga za sobą dalsze zmniejszenie się subordynacji, i to subordynacji czysto rdzeniowej.

Czł. R. N i t s c h przedstawił pracę pp. H. J. F u c h s a i H. K o w a r z y k a p. t. *Porównawcze badania serologiczne nad swoistością komórek nowotworowych złośliwych i komórek płodowych*.

W jednej z poprzednich prac stwierdzili H. J. F u c h s i H. K o w a r z y k, że swoista substancja, wywołująca we krwi osobników chorych na nowotwory złośliwe odczyn serochemiczny F u c h s a, ma charakter wywoławca. W późniejszych doświadczeniach H. A u r a n, H. J. F u c h s

i H. K o w a r z y k stwierdzili, że swoista substancja nowotworowa odpowiada zupełnie substancji, spotykanej w niektórych surowicach płodów ludzkich, natomiast inne surowice płodowe mają właściwości przejściowe, zbliżone bardziej do swoistości surowicy osobników dojrzałych i zdrowych, lub też bardziej do swoistości chorych na nowotwory złośliwe.

Wychodząc z założenia, że obecność swoistych wywoływaczy w komórce stanowi jej charakterystyczną cechę, przypuszczają autorowie, że podobnie jak można serologicznymi metodami oznaczać i rozgraniczać pokrewieństwa gatunkowe w skali filogenetycznej, tak również i w skali ontogenetycznej można odpowiednio czułą metodą serologiczną oznaczać stopień różniczkowania komórek. Dla poparcia tego twierdzenia badano porównawczo serologicznie metodą F u c h s a właściwości ludzkich surowic osobników dojrzałych i zdrowych, surowic płodowych, rakowych, i serologicznie właściwości nasienia.

Wyniki były następujące:

1) Plemniki zawierają swoistą substancję o charakterze wywoływacza względem osobników jednogatunkowych dojrzałych, również względem dawcy nasienia.

2) Swoista substancja plemników różni się od swoistych substancji różnych jednogatunkowych surowic płodowych, zarówno wtedy, kiedy oddziałują podobnie jak surowice nowotworowe, jak i wtedy, kiedy oddziałują od nich odmiennie.

3) Surowice nowotworowe okazują z reguły swoistość odmienną od plemników i odmienną od swoistości surowic osobników dojrzałych, a zbliżoną mniej lub więcej do swoistości surowic płodowych.

4) W wyjątkowych przypadkach niektóre surowice rakowe, podobnie jak i surowice chorych na przewlekłe stany zapalne, okazują obecność substancji, spokrewnionych ze swoistą substancją plemników. Świadczy to prawdopodobnie o tem, że w przebiegu spraw zapalnych, dostają się do krążenia krwi substancje komórek o bardzo niskim stopniu wy różnicowania.

Z powyższych danych autorowie wnoszą, że komórka nowotworowa serologicznie odpowiada określonemu stopniowi rozwoju ontogenetycznego komórek płodowych. Różnica między komórką nowotworową a płodową polega nie na różnych właściwościach serologicznych, lecz na braku zdolności dalszego „różnicowania” swoistych substancji, wspólnych zarówno dla komórki płodowej, jak i nowotworowej. W kierunku swoistości ostatecznej, charakterystycznej dla komórek różnicowanych ustroju dojrzałego.

Czł. J. M o d r a k o w s k i i S. P r z y l ę c k i przedstawiają pracę pp. J. S u p n i e w s k i e g o, J. H a n o i E. T a s c h n e r a p.t. Zawartość kwasu askorbinowego w tkankach nowotworowych, badana sposobem Tillmanna.

W doświadczeniach swoich określali autorowie zawartość kwasu askorbinowego w tkankach rozmaitych narządów kręgowców zapomocą metody T i l l m a n n a. Oznacжали ilość kwasu askorbinowego w tkankach zwierząt zdrowych i u zwierząt z zaszczepionymi nowotworami; określali także zawartość tego kwasu w nowotworach ludzkich i w tkankach je otaczających, niezmiennych nowotworowo.

Z załączonych tablic, zawierających rezultaty doświadczeń, wynika, że zawartość kwasu askorbinowego w tych samych narządach różnych kręgowców waha się w dość dużych granicach. Różnice w zawartości tego kwasu w tych samych narządach tego samego rodzaju kręgowców są nieznaczne.

Ilość kwasu askorbinowego w niektórych narządach zwierząt nowotworowych jest mniejsza, niż w odpowiednich narządach zwierząt zdrowych. Sama tkanka nowotworowa guzów zawiera więcej kwasu askorbinowego, niż tkanki otaczające.

Tkanki nowotworowe ludzkie zawierają 2 do 3 razy więcej ciał, określaných jako kwas askorbinowy, niż te same tkanki, niezmiennione nowotworowo. Zwiększenie ilości kwasu askorbinowego stwierdza się zarówno w nowotworach złośliwych, jak i w guzach niezłośliwych. W doświadczeniach

swoich nie spostrzegali autorowie żadnych większych różnic w zawartości kwasu askorbinowego w tkankach nowotworów złośliwych i niezłośliwych.

(Z Zakładu Farmakologii Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie. Dyrektor: prof. dr. J. W. S u p n i e w s k i).

(Praca wykonana z zasiłkiem funduszu im. P. T y s z k o w s k i e g o).

(Dok. nast.).

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego w Wiedniu z dnia 31 maja 1935 r. (Wien. med. Wschr. Nr. 24/1935) J. B a u e r pokazywał przypadek, dotyczący 24-letniej kobiety z *ostrą porfiryneją*. Po wyrwaniu zęba 8 maja pacjentka poczuła się osłabiona, skarżyła się na rwące bóle w członkach i kolkę brzuszną. Obok tego były wymioty i zaparcia stolca. Pierwsze przypuszczalne rozpoznanie lekarza domowego było: skręt torbieli jajnikowej. Na drugi dzień powodu podejrzenia o kamień żółciową przewieziono chorą do szpitala. Na oddziale chirurgicznym odmówiono wykonania zabiegu. Brzuch nie był napięty, lecz bolesny na ucisk, naprawo od macy wyczuwało się guz (guz jajnika? ciąża pozamaciczna?). Mocz był ciemny, nie zawierał białka, ani bilirubiny, przy badaniu spektroskopem (K. B a r r e n s c h e e n) stwierdzono obecność porfiryne. Ostra porfiryneja może naśladować brzuszne obrazy chorobowe (skręt jelit, niedrożność jelit, kamień żółciową i nerkową, ciążę pozamaciczną). Badanie rentgenowskie wykazało rozszerzenie żołądka silnego stopnia, rozszerzenie dwunastnicy i kilku górnych pętli jelit cienkich; dolne pętle jelit cienkich oraz kiszki grube były spastycznie skurczone. 0,08 gr. papaweryny spowodowała ustąpienie kurczu.

Na posiedzeniu Towarzystwa Rentgenologicznego w Wiedniu z dnia 10 października 1934 r. (Wien. med. Wschr. Nr. 24/1935) R. K i e n b o e c k i i E. G. M a y e r pokazywali przypadek *zrosniętych mnogich guzów w tylnym śródpiersiu i rozległej nadżerki kręgosłupa, przypuszczalnie neurofibromatosis multiplex*. Przypadek dotyczy 19-letniego młodzieńca, początek dolegliwości datuje się od 9-tego roku życia: co rok, na wiosnę poczuwszy, dokuczaly choremu w ciągu kilku miesięcy bóle pleców, ogólne osłabienie, wychudnięcie, gorączka, tak, że musiał leżeć w łóżku; następnie stan się poprawiał, chory czuł się dobrze i mógł pracować. Od roku pozostaje pod obserwacją prelegentów. Wzrost niski. Stan ogólny i odżywianie dobry, grzbiet nieco skrzywiony. Badanie rentgenowskie wykazało duże guzowate zbite masy nowotworowe w postaci powrozków w tylnym śródpiersiu tuż przed kręgosłupem piersiowym, ciągnące od góry ku dołowi, o powierzchni gładkiej, falistej. Kręgosłup piersiowy lekko wygięty wężowato, liczne nieprawidłowe ubytki kręgow, zwłaszcza ich trzonów, lecz również wyrostków poprzecznych i żeber, wyrostek ościsty drugiego kręgu szyjnego torbielowato rozdęty. Guz części miękkich wydaje się schorzeniem pierwotnym, zniszczenie kręgów — zjawiskiem wtórnym, wywołanym przez wrastanie pierwszego. Pod względem różniczkowo-rozpoznawczym wchodzi w rachubę przede wszystkim gruczolę gruczolów, złośliwe powiększenie gruczolów i *lymphosarcoma*, dalej ziarnica złośliwa; przeciwko tym sprawom przemawia jednak bezskuteczność leczenia promieniami R o e n t g e n a. Dlatego prelegenci odrzucają schorzenie gruczolów chłonnych, najprawdopodobniejszą wydaje się im *neurofibromatosis multiplex*, umiejscowiona w pniu nerwu współczulnego przed kręgosłupem i wrastająca w niego. Na podkreślenie zasługuje moc i trwałość kręgosłupa pomimo silnego zniszczenia, brak złamań, dobra ruchomość ciała, dobry stan ogólny po minięciu obostrzeń, przewlekły przebieg. Obostrzenia choroby należy tłumaczyć wzmożeniem bujaniem dobrodziejną początkowo tkanki nowotworowej, być może, wskutek rozpoczynającego się tu i ówdzie zwyrodnienia złośliwego — *neurosarcoma*. Brak zmian skórnych (guzków i plam barwnikowych) nie przemawia przeciwko rozpoznaniu prelegentów.

Korespondencja.

LIST Z NEW-YORKU *).

Na wystawie techniczno-naukowej ostatniego Zjazdu lekarzy północno-amerykańskich (St. Zjed. i Kanady), który zgromadził 10 tysięcy uczestników, przyznano nagrodę 1-szej kl. (złoty medal) za odkrycie substancji czynnej sporyszu w postaci krystalicznej. Czynnik ten izolowany ze sporyszu, nad czym długie lata się trudzono, nazwano tutaj „ergotocin”. Dokonano tego 12 grudnia 1934 r. a zatem 1/2 roku temu na Wydziale Chemii Uniwersytetu w Chicago, dzięki współpracy trzech lekarzy: Dr. Edwarda D a v i s, Dr. Freda A d a i r i Dr. Geralda R o g e r s i dwóch chemików: Dr. M. S. K h a r a s h i Dr. Romeo L e g a u l t.

W jakim stosunku jest ta odkryta przez uczonych amerykańskich „ergotocyna” do opisanej w N. 21—22 „Warsz.

*) Dopelnienie listu z Nr. 25—26.

Czas. Lek.” z roku 1935 „Sensibaminy” B. v. I s s e k u t z a i Marji L e i n z i n g e r? Czy posiadają te alkaloidy jednakowe własności fizyczne i chemiczne? Czy jednakowo nadają się do celów leczniczych?

W klinikach położniczych Ameryki „ergotocyna” była już z powodzeniem stosowana wobec groźnych krwotoków poporodowych. Dwie dziesiąte miligrama, zastrzyknięte dożylnie, już w 15 sekund wstrzymywały krwawienie. Byłoby to wielką wygraną ten izolowany i ściśle matematycznie określony alkaloid wobec tej niepewności działania samego sporyszu, rzadko jednakowego, i tych przeróżnych z niego wyciągów do użytku wewnętrznego i zastrzykiwań podskórnych.

Nagroda 1-szej kl., wyznaczona przez „jury” tak poważnego związku, jak Amer. Med. Ass. (Rada ustawodawcza składa się ze 175 członków, reprezentujących 120.000 lekarzy), budzi duże zaufanie.

Edward G l i k s m a n.

Przegląd terapeutyczny.

Z Oddziału męskiego chorób skórnych i wenerycznych
Państwowego Szpitala Powszechnego we Lwowie.

(Ordynator: Doc. Dr. St. O s t r o w s k i).

O domięśniowym leczeniu kiły Acetylarzanem.

Podał

Dr. A. NADEL (Lwów).

I.

Mimo doskonałych wyników, osiągniętych w leczeniu kiły związkami trójwartościowego arsenu, lecznictwo przeciwkiłowe wprowadziło w ostatnich latach nowe związki arsenowe, wychodząc ze słusznego założenia, że wzbogacenie arsenału leczniczego w zwalczaniu choroby tak groźnej, jak kiła, może być połączone tylko z wielką korzyścią dla chorego. Każdy zajmujący się lecznictwem kiły wie dobrze, jak niejednokrotnie bywa zmuszony rezygnować z arsenobenzolu, środka mającego za sobą całą już historję i olbrzymią wprost literaturę. Nietolerancja preparatu czasowa, czy, co gorsza, trwała stawia niejednokrotnie lekarza w położenie kłopotliwe, zwłaszcza, jeśli chodzi o przypadki kiły wczesnej, surowiczoujemnej, wykazującej jeszcze brak zajęcia gruczołów chłonnych i nadającej się do bardzo energicznego leczenia. Trwałe utrzymanie ujemnych odczynów serologicznych we krwi i płynie mózgowo - rdzeniowym i niedopuszczenie zarazki kiły do uogólnienia się jest jeszcze ciągle dążeniem większości syfildologów, mimo zapatrywań nielicznych terapeutów, iż należy czekać na wystąpienie pierwszej osutki kiłowej, mającej jakoby przyczynić się do wytworzenia wzmoczonej naturalnej odporności organizmu na jad kiłowy.

Prócz przypadków, wykazujących nietolerancję preparatów arsenobenzolowych, styka się jeszcze syfildolog niejednokrotnie z chorymi, u których dożylnie podanie preparatów przeciwkiłowych, jak w ogólności dożylnie podawanie wszelkich preparatów, jest też z innych powodów przeciwwskazane. Schorzenia aparatu krążenia, dysfunkcje tarczycy, nadnercza i w. i. są często momentami, odwołującymi lekarza od dożylnego stosowania leku. Ze wiek podeszły nie dostarcza osobników, nadających się do beztróskiego stosowania leków drogą do-

żylną, o tem chyba nie należy osobno mówić. Nakoniec wspomnieć jeszcze należy i o takich chorych, choć syfildolog, mający zwykłe rutynę znaczną w wykonywaniu wlewań dożylnych styka się z nimi rzadko, u których zabieg dożylny daje się tylko wykonać z wielką trudnością z powodu słabo rozwiniętych naczyń żylnych lub też z powodu silnie rozwiniętej podściółki tłuszczowej. Dla tego rodzaju przypadków pozostawało dawniej wyłącznie leczenie rteciją lub bizmutem, lub wreszcie stosowanie arsenobenzolu drogą domięśniową. Toteż próby stosowania tego preparatu drogą domięśniową datują się od całego szeregu lat. W oddziale skórny męskim Państwowego Szpitala Powszechnego stosowaliśmy przed ukazaniem się tego rodzaju preparatów, jak: Eparseno Spiess, Stovarsol i Acetylarzan, Arsenobenzol drogą domięśniową. Niestety, ten sposób podawania preparatu okazał się mimo dodatku nowokainy w wielu przypadkach tak bolesny, że zmuszeni byliśmy odstąpić od jego stosowania mimo niewątpliwie korzystnych wyników leczniczych.

Zetknięcie się dermatologa z nowym środkiem przeciwkiłowym, mającym mu zastąpić środek tak wypróbowany, jakim jest Novarsenobenzol, nasuwa mu w pierwszym rzędzie pytanie, czy preparat ten zdoła zastąpić w zupełności ten trójwartościowy związek arsenu. Zwłaszcza, jeśli chodzi o wczesne przypadki surowiczoujemnej kiły, w której energiczne leczenie Novarsenobenzolem daje duży odsetek wyleczeń, niechętnie odstępujemy od środków uznanych i wypróbowanych. Toteż dla wyrobienia sobie zdania o wartości Acetylarzanu zmuszeni byliśmy poddać w pierwszym rzędzie pewną liczbę kiłowych leczeniu wyłącznie tym preparatem, wychodząc z założenia, że wyniki lecznicze uzyskane terapią kombinowaną (np. Acetylarzanem i bizmutem) nie mogą dać ścisłego kryterjum działania samego preparatu arsenowego. Dopiero, poznaawszy zasięg działania Acetylarzanu, stosowanego bez wszelkich innych leków dodatkowych, uważaliśmy za stosowne przystąpić do leczenia kombinowanego

Piśmiennictwo francuskie obfituje w cały szereg prac, dotyczących się działania Acetylarzanu. (P i l l g r a i n, S é z a r y i P. d e F o n t R e a u l x, T o u r a i n e, F o u e t i G o l e, L a v a n n i e r,

Barb i w. in.). Z autorów polskich zajmowali się wpływem Acetylsanu na zmiany kiłowe: R. T r z e b i c k y i R e i s s, Z i e n k i e w i c z, W a l t e r, G o c k o w s k i i in.

II.

Acetylsan, organiczny związek 5-ciowartościowego arsenu jest solą 2-etylo-amidową kwasu 4-oksyo-3 acetylo-amino- fenylo-arsenowego, zawierający, podobnie jak Novarsenobenzol, około 19—20% arsenu. W przeciwieństwie do związków trójwartościowych arsenu, wprowadzanych do organizmu drogą dożylną, arsen pięciowartościowy stosuje się domięśniowo, względnie jak np. Stovarsol, drogą doustną. Acetylsan, używany w lecznictwie, jest obojętnym i wyjałowionym roztworem wodnym wyżej wspomnianego związku, zawierającym w 1 cm³ 0,236 g czynnego preparatu, co odpowiada 0,05 g metalicznego arsenu.

Do każdego pudełka, zawierającego 10 ampulek Acetylsanu, dodaje firma „świadczenie kontroli“ preparatu, zawierające numer serji i stwierdzenie jałowości płynu przez badanie bakteriologiczne.

We wszystkich przypadkach, poddanych leczeniu Acetylsanem, stosowaliśmy „Acetylsan dla dorosłych“ w ampulkach po 3 cm³ drogą domięśniową (*glutaeus maximus*). W nielicznych tylko przypadkach stosowaliśmy dawki zmniejszone. Ogólna liczba zastrzyknięć w przypadkach, leczonych wyłącznie Acetylsanem, dochodziła do dwudziestu. Zastrzykiwania były wykonywane dwa razy tygodniowo przy dobrej tolerancji, w razie wystąpienia jakichkolwiek zaburzeń (białkomocz, temperatura i t. p.) odstępy między poszczególnymi zastrzykami były, oczywiście, większe. Przy leczeniu kombinowanym (Acetylsanem i bizmutem) liczba zastrzyknięć Acetylsanu była mniejsza, dochodziła do 10—12.

Liczba chorych, poddana leczeniu Acetylsanem, wzgl. Acetylsanem i bizmutem, wynosiła 41, z tego było 39 mężczyzn i 2 kobiety. Z liczby tej przypada 34 chorych na przypadki, leczone w oddziale skórno-wenerycznym męskim Państwowego Szpitala Powszechnego we Lwowie, pozostałe przypadki były leczone w domu. Niektórzy z tych chorych byli w obserwacji przez okres czasu, w którym otrzymali 2, a nawet 3 leczenia, tak, że liczba ogólna leceń, przeprowadzonych na tych chorych, wynosiła 46. Według jednostek chorobowych, jak również według okresów kiły sprawa przedstawia się następująco:

<i>Ulcus initiale</i> z ujemnymi odczynami B o r d e t - W a s s e r m a n n a i S a c h s - G e o r g i e g o	6 przypadków
<i>Ulcus initiale</i> z dodatnimi odczynami serologicznymi	5 przypadków
<i>Lues secundaria</i>	19 przypadków
<i>Lues tertiaria</i>	3 przypadki
<i>Lues asymptomatica</i>	5 przypadków
Przypadki niekiłowe (<i>Eczema seborrhoicum psoriasiforme</i> 1, <i>Psoriasis</i> 1, <i>Eczema en plaques</i> 1)	3 przypadki

Razem 41 przypadków

A. Przypadki leczone wyłącznie Acetylsanem.

Jak już wyżej wspomnieliśmy, nie można przy przeprowadzaniu badań nad wartością leczniczą jakiegoś leku, kombinować go z innym, mającym działanie podobne, jeżeli ocena wartości wyników leczniczych ma

posiadać wartość eksperymentalną. Dlatego też nie uważaliśmy za stosowne z miejsca przystąpić do leczenia przypadków kiłowych Acetylsanem i bizmutem, mimo iż zgóry wiedzieliśmy, że sam Acetylsan, podobnie jak sam Novarsenobenzol, zasadniczo winien być stosowany w łączności z preparatami bizmutowymi, wzgl. rtęciowymi. Zdawaliśmy sobie również sprawę, iż, używając do leczenia kiły samego preparatu arsenowego, nie można będzie osiągnąć wyników tych, co przy leczeniu kombinowanym. Zresztą, już na podstawie badań, przeprowadzonych w roku 1924 i 1925 (nie ogłoszonych) na materiale, złożonym z 94 chorych kiłowych, stwierdziliśmy, że leczenie samym preparatem bizmutowym może — o ile jest odpowiednio intensywne — zmienić w znacznym odsetku przypadków odczyny serologiczne z dodatnich na ujemne¹⁾.

Przy ocenie wpływu leczniczego Acetylsanu na przebieg kiły uwzględniliśmy następujące punkty: 1) Szybkość znikania krętków błędnych z objawów kiłowych, w szczególności z owrzodzeń pierwotnych. 2) Szybkość cofania się zmian. 3) Wpływ Acetylsanu na zmianę odczynów serologicznych krwi.

Dla stwierdzania szybkości znikania krętków błędnych z owrzodzeń pierwotnych badaliśmy ich obecność w każdym przypadku świeżej kiły przed rozpoczęciem leczenia, następnie w ciągu pierwszych kilku dni po pierwszej dawce Acetylsanu. Szybkość cofania się zmian była kontrolowana codziennie w czasie oglądania chorych. Badanie odczynów serologicznych krwi było u każdego chorego przeprowadzane kilkakrotnie, prze ważnie co 7—10 dni, tak, że u wielu chorych pobieraliśmy krew do badania w ciągu jednego leczenia 6, a nawet 8-miokrotnie. Mocz badano codziennie, przyczem w przypadkach stwierdzenia białka, był również badany osad na obecność elementów nerkowych.

Liczba chorych, leczonych wyłącznie Acetylsanem, wynosiła 29, z czego 10 przypadało na chorych z owrzodzeniem pierwotnym, 12 wykazywało zmiany kiły drugorzędowej, 2 było w okresie kiły bezobjawowej, 2 ze zmianami kiły trzeciorzędowej. Poza tem leczylismy jednego chorego z powodu uporczywej łuszczycy, jednego ze zmianami przewlekłego wyprysku i jednego z wypryskiem łojotokowym o charakterze łuszczykowym.

1. Przypadki kiły pierwszorzędowej.

P r z y p a d e k 1. M. I., lat 22, *Ulcera initialia orificii urethrae et cutis penis*. Krętki blade obecne. Odczyn B-W a s s e r m a n n a 4+, S a c h s - G e o r g i e g o 3+. Po pierwszym zastrzyknięciu Acetylsanu temperatura 39, białkomocz. Nazajutrz po zastrzyknięciu krętki blade w surowicy, uzyskanej z drażnienia owrzodzenia, nieobecne. Po 48 godzinach temperatura normalna, ślad białka utrzymywał się w moczu jeszcze przez 3 dni. Czwartego dnia mocz prawidłowo.

¹⁾ Według statystyki z owych czasów uzyskaliśmy w przypadkach kiłowych surowiczo-dodatnich, leczonych wyłącznie bizmutem, zmianę odczynów B o r d e t - W a s s e r m a n n a i S a c h s - G e o r g i e g o w 48,2% przypadków, przyczem przeważnie występowała zmiana odczynów już w ciągu leczenia. Nieliczne tylko przypadki kończyły leczenie przy dodatnich odczynach serologicznych, poczem ponowne badanie krwi, przeprowadzone po 6—8 tygodniach od ukończenia leczenia, wykazywało dopiero przejście odczynów dodatnich w ujemne. Reszta przypadków, a więc 51,8% nie okazywała mimo intensywnego leczenia bizmutem przejścia odczynów serologicznych w ujemne.

wy, klinicznie stwierdza się wyraźne cofanie się zmiany pierwotnej. Piątego dnia wykonano drugie zastrzyknięcie Acetylaršanu bez wywołania jakiegokolwiek odczynu. Również dalsze leczenie chory znosi bez wszelkich odczynów. Po 6-ciu zastrzyknięciach zmiana pierwotna zablizniona. Odczyny serologiczne po 9-tem zastrzyknięciu Acetylaršanu ujemne. Kontrolne badanie po 12-tych Acetylaršanu dało odczyny serologiczne również ujemne. Chory otrzymał w sumie 13 zastrzyknięć preparatu.

P r z y p a d e k 2. P. A., lat 50, *Ulcus mixtum sulci coronarii glandis*. BW3+, SG2+. Krętki blade w owrzodzeniu liczne. Po pierwszym zastrzyknięciu Acetylaršanu w ilości 3 cm³, temperatura 40,6, obfity białkomocz (w osadzie brak elementów nerkowych). Przez dwa dni następne najwyższa temperatura 37,2, w moczu ślady białka. Pięć dni po pierwszym zastrzyknięciu podano Acetylaršanu po raz wtóry bez wywołania jakichkolwiek objawów ubocznych. Owrzodzenie pierwotne cofnęło się zupełnie po 6-ciu zastrzyknięciach Acetylaršanu, odczyny serologiczne B-Wassermann a i Sachs a po 7-mem zastrzyknięciu były 2+ i —. Po 10-tem zastrzyknięciu odczyny serologiczne ujemne. Chory otrzymał w sumie 16 zastrzyknięć preparatu, przyczem kilkakrotne kontrolne badania serologiczne stale były ujemne. W czasie całego leczenia, z wyjątkiem odczynu po pierwszym zastrzyknięciu, brak było wszelkich objawów ubocznych.

P r z y p a d e k 3. B. S., lat 31, *Ulcus initiale praeputii*. Krętki blade w owrzodzeniu obecne. Odczyn B o r d e t - W a s s e r m a n n a ujemny, S a c h s - G e o r g i e g o ślad. Po pierwszym Acetylaršanu temperatura 38,3, obfity białkomocz, w osadzie brak elementów nerkowych. Nazajutrz temperatura prawidłowa, mocz bez składników patologicznych. Dalsze zastrzykiwania preparatu bez wszelkich odczynów. Po pięciu dawkach preparatu owrzodzenie zablizniło się. Chory otrzymał w sumie 11 zastrzyknięć Acetylaršanu, przyczem krew, 4-krotnie badana, stale wykazywała ujemne odczyny serologiczne.

P r z y p a d e k 4. M. W., lat 22, *Ulcera initialia glandis penis*. Krętki blade w owrzodzeniach obecne. Odczyn B-Wassermann a ujemny, Sachs a ślad. Po pierwszym zastrzyknięciu Acetylaršanu w moczu ślad białka, który po 24 godzinach ustąpił. Badanie na obecność krętków białych po 48 godzinach dało wynik ujemny. Po trzecim zastrzyknięciu preparatu zmiany ustąpiły. Po 4-tem zastrzyknięciu Acetylaršanu wystąpiły dodatnie odczyny serologiczne (prowokacja), po 7-mem odczyn ponownie ujemne. Badanie kontrolne surowicy po 11 zastrzyknięciu ponownie dało wynik ujemny. Chory otrzymał w sumie 14 zastrzyknięć Acetylaršanu.

P r z y p a d e k 5. W. M., lat 21, *Ulcus initiale radialis penis*. Krętki blade obecne. Odczyn B-Wassermann a 4+, Sachs - G e o r g i e g o —. Po pierwszym zastrzyknięciu pełnej dawki Acetylaršanu temperatura 39,4, nieznaczne bóle głowy, białkomocz. W osadzie brak elementów nerkowych. Nazajutrz po zastrzyknięciu temperatura prawidłowa, mocz bez białka. Po 9-ciu zastrzyknięciach preparatu owrzodzenie zablizniło się, pozostawiając w miejscu wybitne przebarwienie. Po 11-tem zastrzyknięciu Acetylaršanu odczyn B-Wassermann a +—, S-G e o r g i e g o ujemny. Chory otrzymał w sumie 14 zastrzyknięć, nie wykazując żadnych ubocznych odczynów.

P r z y p a d e k 6. M. W., lat 41, *Ulcus initiale glandis penis*. Krętki blade w owrzodzeniu obecne. Odczyny serologiczne ujemne. Tak dawka pierwsza preparatu, jak i dawki następne nie wywoływały odczynów ubocznych. Badanie na krętki blade po 48 godzinach od czasu pierwszego zastrzyknięcia dało wynik ujemny. Po 9-ciu zastrzyknięciach owrzodzenie zablizniło się. Po 6-tem zastrzyknięciu Acetylaršanu

odczyn B o r d e t - W a s s e r m a n n a 3+, S a c h s - G e o r g i + (Prowokacja!). Po 12-tem zastrzyknięciu odczyny serologiczne ponownie ujemne. Chory otrzymał w sumie 20 zastrzyknięć preparatu bez wszelkich objawów ubocznego działania, surowica krwi, badana jeszcze czterokrotnie w odstępach tygodniowych, wykazywała stale ujemne odczyny serologiczne. Chory zgłosił się do następnego leczenia po upływie 2½ miesięcy, wykazując brak zewnętrznych objawów kily i ujemne odczyny serologiczne krwi.

P r z y p a d e k 7. D. J., lat 26, *Reinfectio syphilitica*. (Pierwsze leczenie bizmutowo - salvarsanowe przed 4-ma miesiącami). Krętki blade w owrzodzeniu pierwotnym obecne, odczyny serologiczne ujemne. Po pierwszym zastrzyknięciu Acetylaršanu brak odczynów ubocznych. Już po 24 godzinach wyraźne cofanie się nacieku, krętki blade nieobecne. Chory otrzymał w sumie 17 zastrzyknięć preparatu, surowica krwi, badana 5-ciokrotnie, wykazywała stale odczyny ujemne. Owrzodzenie pierwotne ustąpiło po 3 zastrzyknięciach Acetylaršanu.

P r z y p a d e k 8. W. J., lat 28. *Residua post ulcera initialia sulci coronarii glandis*. Odczyny serologiczne wybitnie dodatnie. Chory znosi preparat bez wszelkich ubocznych odczynów. Po 6-ciu zastrzyknięciach nacieki zabliznione. Chory otrzymał w sumie 20 zastrzyknięć Acetylaršanu. Odczyny serologiczne po leczeniu nadal dodatnie.

P r z y p a d e k 9. S. J., lat 22, *Ulcera initialia penis et scroti*. Krętki blade w owrzodzeniach obecne. Odczyny serologiczne ujemne. Po pierwszym zastrzyknięciu Acetylaršanu temperatura 38,4, trwająca kilka godzin, w moczu białko, w osadzie brak elementów nerkowych. Trzeciego dnia mocz prawidłowy. Krętki blade po 48 godzinach od czasu wykonania pierwszego zastrzyknięcia nieobecne. Po drugim zastrzyknięciu wystąpiły wybitnie dodatnie odczyny serologiczne (Prowokacja!). Po sześciu zastrzykiwaniach zmiany zabliznione. Chory nie ukończył leczenia. Odczyny serologiczne po 10 zastrzykiwaniach nadal dodatnie.

P r z y p a d e k 10. P. D., lat 22. *Ulcus initiale praeputii*. Krętki blade w owrzodzeniu obecne. Odczyny serologiczne krwi dodatnie. Po sześciu zastrzykiwaniach owrzodzenie zabliznione. Chory otrzymał 9 zastrzyknięć bez wszelkich ubocznych objawów. Odczyny serologiczne pozostały dodatnie.

Już na podstawie tych dziesięciu przypadków wczesnej kily, leczonej wyłącznie Acetylaršanem, można wyciągnąć pewne wnioski. Przedewszystkiem widzimy, że krętki blade w owrzodzeniach pierwotnych znikają już po upływie 24—48 godzin od czasu wykonania pierwszego zastrzyknięcia. Jeżeli się uwzględni, że sposób podawania preparatu jest w odróżnieniu od Novarsenobenzolu domięśniowy, że zatem mechanizm działania jest tem samem powolniejszy, natenczas dochodzi się do wniosku, że Acetylaršanu działa krętkobójczo nie mniej szybko od arsenu trójwartościowego.

Szybkość cofania się zmian pierwotnych również zasługuje na podkreślenie. Ślady rozpoczynającej się inwolucji zmian pierwotnych stwierdza się już po podaniu pierwszej dawki preparatu. Ostateczne cofnięcie się zmiany pierwotnej i pozostawienie wybitnego przebarwienia w miejscu nacieku wymagało jednakże kilku zastrzyknięć preparatu, przyczem najmniejsza liczba potrzebnych do tego celu zastrzykiwań wynosiła 3, najwyższa 9. Przeciętnie wynosiła liczba zastrzykiwań Acetylaršanu, potrzebna do usunięcia zmiany pierwotnej, 6. Te znaczne różnice w liczbie zastrzykiwań, potrzebnych do usunięcia wrzodu pierwotnego, są zależne nie tylko od osobniczych właściwości chorego, ale też od

czasu trwania owrzodzenia i jego wielkości. Owrzodzenie pierwotne powierzchowne, drobne, nie wykazujące głębokiego nacieczenia, ustępuje, oczywiście, łatwiej i szybciej, aniżeli naciek głęboki, twardy i rozległy.

Co się tyczy zmiany odczynów serologicznych, sprawa przedstawia się następująco:

W 7-miu przypadkach z 10-ciu zdołano uzyskać ujemne odczyny B o r d e t - W a s s e r m a n n a i S a c h s - G e o r g i e g o po 7-miu, 9-ciu i 12-tu zastrzyknięciach preparatu, wzgl. utrzymać nadal ujemnymi odczyny serologiczne krwi. W 2 przypadkach (z siedmiu) stwierdzono w czasie leczenia przejście początkowo ujemnych odczynów serologicznych w dodatnie, a mian. w jednym przypadku po 6-tem, w drugim po 4-tem zastrzyknięciu. Dalsze podawanie preparatu zdołało utrwalić ujemne odczyny serologiczne. Acetylar-san odegrał tu niewątpliwie rolę prowokującą, podobnie jak to zwykliśmy spotykać w czasie leczenia kiły pozor-nie surowiczoujemnej arsenem trójwartościowym.

W jednym przypadku nie zdołaliśmy mimo 20 zastrzyknień Acetylaršanu doprowadzić odczynów serolo-gicznych do stanu ujemnego. Tak samo zachowały się dwa pozostałe przypadki, jednakowoż nie były one le-czone do końca, chorzy opuścili oddział po 9-ciu, wzgl. 10-ciu zastrzykiwaniach.

Fakt ten, iż z pomiędzy ośmiu odpowiednio inten-sywnie leczonych przypadków wczesnej kiły, zdołaliśmy w 7-miu uzyskać ujemne odczyny serologiczne, zasługuje na podkreślenie, gdyż daje nam rękojmię, że w przy-padkach wczesnej kiły surowiczoujemnej możemy w ra-zie niemożności stosowania Novarsenobenzolu użyć Ace-tylaršanu bez narażenia chorego na skutki niedostatecz-nego leczenia.

Osobnego omówienia wymagają zauważone u pię-ciu chorych odczyny w postaci podwyższenia tempera-tury i białkomoczu. Jak widać na podstawie wyciągów z historyj chorób, podwyższenia te były znaczne, do-chodziły do 39, a nawet 40 stopni C, trwały kilka go-dzin i zwykle szybko spadały do normy. Równocześnie można było stwierdzić we wszystkich tych przypadkach wybitny białkomocz, bez obecności w osadzie elemen-tów nerkowych. Ślad białka utrzymywał się czasem przez kilka dni, poczem znikał zupełnie.

W jednym przypadku wystąpił u chorego ślad białka w moczu bez podwyższenia temperatury. Już dru-gie dawki Acetylaršanu znosili ci sami chorzy bez wszel-kich odczynów ubocznych. Fakt ten przemawia za tem, że najprawdopodobniej należy odczyny te uważać za ro-dzaj odczynów H e r x h e i m e r a, a nie za objaw nie-tolerancji preparatu. Gdybyśmy chcieli przyjąć, iż Ace-tylar-san działał u tych chorych toksycznie, natenczas niezrozumiałe stałoby się dalsze dobre znoszenie leku przez tych chorych.

Zauważyć należy, iż przeważnie jako dawkę pier-wszą stosowaliśmy dawkę pełną, 3-centymetrową, celem poznania zasięgu działania leku i zdolności oddziaływa-nia ustroju, zakażonego krętkami blademi, na pełną daw-kę preparatu. W praktyce jednak, gdzie nie chodzi o próby doświadczalne, winno się używać, jako dawek początkowych Acetylaršanu, połowy lub nawet jednej trzeciej dawki, o ile chodzi o uzyskanie jaknajmniejsze-go odczynu H e r x h e i m e r a. Pozatem można — jak jest w zwyczaju — rozpocząć leczenie od stosowa-nia preparatów bizmutowych, wzgl. rtęciowych, prze-chodząc dopiero po kilku zastrzykiwaniach soli metalu do leczenia związkami arsenowym. W każdym jednak ra-

zie uważamy odczyn, jakie spostrzegaliśmy u niektórych chorych po podaniu pierwszej dawki Acetylaršanu, za nieszkodliwe i nie wpływające na dalszą tolerancję pre-paratu.

2. Przypadki kiły drugorzędowej.

P r z y p a d e k 1. Kow. Łu., lat 61, *Ulcus initiale praeputii, exanthema mac. papul. trunci et extremitat.* Odczyny serologiczne wybitnie dodatnie. Po pierwszym zastrzyknięciu preparatu temperatura 39,6, utrzymująca się przez kilka go-dzin, w moczu ślad białka, w osadzie brak elementów nerko-wych. Ślad białka w moczu utrzymywał się przez 2 dni. Na dalsze dawki preparatu chory nie oddziaływał, aż do ukoń-czenia leczenia. żadnymi objawami ubocznymi. Po siedmiu za-strzykiwaniach wszelkie zmiany kiłowe ustąpiły. Po 11-tem za-strzyknięciu Acetylaršanu odczyny serologiczne ujemne. Trzy-krotna kontrola krwi w drugiej połowie leczenia wykazywała stale odczyny ujemne. Chory pobral 20 zastrzyknień, w tym czasie przybrał na wadze 3 kg.

P r z y p a d e k 2. Tom. An., lat 25, *Ulcus initiale praeputii, exanthema papulatum trunci.* Odczyn B-W a s s e r m a n n a wyraźnie dodatni, S-G e o r g i e g o ujemny. Zmiany ustąpiły po 8-miu zastrzyknięciach Acetylaršanu, zo-stawiając w miejscu wykwitów wyraźne przebarwienie. Chory nie ukończył leczenia (otrzymał 12 zastrzyknień), odczyny se-rologiczne, jak na początku leczenia.

P r z y p a d e k 3. Bar. J., lat 33, *Lues maculo-papulo-sa faciei, trunci, extremit., penis et scroti.* Odczyny serologicz-ne wybitnie dodatnie. Chory znosi preparat bez objawów dzia-lania ubocznego. Zmiany ustąpiły po 8-miu zastrzyknięciach z pozostawieniem wyraźnego przebarwienia. Po 11-tem za-strzyknięciu odczyny serologiczne ujemne. Po 15-tem i 20-tem zastrzyknięciu badanie kontrolne wykazuje stale ujemne od-czyny serologiczne krwi.

P r z y p a d e k 4. Wel. Eu., lat 19, *Papula solitaria sulci coronarii glandis.* Odczyny serologiczne dodatnie. Po 1-szem zastrzyknięciu Acetylaršanu obfity białkomocz przy braku podwyższenia temperatury i braku w osadzie moczu elementów nerkowych. Białkomocz utrzymywał się przez 2 do-by, poczem ustąpił bez śladu i bez nawrotu mimo dalszego systematycznego podawania preparatu. Po 2 zastrzykiwaniach Acetylaršanu zmiana w rowku zażołodnym ustąpiła. Po 4-tym Acetylaršanem odczyny serologiczne ujemne. 3-krotna kontro-la w czasie dalszego leczenia stale wykazuje ujemne odczyny serologiczne. Chory otrzymał 17 zastrzyknień preparatu.

P r z y p a d e k 5. Bał. P., lat 29, *Ulc. init. praeputii, exanthema papulosum trunci.* Odczyny serologiczne dodatnie. Chory znosi preparat bez odczynów ubocznych. Po 3-ciem za-strzyknięciu leku osutka ustąpiła, pozostawiając wyraźne prze-barwienie, po 5-tem ustąpiło owrzodzenie pierwotne na prąciu. Po 14 zastrzykiwaniach odczyny serologiczne jeszcze dodatnie. Po 19 zastrzyknięciu odczyny ujemne. Chory otrzymał w su-mie 20 zastrzyknień Acetylaršanu. Kontrolne badanie chore-go po upływie 3 tygodni od czasu ukończenia leczenia wy-kazało nadal ujemne odczyny serologiczne przy braku zewn-ętrznych objawów kiły.

P r z y p a d e k 6-ty. L. M., lat 22, *Lues papulosa trunci.* Odczyny serologiczne dodatnie. Chory znosi preparat bez odczynów ubocznych. Po 7-em zastrzyknięciu zmiany ki-lowie ustąpiły. Po 15 zastrzykiwaniach Acetylaršanu odczyny serologiczne ujemne. Chory otrzymał w sumie 20 zastrzyknień leku. Dwukrotne badanie surowicy krwi wykazuje stale ujem-ne odczyny.

P r z y p a d e k 7-my. M. J., lat 23, *Exanthema ma-culosum trunci, papulae scroti.* Odczyny serologiczne dodatnie.

Pierwsza dawka preparatu wywołuje obfity białkomocz, bez obecności elementów nerkowych w osadzie, bez podwyższenia temperatury. Ślad białka utrzymywał się przez 3 dni. Już po 3 zastrzykaniach Acetylsanu ustąpiły wszelkie zmiany kilowe. Odczyny serologiczne po 7-em i 9-em zastrzyknięciu dodatnie. Chory nie ukończył leczenia, pobrał tylko 12 zastrzyknień preparatu.

Przypadek 8-my. B. E., lat 22. *Lichen syphiliticus trunci*. Odczyny serologiczne dodatnie. Po pierwszym zastrzyknięciu Acetylsanu obfity białkomocz, utrzymujący się przez 2 dni, temperatura 37,2 utrzymująca się przez kilka godzin. Po 6-tym zastrzyknięciu zmiany zupełnie ustąpiły, w miejscu wykwitów wybitne przebarwienie. Chory otrzymał 20 zastrzyknień Acetylsanu bez wszelkich objawów ubocznych. Odczyny serologiczne po ukończeniu leczenia: B o r d e t - W a s s e r m a n n + +, S a c h s - G e o r g i —. Chory zgłosił się po 2 miesiącach celem powtórzenia leczenia, przy czym stwierdziliśmy brak zewnętrznych objawów kily i ujemne odczyny serologiczne krwi.

W przypadku tym nastąpiło zatem przejście odczynów serologicznych w ujemne już po ukończeniu leczenia.

Przypadek 9-ty. Z. F., lat 62. *Lues papulo-pustulosa trunci et extremit. Papulae hypertrophicae ad genitale*. Odczyny serologiczne dodatnie. Po ośmiu zastrzykaniach Acetylsanu zmiany cofnęły się, pozostawiając wybitne przebarwienie. Po 20 zastrzykaniach preparatu odczyny serologiczne nadal dodatnie.

Przypadek 10-ty. Sz. T., lat 30. *Papulae penis et scroti*. Odczyny serologiczne dodatnie. Chory znosi lek bez odczynów ubocznych. Zmiany ustąpiły po 8-miu zastrzykaniach preparatu, pozostawiając wyraźne przebarwienie. Chory nie ukończył całkowitego leczenia. Po 14 zastrzykaniach odczyny serologiczne pozostały dodatnie.

Przypadek 11-ty. Wr. J., lat 20. *Lues maculopapulosa trunci, penis et scroti*. Odczyny serologiczne dodatnie. Pierwsze zastrzyknięcie wywołuje białkomocz, utrzymujący się przez 3 dni i temperaturę 39,2, trwającą przez kilka godzin. W moczu brak elementów nerkowych. Zmiany kilowe ustąpiły po 4 zastrzykaniach Acetylsanu. Chory nie ukończył leczenia, otrzymał tylko 7 zastrzyknień preparatu, które zniósł po ustąpieniu objawów ubocznych, wywołanych pierwszą dawką Acetylsanu, bez wszelkich odczynów.

Przypadek 12-ty. Wer. M., lat 19. *Lues papulosa trunci et extremitatum*. Odczyny serologiczne dodatnie. Po pierwszym zastrzyknięciu temperatura 37,4, utrzymująca się przez kilka godzin. Dalsze zastrzykiwania znosi chory bez wszelkich odczynów. Objawy kilowe ustąpiły po 9-ciu zastrzykaniach Acetylsanu. Chory otrzymał w sumie 20 zastrzyknień preparatu, odczyny serologiczne krwi stale dodatnie.

Po 3 miesiącach chory zgłosił się do ponownego leczenia, przy czym stwierdziliśmy brak objawów zewnętrznych kily jak o t e ż s a m o i s t n e p r z e j ś c i e d o d a t n i c h o d c z y n ó w k r w i w u j e m n e (podobnie jak w przypadku 8-mym).

3. Kila bezobjawowa.

Przypadek 1-szy. W. M., lat 39. *Lues latens*. Zakażenie przed kilkunastu laty, chory przeszedł szereg leceń salwarsanowo-bismutowych. Odczyny serologiczne stale dodatnie. Chory znosi Acetylsan bez wszelkich objawów ubocznych. Po 9-ciu zastrzykaniach preparatu odczyny serologiczne stały się ujemne, jednakże tylko na okres krótki. Po 13 zastrzyknięciu stwierdziliśmy nawrót dodatnich odczynów serologicznych.

Przypadek 2-gi. Gr. J., lat 28. *Lues latens*. Odczyny serologiczne ujemne. Chory otrzymał 10 zastrzyknień

Acetylsanu bez wszelkich ubocznych odczynów. Odczyny serologiczne pozostały nadal ujemne.

4. Kila 3-ciorzędowa.

Przypadek 1-szy. M. J., lat 41. *Gumma palati mollis*. Naciek na miękkim podniebieniu ustąpił po 3 zastrzykaniach Acetylsanu. Odczyny serologiczne przed rozpoczęciem leczenia wybitnie dodatnie, po 20 zastrzykaniach preparatu stały się słabo dodatnie.

Przypadek 2-gi. Z. Z., lat 51. *Lues tubero-serpiginosa trunci*. Odczyny serologiczne dodatnie. Chory znosi preparat bez wszelkich odczynów ubocznych. Zmiany ustąpiły po 6-ciu zastrzykaniach. Po 12 zastrzykaniach Acetylsanu odczyny serologiczne pozostały niezmienione.

5. Przypadki niekilowe.

Przypadek 1-szy. Pr. M., lat 59. *Psoriasis inveterata palmarum utriusque et ad genitale*¹⁾. Ogniska wyniośle, na leczenie oporne. Dwukrotnie leczony naświetlaniami promieniami X, ostatni raz bez wyniku leczniczego. Chory otrzymał 20 zastrzyknień Acetylsanu bez wszelkich odczynów ubocznego działania preparatu, przy czym już po 12 zastrzykaniach nastąpiła inwolucja zmian, mimo nie stosowania miejscowego leczenia.

Przypadek 2-gi. Pr. Wł., lat 50. *Eczema seborrhoicum psoriasiforme*. Zmiany ustąpiły po 14 zastrzykaniach. Leczenie miejscowe było stosowane w postaci lekkiego wcierania 5% wazeliny borowej.

Przypadek 3-ci. B. Z., lat 44. *Eczema chronicum en plaques extremit. super. et infer.* Chory otrzymał 15 zastrzyknień Acetylsanu, nie wykazując żadnych ubocznych objawów działania preparatu. Zmiany ustąpiły całkowicie. Ze względu na równoczesne stosowanie leczenia miejscowego trudno przypisać wynik leczniczy samemu działaniu arsenu 5-ciwartościowego. Dobra tolerancja preparatu zasługuje w każdym razie na podkreślenie.

Na podstawie powyższych 12 przypadków kily drugorzędowej stwierdziliśmy przedewszystkiem, podobnie jak w przypadkach kily pierwszorzędowej, szybkie cofanie się zmian chorobowych. Inwolucja zmian miała miejsce między 3-ciem a 9-tym zastrzyknięciem Acetylsanu, zależnie od nasilenia zmian chorobowych. W jednym przypadku odosobnionej grudki w rowku założonym zmiana ustąpiła nawet już po 2 zastrzykaniach Acetylsanu. Przeciwnie zmiany drugorzędowe cofały się po sześciu zastrzykaniach, przy czym prawie we wszystkich przypadkach stwierdzić można było wybitne przebarwienie w miejscu wykwitów.

Przejście dodatnich odczynów serologicznych w ujemne stwierdziliśmy w 7 przypadkach, przy czym należy zaznaczyć, że z pozostałych 5-ciu przypadków, w których odczyny serologiczne pozostały niezmienione, tylko jeden przypadek ukończył całkowite leczenie (20 zastrzyknień).

W 2 przypadkach, w których po ukończeniu leczenia odczyny serologiczne pozostały nadal dodatnie, mogliśmy stwierdzić, iż w czasie przerwy między jednym a drugim leczeniem odczyny samoistnie przeszły w fazę ujemną. Tego rodzaju zachowanie się odczynów serologicznych jest znane dobrze w przypadkach kily, leczonych bizmutem i Novarsenbenzolem.

¹⁾ Przypadek ten został przedstawiony na posiedzeniu Lwowskiego Tow. Dermatologicznego (porównaj: Sprawozdanie z posiedzenia naukowego P. T. D. z 26. IV. 1934. Przegl. Dermatolog. Nr. 4, 1934).

Zauważyć mogliśmy, iż, podobnie jak w leczeniu kiły innymi związkami arsenu, tak i w leczeniu Acetylar-sanem odczyny serologiczne krwi tem łatwiej stają się ujemne, im krócej były dodatnie. Dodatnie odczyny serologiczne, trwające czas dłuższy, stają się znacznie trudniej ujemne, aniżeli odczyny serologiczne słabo dodatnie, wzgl. trwające tylko krótki stosunkowo czas. Stąd wniosek, że celem każdego leczenia przeciwiłowego winno być leczenie jaknajwcześniejsze, zmierzające do tego, by dodatni okres serologiczny krwi miał miejsce w organizmie zakażonym przez czas możliwie najkrótszy. „Zadomowienie się” dodatnich odczynów serologicznych jest niestety często połączone z trwałymi, nie dającymi się żadnem leczeniem usunąć serologicznymi odczynami krwi chorego.

Co się tyczy objawów ubocznych, jak białkomoczu i podwyższenia temperatury, mogliśmy je zaobserwować niejednokrotnie i w przypadkach kiły drugorzędowej. Podobnie jak w przypadkach kiły pierwszorzędowej, tak i tu czas trwania temperatury był tylko kilkugodzinny, temperatura mijała, nie dając zupełnie przeciwwskazania do dalszego systematycznego podawania leku. To samo tyczy się białkomoczu, zjawiającego się po pierwszym zastrzyknięciu preparatu. Ślad białka zazwyczaj utrzymywał się przez 1—3 dni, nie zjawiając się ponownie po następnych zastrzykiwaniach. Elementów nerkowych także i tu nie znajdowaliśmy w osadzie z moczu. Odnosiło się wrażenie, że w przypadkach, w których pierwsze zastrzyknięcie wywołało podwyższenie temperatury, zmiany specyficzne poczynały się cofać wcześniej, aniżeli w przypadkach, nie oddziałujących podwyższeniem temperatury. Toteż tę „temperaturę pierwszego dnia” uważamy za objaw dla przebiegu leczenia banalny, może nawet po części korzystny, w każdym razie nie stanowiący przeciwwskazania do dalszego stosowania leku. Jest prawdopodobne, że i tu mieliśmy do czynienia z odczynem *H e r x h e i m e r a*.

Szybkie zabliznianie się kilaków pod wpływem Acetylar-sanu jest rzeczą znaną. Według *G o é k o w s k i e g o* najszybszy skutek leczenia tym preparatem daje się zauważyć właśnie u chorych z kiłą trzeciego okresu. W 2 przypadkach kiły trzeciorzędowej, leczonych Acetylar-sanem, szybkie cofanie się rozległych nacieków było tak wybitne, że odnosiło się wrażenie, iż posiadamy w Acetylar-sanie lek, specyficznie działający na zmiany trzeciorzędowej kiły.

Co się tyczy nielicznych przypadków niekilowyci, poddawanych leczeniu Acetylar-sanem, na uwagę zasługuje szybkie cofanie się zmian łuszczykowych, opórnych na leczenie. Przy leczeniu dalszych, w tej pracy nie uwzględnionych przypadków łuszczyki okazało się, że, podobnie jak wszystkie inne połączenia arsenowe, tak i Acetylar-san nie chroni przed nawrotami zmian łuszczykowych. W każdym razie w tych przypadkach łuszczyki, w których istnieje wskazanie do zastosowania arsenu, ekonomiczniej jest podać Acetylar-san choćby z powodu szybszej możliwości uzyskania dawki działającej. Sprawa ta wymaga jednakowoż dalszych badań na większej liczbie przypadków.

B. Przypadki leczone Acetylar-sanem i bizmutem.

Leczenie kiły związkiem arsenowym i solą ciężkiego metalu (rtęcią, bizmutem) zaczynamy zazwyczaj od podawania preparatu metalicznego celem uniknięcia zbyt gwałtownych odczynów. W przypadkach, przez nas leczonych, odbiegaliśmy przeważnie od tego zwyczaju,

gdyż — jak już wyżej wspomnieliśmy — chodziło nam przede wszystkim o stwierdzenie zasięgu działania preparatu arsenowego i o zdolność wywołania odczynu *H e r x h e i m e r a*.

P r z y p a d e k 1-szy. K. Wł., lat 28. *Lues papulosa. Iritis luetica.* Odczyny serologiczne dodatnie. Chory otrzymał najpierw 7 zastrzyknięć Acetylar-sanu, następnie przeszliśmy do leczenia kombinowanego. Zmiany kilowe ustąpiły po pięciu zastrzykiwaniach preparatu. Chory otrzymał w sumie 10 zastrzyknięć Acetylar-sanu i 8 zastrzyknięć bizmutu. Odczyny serologiczne, badane po 9-tym Acetylar-sanie, ujemne.

P r z y p a d e k 2-gi. W. J., lat 24, *Papulae penis et scroti. Angina specifica.* Odczyn *W a s s e r m a n n a* dodatni, *S a c h s - G e o r g i e g o* ślad. Zmiany kilowe ustąpiły po 4 Acetylar-sanach i 5 zastrzyknięciach *bismuth. chin. jodat.* Chory otrzymał 12 zastrzyknięć Acetylar-sanu i 16 bizmutu. Po leczeniu odczyny serologiczne ujemne. Chory przybrał w czasie leczenia 3 kg. na wadze.

P r z y p a d e k 3-ci. Er. Mi., lat 25. *Papulae penis et scroti.* Odczyn *B - W a s s e r m a n n a* ++, *S - G e o r g i e g o* +. Po 7 zastrzyknięciach Acetylar-sanu i 4 bizmutu odczyny serologiczne ujemne, równocześnie ustąpiły objawy kilowe. Chory pobral 14 bizmutów i 10 Acetylar-sanów. Odczyny serologiczne, 3-krotnie kontrolowane, ujemne.

P r z y p a d e k 4-ty. Sm. J., lat 22, *Lues maculo-papulosa trunci et extremit. Residua post. ulc. initial penis. Icterus syphiliticus.* Odczyny serologiczne dodatnie. Pierwsze zastrzyknięcie Acetylar-sanu wywołało temperaturę 39, bez białkomoczu. Ze względu na bolesność brzucha, osłabienie, obrzmienie wątroby rozpoczęto leczenie bizmutem, poczem po ustąpieniu objawów wątrobowych ponownie kontynuowano leczenie kombinowane. Chory otrzymał 14 zastrzyknięć bizmutu i 7 Acetylar-sanu. Po ukończeniu leczenia odczyn *B - W a s s e r m a n n a* słabo dodatni, *S a c h s - G e o r g i e g o* ślad.

P r z y p a d e k 5-ty. W. M., lat 20, *Lues latens.* Odczyny serologiczne ujemne. Chory pobral 12 zastrzyknięć bizmutu i 10 Acetylar-sanu. Odczyny serologiczne stale ujemne.

P r z y p a d e k 6-ty. St. M., lat 45, *Lues papulo-pustulosa.* Po pierwszym zastrzyknięciu Acetylar-sanu temper. 37,6, trwająca przez kilka godzin, w moczu ślad białka, który ustąpił po 48 godzinach. Dalsze podawanie preparatu nie wywołało żadnych odczynów ubocznych. Zmiany ustąpiły po 8 zastrzyknięciach bizmutu i ośmiu Acetylar-sanu. Po 15 zastrzyknięciach bizmutu i 10 Acetylar-sanu odczyn *B - W a s s e r m a n n a* dodatni, *S a c h s a* — ujemny.

P r z y p a d e k 7-my. Ch. M., lat 30, *Condylomata lata scroti et regionis analis.* Chory pobral 5 zastrzyknięć bizmutu i 3 Acetylar-sanu. Z powodu powtarzającego się białkomoczu musiano zaprzestać leczenia wymienionymi środkami. Ograniczono się do podawania doustnego jodku potasu.

P r z y p a d e k 8-my. Z. J., lat 32, *Ulcus initiale penis.* Krętki blade w owrzodzeniu obecne. Odczyny serologiczne *W a s s e r m a n n a* i *M e i n i c k e g o* ujemne. Z powodu *struma substernalis* uważaliśmy za stosowne nie podawać dożylnie Novarsenobenzolu. Chory otrzymał 14 zastrzyknięć *bismuth. chin. jodat.* i 11 Acetylar-sanu. Po ukończeniu leczenia odczyny serologiczne nadal ujemne. Po 2 miesiącach powtórzenie leczenia przy braku zewnętrznych objawów kiły i ujemnych odczynach serologicznych. Chory pobral 15 zastrzyknięć *bism. chin. jodat.* i 12 Acetylar-sanu.

Po 4 miesiącach nastąpiło trzecie leczenie znowu przy braku objawów zewnętrznych kiły i ujemnych odczynach serologicznych. Chory otrzymał 15 zastrzyknięć *bism. chin. jodat.* i 12 Acetylar-sanu.

Chorego tego mamy zatem w obserwacji przez okres trzech leczeń (15 miesięcy). Przypadek ten nadawał się z po-

wodu wczesnej kiły surowiczowo-ujemnej do leczenia poronnego, w każdym razie do leczenia bardzo energicznego. Acetylsarsan w tym przypadku zdołał całkowicie spełnić swe zadanie.

P r z y p a d e k 9-ty. G. An., lat 58, *Lues tubero-serpiginosa trunci*. Odczyny *Wassermann*a i *Meinick*ego dodatnie. Po 6-ciu zastrzyknięciach *bism. chin. jodat.* i 2 Acetylsarsanu zmiany cofnęły się, pozostawiając wyraźne przebarwienie. Chora otrzymała 8 zastrzyknięć *bism. chin. jod.* i 5 Acetylsarsanu bez wszelkich odczynów ubocznych. Odczyny serologiczne po tym czasie: *Bordet-Wassermann* słabo dodatni, *Meinick*e — słabo dodatni.

P r z y p a d e k 10-ty. K. G., lat 22, *Lues latens*. Chora przeszła dotychczas 3 leczenia przeciwkiłowe, otrzymując bizmut i Novarsenobenzol. Po każdym wlewaniu Novarsenobenzolu reagowała chora stanami podgorączkowymi, bólami głowy, uczuciem osłabienia. Skutkiem tego zaczęliśmy chorej podawać Acetylsarsan. Chora otrzymała 10 zastrzyknięć Acetylsarsanu i 15 *bism. chin. jodat.* Objawów ubocznych nie zauważono. Odczyny serologiczne na początku leczenia i po leczeniu ujemne.

P r z y p a d e k 11-ty. P. S., lat 26, *Lues latens*. Chora przeszła 3 leczenia bizmutowo - Novarsenobenzolowe. Stale stwierdzaliśmy u chorej po 5-tem. wzgl. 6-tem wlewaniu Novarsenobenzolu podwyższenia temperatury, nudności, wymioty, skutkiem czego musieliśmy w tym okresie leczenia zawsze zaniechać dalszych wlewań Novarsenobenzolu. W czasie czwartego leczenia przeciwkiłowego wspomniane objawy ponownie wystąpiły po 7-mem wlewaniu dawki 0,30 g. Novarsenobenzolu. Dokończyliśmy leczenie Acetylsarsanem, nie wywołując żadnych ubocznych objawów. Obecnie chora ukończyła leczenie piąte, otrzymując zastrzykiwania Acetylsarsanu (10) i *bismuth. chin. jodat.* (12), przyczem tolerancja leków była dobra.

Następujące spostrzeżenie wykazuje, że, podobnie jak istnieją przypadki kiły odpornej na działanie Arsenobenzolu, tak też istnieją przypadki odporne na działanie Acetylsarsanu. Przypadek ten jest tem ciekawszy, iż u chorego tego mogliśmy stwierdzić oporność zmian kiłowych na obydwa preparaty arsenowe.

P r z y p a d e k 12-ty. K. Wł., lat 24. *Ulcus initiale sulci coronarii glandis*. Odczyny serologiczne ujemne. Krętki blade w wydzielinie z owrzodzenia pierwotnego obecne. Chory otrzymał 12 zastrzyknięć Acetylsarsanu po 3 cm.³, nie wykazując żadnych objawów ubocznych. Jednakowoż naciek w rowku żyłowym nie wykazywał żadnej tendencji do cofania się. Czterokrotnie w tym czasie badane odczyny serologiczne zawsze były ujemne. Po 15-tem zastrzyknięciu Acetylsarsanu wystąpiła osutka grudkowo-plamista na tułowiu i kończynach o charakterze nieco nietypowym. Badanie tych świeżych wykwitów na obecność krętków białych dało wynik dodatni. Rzeczą wielce ciekawą był fakt, iż, mimo obecności osutki kiłowej, odczyny serologiczne krwi pozostały ujemne jeszcze przez okres 16-dniowy. Naskutek braku oddziaływania na Acetylsarsan przeszliśmy do stosowania Novarsenobenzolu, przyczem okazało się, że, mimo podania przeszło 1 grama tego preparatu, objawy w zupełności nie wykazywały dążności do cofania się. Z rozpoczęciem leczenia preparatem bizmutowym odczyny serologiczne stały się wyraźnie dodatnie, zmiany po-

częły się cofać. Chory otrzymał prócz wspomnianych dawek Acetylsarsanu i Novarsenobenzolu 15 zastrzyknięć *bism. chin. jodat.* Odczyny serologiczne krwi już po 10 zastrzyknięciu bizmutu stały się ponownie ujemne, zmiany ustąpiły, pozostawiając wyraźne przebarwienie. Kontrolne badanie trzykrotne odczynów serologicznych stale ujemne.

Reasumując wyniki, uzyskane w tych 12 przypadkach, widzimy, że z przypadków kiłowych, leczonych Acetylsarsanem i bizmutem, jedynie jeden nie został doprowadzony do ujemnych odczynów serologicznych mimo ukończenia całkowitego leczenia. Wszystkie pozostałe przypadki, które ukończyły całkowite leczenie kombinowane, wykazały po skończonym leczeniu ujemne odczyny serologiczne. Pozatem zaobserwowaliśmy, że w 2 przypadkach kiły, w których tolerancja na Novarsenobenzol nie była dobra, Acetylsarsan był znoszony bez objawów ubocznego działania. Wreszcie zasługuje jeszcze na wyróżnienie przypadek kiły wczesnej surowiczowo-ujemnej, który wykazał oporność na arsen 3-wartościowy jak również 5-ciowartościowy, przyczem odczyny serologiczne, mimo wystąpienia osutki kiłowej, pozostały przez okres 16-dniowy ujemne. Niezwykły ten przypadek¹⁾, wyłamujący się z pod znanych norm, rzuca ciekawe światło na nieznane dotychczas i skomplikowane procesy, tyjące się powstawania w organizmie, zakażonym kiłą, dodatnich odczynów serologicznych krwi.

Reasumując spostrzeżenia, poczynione w tej pracy, dochodzimy do wniosków, że Acetylsarsan posiada te wszystkie własności, których wymagamy od dobrego środka przeciwkiłowego. Będąc środkiem wybitnie krętkobójczym, sprawia, iż już po 24—48 godzinach od czasu wykonanego zastrzyknięcia nie znajdujemy w owrzodzeniach pierwotnych obecności krętków białych. Wpływ Acetylsarsanu na ustępowanie zmian pierwotnych, drugo- i trzeciorzędowych, jest wybitny i pod tym względem nie ustępuje on innym związkom arsenowym, używanym w lecznictwie kiły. Fakt ten, iż w wielkim odsetku przypadków można przez zastosowanie wyłącznie Acetylsarsanu doprowadzić dodatnie odczyny serologiczne do stanu ujemnego, jest momentem, przemawiającym wielce za wartością tego preparatu, jako leku przeciwkiłowego. Objawy ubocznego działania, jak przemijający białkomocz, podwyższenia temperatury i t. p., towarzyszące często pierwszemu zastrzyknięciu preparatu, nie mają zasadniczo wpływu na dalszy przebieg leczenia i tolerancję preparatu. Wreszcie domięśniowa droga podawania leku, nie wywołującego w miejscu zastrzyknięcia żadnej bolesności, pozwala go stosować w tych wszystkich przypadkach, w których z jakichkolwiek powodów dożylnie wlewanie Novarsenobenzolu jest przeciwwskazane. Te wszystkie okoliczności przemawiają za tem, iż w Acetylsarsanie posiadamy nowy środek leczniczy, mogący obok Novarsenobenzolu i Stovarsolu zająć poważne miejsce w zespole arsenowych środków przeciwkiłowych.

¹⁾ Przypadek ten był przedstawiony na posiedzeniu Polsk. Tow. Derm. we Lwowie w listopadzie 1934.

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

Higjena pracy w Niemczech*).

Podał

Dr. Emil PALUCH (Warszawa).

Wczesny rozwój przemysłu fabrycznego w Niemczech wysunął już w początkach 19-go wieku konieczność ochrony zdrowia i życia ludności pracującej. Według źródeł niemieckich idea ta narodziła się pod wpływem kół wojskowych, w szczególności zaś alarmujących doniesień generała pruskiego von H o r n, który pierwszy zwrócił uwagę na upadek stanu fizycznego młodzieży poborowej w okręgach przemysłowych Nadrenji i Westfalji. Wynikiem przeprowadzonej akcji była pierwsza ustawa ochronna, wydana 6 kwietnia 1839 roku, zakazująca pracy dzieci poniżej 9 lat, ograniczająca dzień pracy młodocianych do 10 godzin na dobę, z zachowaniem spoczynku nocnego od 9 wieczorem do 5 rano. Z biegiem lat liczba ustaw ochronnych wzrosła do 56; zawierają one 326 paragrafów, normujących stosunki pracy nie tylko pod względem czasu, ochrony nieletnich, kobiet i macierzyństwa, lecz także całokształtu warunków higieny i bezpieczeństwa pracy, których dotyczą §§ 120 a i h oraz 139 g i k, o charakterze ramowym. Według § 120 a pracodawca jest obowiązany „pomieszczenia do pracy, urządzenia wewnątrz, maszyny i narzędzia tak ustawić i w takim stanie utrzymywać, oraz produkcję w ten sposób zorganizować, aby chronić życie i zdrowie robotnika tak dalece, jak na to pozwala rodzaj produkcji (die Natur des Betriebes)“.

Logicznym następstwem rozbudowy ustawowej ochrony pracy musiało być stworzenie organów kontrolnych, któreby dopilnowały wykonania odnośnych ustaw. Na wzór Anglii powołano do życia inspekcję pracy najpierw w Prusach, potem zaś, na podstawie ustawy z roku 1871, w całej Rzeszy Niemieckiej. W obecnej chwili niemiecka Inspekcja pracy liczy około 700 urzędników, którym przydzielono nadzór nad poszczególnymi okręgami przemysłowymi Niemiec. Inspekcja ta ma charakter techniczny, t. j. nadzorowi jej podlegają przede wszystkim ogólne warunki pracy, stan maszyn i narzędzi, organizacja pracy, następnie dział społeczny ochrony pracy, a więc czas pracy, ochrona nieletnich, kobiet, macierzyństwa i t. d. Praca inspekcji pracy polega na systematycznym zwiedzaniu warsztatów pracy i kontrolowaniu, czy ogólne warunki pracy odpowiadają wymaganiom określonym przez ustawę. Kontrola ta ma charakter negatywny — inspektor pracy interwenjuje wówczas, kiedy stwierdzi przekroczenie. Nie może on mieć żadnego wpływu na udoskonalenie produkcji z punktu widzenia ochrony zdrowia, bo to wymaga pracy pozytywnej, popartej doskonałą znajomością danego warsztatu pracy, ścisłego związku z kierownictwem technicznym zakładu przemysłowego, oraz stałego kontaktu z człowiekiem pracującym. Zadania inspekcji pracy, mimo iż są doniosłe, muszą się z natury rzeczy ograniczyć do ogólnej ochrony zdrowia i ścigania wykroczeń.

Jednakże nawet i w tym ograniczonym zakresie techniczna inspekcja pracy w Niemczech napotykała trudności w pełnieniu swych obowiązków. Powstawały

one wówczas, kiedy przedmiotem dochodzeń były sprawy, wkraczające w dziedzinę medycyny, a tych przecież ochrona zdrowia dostarczała na każdym kroku poddostatkiem. Aby wydać odpowiednie zarządzenie lub — co ważniejsze — aby stwierdzić istnienie czynnika szkodliwego, zagrażającego zdrowiu robotników, należało rozporządzać wiedzą lekarską. Inspektor pracy, będąc technikiem z zawodu, coraz częściej natrafiał na zagadnienia, których rozwiązanie przekraczało jego kompetencje zawodowe. Wyłoniła się więc konieczność uzupełnienia kontroli technicznej lekarską inspekcją pracy.

Pierwsza tego rodzaju placówka powstała w Niemczech w 1905 roku w Württembergji jako referat higieny pracy przy Kolegjum Lekarskiem. Dopiero jednak po wojnie, w roku 1921 utworzono 5 stanowisk lekarskich inspektorów pracy w Prusach, a potem rozciągnięto instytucję lekarskiej inspekcji pracy na wszystkie kraje Rzeszy Niemieckiej. W obecnej chwili lekarzy inspekcji pracy w całych Niemczech jest 25. Noszą oni nazwę Gewerbemedizinalrat. Według informacji, udzielonych mi w Arbeitsministerium, liczba ich ulegnie w niedalekiej przyszłości zwiększeniu.

Lekarska inspekcja pracy posiada również ogólny charakter nadzoru i nie może zaspokoić potrzeb poszczególnych zakładów przemysłowych w dziedzinie walki ze szkodliwościami i chorobami zawodowymi. Ponieważ na terenie niektórych zakładów przemysłowych szkodliwości te występują w szczególnie niebezpiecznej postaci (np. zatrucia związkami chemicznymi, praca w kesonach, pylice, uszkodzenia narządu słuchowego i t. p.), nakazało państwo kolejno wydawanymi ustawami, Die Verordnungen über die gefährlichen Betriebe, poszczególnym pracodawcom utrzymywanie t. zw. lekarzy kontrolnych, przeznaczonych do stałej opieki nad zdrowiem robotników. Pierwsza taka ustawa ukazała się w roku 1891, do tychczas wydano ich około 30. Stanowisko lekarza kontrolnego ma charakter nawpółurzędowy, t. zn. opłacany jest przez pracodawcę, musi być jednak zatwierdzony przez lekarza inspekcji pracy.

Organem opieki państwa nad zdrowiem ludności pracującej są także instytucje naukowe, poświęcone higienie pracy. Największą z nich jest P a ñ s t w o y U r z ą d Z d r o w i a (Reichsgesundheitsamt) w Berlinie, który posiada Oddział higieny pracy. Instytucja ta spełnia rolę doradczą. Podobny charakter ma P a ñ s t w o y I n s t y t u t B a d a w c z y H i g i e n y P r a c y (Staatliche Forschungsabteilung für Gewerbehygiene) w Monasterze i B a w a r s k i I n s t y t u t M e d y c y n y P r a c y (Bayerisches Institut für Arbeitsmedizin) w Monachium. Oprócz tego państwo subwencjonuje i popiera dużo innych placówek, zajmujących się badaniem, lub popularyzacją higieny pracy.

Instytucją, uzupełniającą wysiłki państwa w dziedzinie higieny i bezpieczeństwa pracy, jest ubezpieczenie wypadkowe, ustanowione ustawą z roku 1884. Jest ono powołane do zapobiegania, leczenia i odszkodowywania wypadków przy pracy oraz chorób zawodowych, zrównanych prawnie z wypadkami przy pracy na podstawie § 547 R. V. O. z 1911 roku. W roku 1925 wydano pierwszą listę chorób zawodowych, w 1929 roku — drugą listę. Obejmuje ona 21 chorób zawodowych. Ubezpieczenie wypadkowe zorganizowane jest w 66 Berufsgenossenschaften, obejmujących poszczególne ga-

*) Sprawozdanie z podróży naukowej odbytej z ramienia Instytutu Spraw Społecznych w Warszawie.

łęzie przemysłu o równym ryzyku, zrzeszonych w Verband der Berufsgenossenschaften Deutschlands.

Koszty ubezpieczenia ponoszą wyłącznie pracodawcy, i w ich interesie leży zmniejszenie obciążeń na drodze profilaktyki. Berufsgenossenschaften posiadają własne organy kontroli stanu higieny i bezpieczeństwa warsztatów pracy. Ogólna liczba kontrolerów wynosi około 500. Są nimi wyłącznie technicy. Pracodawca jest bezpośrednio zainteresowany w akcji bezpieczeństwa pracy i walki z chorobami zawodowymi, umieszczonemi na liście, dzięki systemowi ruchomych składek ubezpieczeniowych i kar za zaniedbania, które w różny sposób ustalają poszczególne Berufsgenossenschaften.

Wynikiem takiego postawienia sprawy jest lojalny stosunek i czynny współudział pracodawcy w walce z wypadkami przy pracy i chorobami zawodowymi na terenie warsztatu pracy. Jak stosunek ten przedstawia się w praktyce, o tem miałem sposobność przekonać się naocznie, zwiedzając 3 wielkie huty żelaza w Westfalji, 1 kopalnię węgla w Essen i 2 największe fabryki przemysłu chemicznego w Leuna i w Wolfen.

Ze zwiedzonych hut żelaza akcja bezpieczeństwa pracy i walki z chorobami zawodowymi najlepiej postawiona była w Hucie H o e s c h a w Dortmundzie. Huta ta liczy około 9000 robotników. O wielkości jej mogą świadczyć następujące liczby: zużywa dziennie tyle prądu elektrycznego, ile półmilionowy Dortmund w ciągu pół roku; na terenie huty znajduje się 100 km. toru kolejowego; posiada 30 lokomotyw i t. d. Sam obiekt składa się z 7 wielkich pieców, dwu walcowni, młyna mączki T h o m a s a, gazowni, fabryki wyrobów szamotowych i kilku pomniejszych oddziałów. Huta płaci roczną składkę na ubezpieczenie wypadkowe około 500 tysięcy Mk.

Kierownictwo akcji bezpieczeństwa w Hucie H o e s c h a spoczywa w rękach t. zw. dyrektora bezpieczeństwa. Jest nim inżynier. Nadzorowi jego podlegają sprawy bezpieczeństwa w całej hucie. W poszczególnych oddziałach współpracownikami jego są inżynierowie, którym przydzielono funkcje bezpieczeństwa. Tworzą oni radę, która odbywa zebrania raz na miesiąc. Omawia się na nich wszystkie zaszłe wypadki przy pracy i ogólne sprawy bezpieczeństwa poszczególnych oddziałów. Do akcji wciągnięci są także majstrzy, z którymi takie same zebrania odbywają inżynierowie oddziałów. Ci zaś z kolei uświadamiają robotników na specjalnych pogadankach i w czasie pracy o rodzaju grożącego im niebezpieczeństwa w danym warsztacie. W ten sposób do akcji tej wciągnięta jest cała załoga.

Doskonale prowadzona jest propaganda bezpieczeństwa. Przy wejściu do huty uderza w oczy duży napis biały na murze: U w a ż a j, a b y ś p r z e p r a c o w a ł d z i e ń b e z w y p a d k u! Obok widać ekran. Wyświetla się na nim wieczorem, kiedy robotnicy powracają do domu, obrazy, propagujące ochronę zdrowia i bezpieczeństwa. Niedaleko przy wejściu jest duża tablica, na której cyfrowo zestawione są wypadki przy pracy, które zaszły w poszczególnych oddziałach hut, w ostatnich dwóch miesiącach. Każdy ma możliwość śledzenia postępu akcji bezpieczeństwa. Obok dużej tablicy jest mniejsza, na której ogłasza się nazwiska osób, nagrodzonych pieniężnie, lub odznaczonych za uratowanie komuś życia, lub wyróżnienie się w akcji bezpieczeństwa. Jest to bardzo skuteczna zachęta do współpracy w tej akcji.

Niemniej żywą i pomysłową propagandę prowadzi się w poszczególnych oddziałach, przy pracy. Każde miejsce niebezpieczniejsze oznaczone jest napisem: Gefahrzone! W samym zaś punkcie niebezpiecznym jest żółty napis (kolor żółty w całej hucie oznacza niebezpieczeństwo), objaśniający, na czem należy skupić uwagę, np. Achtung Blocktransport! Obok tego istnieją wszędzie objaśnienia, jak należy się zachować w wypadku większej katastrofy, jak np. pęknięcia zbiornika z gazem i t. p.

Równoległe do tego działa sprawnie pomoc w wypadkach przy pracy. Każda ofiara najmniejszego nawet wypadku przy pracy musi być opatrzona szybko i fachowo. Jest to tylko wówczas możliwe, kiedy pomoc ta jest na miejscu, niedaleko od warsztatu. W tym też celu teren huty podzielony jest na dwa rejony; w każdym z nich jest punkt pierwszej pomocy. Pomocy tej udziela sanitariusz zawodowy. W przypadkach drobnych okaleczeń opatruje sam ranę według ścisłych instrukcyj, poczem robotnik wraca do pracy. Sanitariuszowi nie wolno leczyć ran, ani opatrywać starych ran, zmienionych zapalnie, bo to należy tylko do kompetencji lekarza. Tak samo w wypadku cięższym po założeniu prowizorycznego opatrunku robotnik zostaje odesłany do szpitala, przyczem organizacyjnie kwestja transportu jest tak opracowana, że pomoc otrzymuje chory bardzo szybko. W wypadku zatrucia gazem (CO w koksowni, przy piecach wysokich) otrzymuje pomoc na miejscu, gdyż w obu punktach pierwszej pomocy jest tlen, pulmotor i inne przyrządy ratownicze. Każdy wypadek przy pracy, nawet bardzo lekki jest zapisywany w specjalnej książce, w której zapisuje się równocześnie rodzaj udzielonej pomocy. (Dok. nast.).

Wiadomości bieżące

— Nasz stały współpracownik Dr. Alfred N e u m a n n, ordynuje, jak dawniej, w sanatorium S a c h e r a w Badenie pod Wiedniem.

— Komisja Zarządu Głównego Tow. Internistów Polskich, przygotowująca Zjazd Towarzystwa w Łucku, który się odbędzie około 20 września 1935 r., przypomina, że przedmiot obrad stanowią następujące referaty główne: I temat: Marskość wątroby: Anatomja patologiczna: referenci Prof. Dr. L. Paszkiewicz i Dr. A. Pruszczyński. Klinika: referent Prof. Dr. J. Grek. II temat: Ropne sprawy płucne. Anatomja patologiczna: referent Prof. Dr. W. Nowicki. Klinika: referent Doc Dr. Z. Gorecki. Chirurgja: referent Prof. Dr. T.

Ostrowski. Podając powyższe ponownie do wiadomości, komisja najuprzejmiej zaprasza do wzięcia udziału w Zjeździe. Tytuły referatów, dotyczące tematów głównych, oraz innych referatów lub pokazów prosimy nadsyłać wraz z nazwiskiem referentów i streszczeniem (5—10 linijek maszynopisu), uwydatniającem zasadniczą treść przemówienia, pod adresem sekretarza komisji, D-ra Józefa Wacława Grotta (Warszawa, ul. Wspólna 28), najpóźniej do dnia 20 lipca b. r. Przekroczenie tego terminu narazić może prelegenta na nieumieszczenie jego wykładu w programie Zjazdu, co według statutu odebrałoby mu możliwość wygłoszenia wykładu na Zjeździe. Przewodnictwo Komitetu Miejscowego w Łucku objął Le-

karz Wojewódzki p. Dr. Witold Habich (Łuck, Kolonja Urzędnicza), do którego należy kierować zgłoszenia udziału w Zjeździe oraz wszelkie zapytania w sprawach mieszkaniowych, technicznych (projekcje, epidjaskopia i t. p.) i komunikacyjnych. Spis referatów, dokładny program i inne szczegóły dotyczące Zjazdu zostaną przesłane (po uiszczeniu opłaty zjazdowej) zgłaszającym swój udział w początkach września b. r. — Prezydium Zarządu Głównego T.I.P. (—) Prof. Dr. Mściwój Semerau-Siemianowski, przewodniczący. (—) Dr. Józef Skłodowski, zastępca przewodniczącego. (—) Dr. Józef Wacław Grott, sekretarz.

Choroby zakaźne w Polsce.

RODZAJ CHOROBY	9/VI— 15/VI	16/VI— 22/VI	23/VI— 29/VI	30/VI— 6/VII
Ospa	0	0	0	0
Zap. mózg. śpiączk. . .	0	0	0	0(1)
Dur brzuszny	148 (12)*	166 (12)	148 (17)	210 (22)
Dur rzekomy	1 (0)	0	1 (0)	0
Dur osutkowy	80 (3)	67 (4)	67 (5)	48 (1)
Dur powrotny	0	0	0	0
Czerwonka	3 (0)	5 (3)	12 (2)	16 (2)
Płonica	239 (7)	245 (9)	203 (9)	281 (6)
Błonica	215 (6)	225 (10)	202 (7)	211 (4)
Zapal. op. mózg. . . .	25 (5)	17 (5)	20 (2)	17 (0)
Odra	739 (6)	472 (4)	433 (1)	319 (1)
Róża	76 (4)	93 (0)	85 (4)	71 (2)
Krztusiec	98 (6)	121 (5)	97 (8)	97 (2)
Malarja	12 (0)	15 (0)	7 (0)	11 (0)
Posoczn. polog. . . .	25 (5)	20 (8)	29 (0)	26 (3)
Trąd	0	0	0	0
Jaglica	617 (4)	606 (0)	650 (0)	497 (0)
Waglik	2 (0)	1 (0)	0	2 (0)
Nosaczna	0	0	0	0
Włośnica	2 (0)	0	2 (0)	1 (0)
Wścieklizna	0 (1)	0	0 (1)	0 (1)
Zatr. jad. kielb. . . .	1 (0)	2 (0)	1 (0)	0
Chor. Heine-Medina . .	1 (0)	0	0	1 (0)
Twardziel	0	1 (0)	0	3 (0)

*) Liczby w nawiasach oznaczają zgony.

— W toku organizacji znajduje się I Międzynarodowy Kongres Transfuzji Krwi, który odbędzie się w Rzymie w czasie od 26 — 29 września 1935 r. Na tym kongresie będą wygłoszone następujące główne referaty. 1) Prof. A. M. Dogliotti z Turynu: Problemy biologiczne i kliniczne dotyczące najnowszych wskazań w zakresie transfuzji krwi. 2) Dr. A. Tzanek z Paryża: Transfuzja krwi w chorobach zakaźnych. 3) Prof. E. Hesse z Leningradu: Rodzaj i leczenie wstrząsów hemolitycznych po transfuzji krwi. 4) Prof. Stahl z Wrocławia: Transfuzja krwi jako środek leczniczy dla równowagi soków ustrojowych. 5) Prof. A. Ritter z Münsterlingen: Transfuzja krwi w armjach. Z inicjatywy Wydziału Lekarskiego U. W. i na prośbę prezydium Międzynarodowego Kongresu Transfuzji Krwi zawiązał się w Polsce Komitet Organizacyjny w składzie następującym: Prof. Dr. L. Hirsfeld, Dr. J. Kołodziejcki, Doc. Dr. J. Rutkowski i Pułkownik Dr. Sokołowski. — Zgłoszenia na Zjazd, wzgl. tytuły odczytów należy nadsyłać do Prof. L. Hirsfelda w Państwowym Zakładzie Higieny w Warszawie (Chocimska 24), wzgl. do jednego z członków Komitetu Organizacyjnego. Dla celów informacyjnych nadmieniam, że koszt hotelu w Rzymie wynosi za dobę od 15—30 lirów od osoby, a z całkowitem utrzymaniem od 40—60 lirów. Władze włoskie przyznały już 50% zniżkę za przejazd włoskimi kolejami państwowymi od granicy Państwa do Rzymu z możliwością rozszerzenia do Neapolu. Termin, w którym mają być podane tytuły referatów został co prawda ustalony na 30 maja b. r., będzie mógł być jednak przedłużony do 15 sierpnia, wobec tego, że odpowiednie pismo zostało skierowane do Polski dopiero w pierwszej połowie maja b. r.

— Komitet Organizacyjny VI-go Zjazdu Mikrobiologów i Epidemiologów Polskich przypomina Szanownym Kolegom, że Zjazd odbędzie się w Łodzi d. 1 — 3 listopada r. b. Tematy programowe: a) temat wspólny ze Zjazdem Pedjatrów: „Etjologia zapalenia mózgowia”. Referent Prof. Z. Szymanowski; b) „Mikrobiologia błonicy”. Referent Doc. Dr. F. Przesmycki; c) „Biologia i systematyka beztlenowców”. Referent Prof. A. Ławrynowicz; d) „Bakterjologia zakażeń przyrannych”. Referent Doc. Dr. L. Owczarewicz. Tematy referatów, stojących w związku z tematami programowymi, również tematy referatów pozaprogramowych uprasza się kierować do dnia 1-go października pod adresem Komitetu Organizacyjnego Zjazdu. Na wypadek większej liczby referatów zgłoszonych, Komitet rezerwuje sobie prawo wyboru referatów, które będą wygłoszone na posiedzeniach. Reszta referatów będzie ogłoszona w Pamiętniku Zjazdu. Adres Komitetu Organizacyjnego: Łódź, Państwowy Zakład Higieny, Filja w Łodzi, ul. Gdańska 44. Za Komitet Organizacyjny: Dr. T. Zalewski.

— X-ty Zjazd Higienistów Polskich, poświęcony Higienie Pracy i chorobom zawodowym, odbędzie się w Katowicach w czasie od 20 — 22 września r. b. Początek obrad w piątek dnia 20 września o godz. 9.30. Do 18-go września informacyjną udziela się w lokalu Tow. Higienicznego, Warszawa, Karowa 31. Od 19-go września r. b. informacyjną udzielać będzie biuro informacyjne w Katowicach, którego adres będzie podany w jednym z następnych komunikatów. Głównymi tematami Zjazdu są: 1. Urządzenia higieniczne na terenie województwa śląskiego. 2. Higiena pracy w górnictwie: a) Urządzenia sanitarne w kopalniach, b) Bezpieczeństwo pracy w górnictwie. 3. Higiena pracy w hutnictwie: a) w cynkowniach, b) w hutach żelaznych. 4. Zagadnienie wód ściekowych w przemyśle, ze szczególnym uwzględnieniem okresu kryzysowego. 5. Zagadnienie zadymienia w miejscowościach przemysłowych. Wyżej wymienione referaty wygłoszone będą na posiedzeniach plenarnych. Reszta referatów będzie wygłoszona na posiedzeniach 2-ch sekcji: 1. Higieny pracy, 2. Chorób zawodowych. Z pośród tych referatów dotychczas zgłoszono następujące: 1. Encephalitis na tle CO w górnictwie (zatrucie gazem wodnym). 2. Chroniczne zatrucie tlenkiem węgla. 3. Badania ścieków na Śląsku z punktu widzenia chemicznego. 4. Hałas w górnictwie. 5. Bakterjologia otoczenia w kopalni kruszczu. 6. Bakterjologia w kopalni węgla na miejscu pracy. 7. Urazy palucha w hutnictwie. 8. Uraz w związku z gruźlicą u górników i hutników. 9. Zawodowe uszkodzenia uszu u górników. 10. Pylica węglowa u górników. 11. Schorzenia zawodowe oka. 12. Serce u górnika ciężko pracującego. 13. Gruźlica u górników. Oprócz wyżej podanych napływa szereg zgłoszeń innych referatów, które będą podane w następnym komunikacie. W komunikacie tym podane będą również nazwiska referentów, porządek dzienny i inne szczegóły. Składka za uczestnictwo w Zjeździe wynosi 10 zł. dla członków i 5 zł. dla osób towarzyszących. Uczestnikiem Zjazdu może być każda osoba, zajmująca się naukowo lub praktycznie higieną. Komitet Wykonawczy przyjmuje zgłoszenia członkostwa w Zjeździe, jak również składki członkowskie oraz wydaje karty uczestnictwa. Adres Komitetu Wykonawczego — Warszawa, Karowa 31, tel. 663-46. P. K. O. 1888. Zgłoszenia komunikatów przyjmuje Komitet Wykonawczy do dnia 1 sierpnia r. b. Referaty zgłoszone i przyjęte na Zjazd oraz wnioski referentów w całości lub w dokładnym streszczeniu będą ogłoszone drukiem w miesięczniku „Zdrowie Publiczne”, o ile w formie gotowej do druku będą przesłane Komitetowi do dnia 15 sierpnia r. b.

— Międzynarodowa Wycieczka Naukowa Lekarzy do miejsc kąpielowych

iklimatycznych we wrześniu r. b. Ta w Wiedniu poczynając się wycieczka (autokary) prowadzi najpierw przez piękny Semmering do Bad Einöd i do malowniczego Friesach (ze średniowiecznymi zamkami i modnym zakładem kąpielowym). W Klagenfurcie i Velden nad jeziorem Wörther wycieczka się zatrzyma. Dalej droga prowadzić będzie wzdłuż jeziora Ossiach do ciepłej Villach (zakład leczniczy dla chorych sercowych i nerwowych), a dalej przez mającą się w sierpniu otworzyć 42 km. drogę górską na Grossglockner (najpiękniejsza droga górską w Europie) do Kitzbühel, do Zell am See i Bad Gastein (tereny radioaktywne). Zostaną dalej zwiedzone Aussee (solanki), Goisern (kąpiele jodowo-siarczane), Schallerbach (termy), Hall (kąpiele jodowo-bromowe) i Maria Zell. Na drodze powrotnej do Wiednia uczestnicy zwiedzą Alland (słynny zakład dla chorych na płuca) i historyczny Mayerling. Dzień wyjazdu z Wiednia zostanie tak obliczony, aby uczestnicy polscy, przyjeżdżający na mocy paszportów i ulgowych cen turystycznych (pociąg z okazji targów w Wiedniu), zawczasu przybyli do Wiednia. Bliższych informacji udziela: Studien und Gesellschaftsreisen, Wien I, Biberstrasse.

— VII Międzynarodowy Kurs Lekar-

ski fundacji Tomarkin, organizowany pod auspicjami Wolnej Wszechnicy Brukselskiej odbędzie się w Brukseli i Spa. Program obejmuje: Br u k s e l a 12—19 września 1935 r.: rak, choroby zwrotnikowe, podzwrotnikowe i zakaźne, parkinsonizm pośpiączkowy (leczenie), odczyty wolne, posiedzenie poświęcone pamięci Marji i Piotra C u r i e . S p a 20 września — 2 października 1935 r.: schorzenia układu sercowo - naczyniowego, choroby krwi, odczyty wolne. — Kurs cały kosztuje 80 fr. belg., pół kursu (bądź w Brukseli, bądź w Spa) 50 fr. belg., udział w sekcji 30 fr. belg. Oplatek wnieść należy pod adresem: Tomarkin Foundation Incorporated, Faculté de Médecine 97, rue aux Laines, Bruxelles, Compte cheque Postal 3598.17. Tamże żądać mczną bliższych informacji. 2 egzemplarze szczegółowego programu są w posiadaniu redakcji „War. Czas. Lek.”.

S p r o s t o w a n i e . W Nr. 25 - 26 „Warszawskiego Czas. Lek.” w Wiadomościach bieżących na str. 518 (szpalta prawa) w komunikacie Tow. Lek. Warsz. o s t y p e n d j u m im. Prof. Dr. J ó z e f a B a b i Ń s k i e g o mylnie wydrukowano termin składania podań — powinno być: do dnia 1 maja r. 1936.

Résumé des articles originaux.

J. PINCZEWSKI et W. STEIN. Paralyse récidivante des nerfs crâniens dans la Maladie de Quincke.

Analyse d'un cas concernant une malade de 22 ans, qui dans l'espace de trois ans présentait deux fois des accès d'oedème de la joue gauche et de la région mandibulaire du même côté. A part de cela on notait: paralysie périphérique du nerf facial, du nerf moteur oculaire externe, hyperesthésie dans le territoire du trijumeau, affaiblissement et hyperesthésie de l'ouïe, tous ces symptômes étant localisés à gauche. On relevait encore apathie et céphalalgie de moyenne intensité. Dans cet état elle est arrivée dans le service. L'oedème facial a disparu après une semaine, les autres symptômes—après trois semaines. Au cours de son séjour à l'hôpital elle présentait un accès d'oedème de la joue et de la paupière inférieure localisé à droite.

Les auteurs excluent tour à tour la méningite séreuse récidivante, la polynevrite cérébrale mênieriforme de F r a n k l - H o c h w a r t , la migraine ophtalmoplégique et facioplégique. Ils concluent qu'on a affaire ici avec l'oedème angioneurotique de Q u i n c k e avec paralysies transitoires des nerfs crâniens. Des cas pareils sont rares, ils ont été décrits cependant par W. S t e r l i n g , M m e Z a n d , K e n n e d y , H a n d w e r c k , M e r k e l s o n . W u r c e l m a n .

L. GOLDKORN. Traitement des abcès des poumons par injections intraveineuses massives du benzoate de soude.

L'auteur a constaté chez beaucoup des phtisiques une éminente action desséchante et antiexsudative des injections intraveineuses du benzoate de soude sur le tissu pulmonaire. Cette action se manifestait par une diminution progressive de l'expectoration. Après l'injection d'une dose efficace du benzoate de soude les malades sentaient une saveur et une odeur spécifique, ce qui démontre, que le benzoate de soude s'élimine par les poumons. Cela prouve l'affinité de la préparation avec le tissu pulmonaire. En se basant sur ces notions, l'auteur a commencé d'employer le benzoate de soude dans les abcès du poumon par la voie veineuse. Il a obtenu des résultats très encourageants même dans les cas chroniques, où tous les autres moyens ont complètement déçu. On doit prati-

quer les injections chaque jour, la dose moyenne est 20 cm³ d'une solution à 20%. On augmente cette dose dans les cas, où le malade ne perçoit pas des sensations citées ci — dessus. Les malades tolèrent les injections intraveineuses massives du benzoate de soude sans aucun dommage. Le nombre des injections est, d'après le cas, de quinze à trente.

L'auteur souligne la grande importance de la pureté des préparations et recommande celle de H e y d e n .

Les préparations impropres peuvent provoquer des frissons et de la fièvre.

J. SIEDLECKI. Sur les sels de magnésium.

L'auteur souligne la valeur du magnésium dans la physiologie des plantes et des animaux. Le Mg fait partie de la chlorophylle. Dans l'organisme animal il joue le rôle du facteur, qui active les procès synthétiques. Selon l'âge de l'individu et les différentes conditions qu'on exige de chaque organe particulier, la quantité de Mg y change.

L'école D e l b e t lutte pour augmenter la quantité du Mg dans la nourriture en but de normaliser les fonctions vitales de notre organisme et pour préserver contre les différentes maladies, surtout en but de lutter contre le cancer.

En citant la valeur des sels du magnésium dans la thérapie l'auteur souligne leur action bienfaisante dans l'urémie azotémique. Pour illustrer cela l'auteur présente quelques cas du traitement positif de l'urémie par les injections intraveineuses des solutions de magn. sulfur.

A. NADEL. Traitement intramusculaire de la syphilis par l'Acétylarsane.

L'auteur a constaté que l'Acétylarsane a toutes ces qualités que doit avoir un bon remède antisyphilitique. La disparition des spirochètes contenues dans les ulcères primitives avait lieu dans 24 — 48 heures après la première injection, les altérations syphilitiques cédèrent après quelques injections, les réactions positives changeaient en négatives dans un grand pourcent de cas. Parmi les manifestations négatives l'auteur mentionne l'albuminurie et l'élévation considérable de la température. Ces manifestations disparaissaient vite et n'avaient aucune influence sur la marche de la maladie.

TREŚĆ: I. PINCZEWSKI i W. STEIN. Nawrotowe porażenie nerwów czaszkowych w chorobie Quinckego. — L. GOLDKORN. Leczenie ropni płuc maszynami wlewianymi dożylnymi bądźwinianu sodu. — J. SIEDLECKI. Przyczynek do badań nad solami magnezowymi. — L. ENDELMAN. Z zagadnień na czasie w okulistyce (Str. pogl. Dok.). — Streszczenia pojedyncze. — Oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — Korespondencja. — A. NADEL. O domiesznieniu leczenia kłby Acetylarzanem. — E. PALUCH. Higjena pracy w Niemczech. — Wiadomości bieżące.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: I. PINCZEWSKI et W. STEIN. Paralyse récidivante des nerfs crâniens dans la Maladie de Quincke. — L. GOLDKORN. Traitement des abcès des poumons par injections intraveineuses massives de benzoate de soude. — J. SIEDLECKI. Sur les sels de magnésium. — L. ENDELMAN. Problèmes contemporains dans l'ophtalmologie (Rev. gén. fin). — A. NADEL. Traitement intramusculaire de la syphilis par l'Acétylarsane. — E. PALUCH. Hygiène du travail en Allemagne.