

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. 8-24-48.

Rok XII

WARSZAWA, 19 WRZEŚNIA 1935 R.

Nr. 35

PRACE ORYGINALNE

Wykłady kliniczne

Z Kliniki chorób gardła, nosa i uszu Uniwersytetu

Józefa Piłsudskiego w Warszawie.

(Dyrektor: Prof. Dr. F. E r b r i c h)

i z Instytutu Radowego im. Marji Curie - Skłodowskiej.

(Dyrektor: Dr. F. Ł u k a s z c z y k).

Nowotwory złośliwe migdałków.

Podał

Dr. Jan SREBRNY (Warszawa).

(Dok. — patrz Nr. 34).

Jako bardzo wymowną ilustrację tego, co powiedzieliśmy o występowaniu i przebiegu nowotworów złośliwych migdałków, podamy opis kilku przypadków z dawniejszej kazuistyki Kliniki oraz kilka przypadków z ostatnich 2 lat, leczonych w Instytucie Radowym w Warszawie.

W liczbie tych ostatnich znajdują się trzy przypadki raków, naświetlane wielkimi dawkami promieni Roentgena, które, obserwowane dwa lata, są dotąd bez nawrotu. Osiągnięty więc tu okres beznawrotowy jest już dłuższy, niż w przypadkach cytowanych wyżej autorów.

Przypadek 1. Józef P., lat 51, l. ks. gl. 2961, przyjęty do Kliniki 13.11.1929. Podaje, że od 5-ciu tygodni ma ból podczas łykania stałych pokarmów; podczas łykania płynów i śliny bólu niema. Przed 3-ma tygodniami zauważył, że spłuka wraz ze śliną cuchnącą ropę; lekarz zalecił mu wówczas płókanie. Wkrótce potem spostrzegł, że w gardzieli po stronie prawej ma „dziurę”, wypełnioną cuchnącym, ropnym płynem; „dziura” ta stopniowo się powiększa. Przed tygodniem w okolicy prawego kąta żuchwy zjawiał się guz, przy dotykaniu niebolesny.

Przedtem był zawsze zdrow. Chorób wenerycznych miał nie przechodzić.

Stano b e c n y. Wzrost wysoki, budowa prawidłowa, mocna, odżywianie dobre.

S z y j a. Niesymetryczna. Po stronie prawej, pod mięśnieniem skośnym szyi, wyczuwa się guzy wielkości śliwki, spistości napiętego mięśnia, ruchome w stosunku do skóry i podłoża, niebolesne. Jeden z nich znajduje się tuż poza kątem żuchwy, drugi — ku przodowi od tegoż kąta, w dole podżuchwowym, trzeci — ponad i nazewnątrż od stawu mostkowo-obojęzycznego prawego.

G a r d z i e l. Z prawej ściany gardzieli wychodzi twór wielkości połowy dużego kartofla. Twór ten uwypukla śluzówkę gardzieli niezmienną, lecz w stosunku do guza nieprzesuwalną. Obmacywaniem stwierdza się, że guz ten jest niebolesny, spistości chrząstkowej, górnym biegunem sięgający do jamy nosowo - gardzielowej, dolnym — do zatoki gruszkowatej, częściowo wypełniający dołek językowo-nagłośniowy prawy. W stosunku do tkanek miękkich szyi głębokich guz jest nieprzesuwalny. Na wysokości migdałka znajduje się jama wielkości dużego orzecha włoskiego, o brzegach strzępiastych, martwiczo zmienionych, o wnętrzu pokrytem ziarniną i wydzieliną ropiastą.

N o s. Zarówno w rynoskopji przedniej, jak i tylnej zmian nie przedstawia.

N a r z ą d y w e w n ę t r z n e bez zmian. **G r u c z o ł y c h ł o n n e** innych okolic niewyczuwalne.

20.11. Odczyn W a s s e r m a n n a we krwi ujemny. W znieczuleniu miejscowym usunięto pętlą zimną część ściany jamy rozpadowej, jako materiał do badania histologicznego. Wynik badania: *neoplasma malignum* (Dr. S i e d l e c k a).

29.11. W znieczuleniu miejscowym wyluszczone guzy na szyi i przesłano do badania histologicznego. Wynik badania: *sarcoma lymphoblasticum* (Dr. S i e d l e c k a).

10.12. Po zagojeniu rany na szyi chory skierowany został do naświetlań promieniami Roentgena. W czasie od 11.12 do 21.12. otrzymał dziesięć naświetlań (Dr. Z a l e s k i) na VII pól (II kark, II pod żuchwą, II policzek, I przez usta) w ogólnej dawce 9750 R przez filtr 0,5 Cu + 2 Al.

21.12. Guz w gardzieli zmniejszony do 1/4 swojej poprzedniej wielkości; jama martwicza okolicy migdałka płytka i wysłana różową, pulchną ziarniną. Gruczoły chłonne nigdzie nie wyczuwalne.

Wypisany na własną prośbę na przeciąg tygodnia; ma powrócić celem kontynuowania naświetlań.

Chory zgłosił się powtórnie do Kliniki 8.4.1930, a więc po przeszło 3 1/2 miesiącach. Podaje, że przez cały czas czuł się zupełnie dobrze i dlatego nie wrócił w porę do Kliniki. Dopiero przed dwoma tygodniami zauważył wystąpienie na szyi dwóch guzków, które się szybko powiększały.

Stano b e c n y. Odżywianie dobre. Nad wcięciem jarzmowem i ponad obojęzkiem prawym dwa guzy, każdy wielkości jaja kurzego, spistości napiętego mięśnia, ruchome w stosunku do skóry i podłoża.

G a r d z i e l. Symetryczna. Wnęka międzyłukowa prawa szeroka, o ścianach bliznowatych.

N o s i j a m a n o s o w o - g a r d z i e l o w a bez zmian.

W czasie od 10.4. do 16.4. otrzymał na II pola nadobojczykowe ogółem 2000 R. Guzy na szyi znikły. Wypisany na własne żądanie z poleceniem zgłoszenia się za tydzień.

Zgłosił się 24.4. Stwierdzono miejscowo stan bardzo dobry, natomiast w dole pachowym prawym, w pachwinie prawej i w okolicy pępka obecność pojedynczych guzków, wielkości ziarna fasoli, twardawych, ruchomych.

Od 24.4. do 8.5. otrzymał na VIII pól (w związku z wystąpieniem przerzutów odległych) ogółem 15500 R. t. j. przeciętnie po 2000 R na pole.

9.5. Guzy znikły. Żadnych zmian obiektywnych nie stwierdza się. Samopoczucie bardzo dobre. Wypisany z poleceniem zgłoszenia się za miesiąc do kontroli.

Chory więcej się nie zjawił.

P r z y p a d e k 2. Ewa H., lat 47, przy mężu, l. ks. gł. 4032, przyjęta do Kliniki 12.2.1931. Podaje, że przed kilku tygodniami zauważyła, że jej coś „przeszkadza“ podczas łykania; przeszkoda ta była tak nieznaczna, że nie zwracała na nią większej uwagi. Od dwóch tygodni jednak ma podczas łykania, i to zarówno pokarmów, jak i sliney, lekki ból. To ją skłoniło do zwrócenia się do Kliniki. Poza tem czuje się zupełnie zdrowa.

S t a n o b e c n y. Wzrost średni, budowa prawidłowa, dość mocna, odżywianie dobre.

G a r d z i e l. Prawy migdałek podniebienny powiększony w stosunku do lewego, o powierzchni nierównej, jakby poszarpanej. W środkowej jego części powierzchnie, okrągławe owróżnienie, wielkości monety 2-groszowej, o nierównych brzegach. Cały migdałek jest czerwienisty, o odcieniu lekko sinawym i bardziej spoiisty, niż lewy. Migdałek jest ruchomy w stosunku do podłoża. Tkanki otaczające bez zmian.

N o s, j a m a n o s o w o - g a r d z i e l o w a i **k r t a ń** bez zmian.

Tuż poniżej prawego kąta żuchwy wyczuwa się guzek, wielkości ziarna grochu, twardy, mało ruchomy w stosunku do podłoża. Skóra na nim przesuwalna.

N a r z ą d y w e w n ę t r z n e bez zmian. **G r u c z o ły c h ł o n n e** innych okolic niewyczuwalne.

16.2. Odczyn **W a s s e r m a n n a** we krwi ujemny. Badanie histologiczne wycinka: *ca. solidum medullare* (Dr. **S i e d l e c k a**).

18.2. W znieczuleniu miejscowym wykonano podwiązanie tętnicy szyjnej zewnętrznej prawej oraz resekowano część żyły szyjnej wewnętrznej, z którą od przodu zrośnięte były dwa twarde gruczolę. Innych zmienionych gruczolów nie znaleziono. Po zaszyciu rany szyjnej na glucho wyluszczone migdałek prawy. Badanie histologiczne usuniętych gruczolów: *ca. solidum*.

Przebieg pooperacyjny bez powikłań. W cztery tygodnie po zabiegu założono na szyję (Dr. **F l o k s z t r u m p f**) aparat plastyczny, zawierający ośm ognisk promieniotwórczych po 10 mlgr. Ra, filtr 2 mm. platyny, odległość od skóry 3 cm. Naświetlanie stosowane było 11 dni (264 godziny).

Chora, systematycznie kontrolowana (ostatnia kontrola w kwietniu r. 1932), jest wolna od nawrotu.

P r z y p a d e k 3. Wiktorja K., lat 40, przy mężu, l. ks. gł. 4414, przyjęta do Kliniki 12.3.1931. Podaje, że przed pół rokiem zaczęła odczuwać niewielkie bóle podczas łykania, wyraźniej z prawej strony gardzieli. Bóle były tak nieznaczne, że dopiero po trzech miesiącach zwróciła się o poradę do lekarza, który wykonał jej jakąś operację. Po operacji dolegliwości nieco się zmniejszyły, lecz nie ustąpiły całkowicie i powoli, ale stale przybierały na nasileniu; dokuczliwe jednakże

nie są, tak, że chora je względnie swobodnie. Od paru tygodni ma podczas łykania uczucie klucia w prawym uchu.

Zawsze była zdrowa. Twierdzi, że podczas obecnej choroby nie schudła.

S t a n o b e c n y. Wzrost średni, budowa prawidłowa, dość węża, odżywianie nieco upośledzone; śluzówki blade. *Foetor ex ore*.

W okolicy prawego kąta żuchwy wyczuwa się szereg twardych guzków, częściowo zlewających się w jedną całość i tworzących guz o nierównej powierzchni, nieprzesuwalny w stosunku do podłoża.

G a r d z i e l. W niszy międzyłukowej prawej guz wielkości dużego orzecha włoskiego, barwy szaro - różowej, spoiście elastycznie - twardej. Powierzchnię guza pokrywają zlewające się ze sobą pola martwicze o nierównych brzegach. Guz ten przechodzi u swej podstawy na prawą połowę nasady języka oraz w dół językowo - nagłośniowy prawy. Jest on zespolony z tkankami niszy międzyłukowej i z opisanym guzem okolicy prawego kąta żuchwy.

N a r z ą d y w e w n ę t r z n e bez zmian. **G r u c z o ły c h ł o n n e** innych okolic niewyczuwalne. **U s z y** bez zmian.

20.3. Odczyn **W a s s e r m a n n a** we krwi ujemny. Badanie histologiczne wycinka: *ca. spinocellulare* (Dr. **S t e i n**).

W związku z koniecznością założenia ognisk promieniotwórczych bezpośrednio do guza, wykonano dnia 21.3. zapobiegawcze podwiązanie tętnicy szyjnej zewnętrznej prawej. Podczas tego zabiegu stwierdzono, że gruczolę głębokie szyi, zarówno przednie, jak i tylne, tworzą guz, stopiony z tkankami dołu pozakątowego żuchwy.

Przebieg pooperacyjny bez powikłań.

Od 6.4. do 8.4. w ciągu 48 godzin pozostawało w guzie sześć ognisk promieniotwórczych, zawierających po 1 mlgr. radu (Dr. **F l o k s z t r u m p f**).

Guz migdałka i języka **z n i k ł**. W dolnej części niszy międzyłukowej i na nasadzie języka drobne plamki włóknikowe. Śluzówka wszędzie różowa, wilgotna.

20.4. Sześć ognisk promieniotwórczych po 1 mlgr. radu wkłuto w okolicę górnego przyczepu m. skośnego szyi prawego po obu jego stronach.

27.4. Usunięto rad, który pozostawał w ciągu siedmiu dni (168 godzin). Otwory po igłach nie przedstawiają ognisk zapalnych. Podczas obmacywania, które jest zupełnie niebolesne, wyczuwa się jeden niewielki guzek, wielkości ziarna fasoli, twardy, mniej więcej w połowie długości prawego ramienia żuchwy. Poza tem żadnych oporów się nie wyczuwa.

2.5. Wypisana, z poleceniem zgłoszenia się za trzy tygodnie do kontroli.

Podczas badania w końcu maja stwierdzono stan ściśle taki, jak w dniu wypisu. Po raz drugi chora zgłosiła się w początku lipca i tym razem nie stwierdzono żadnych zmian w stosunku do stanu poprzedniego. Po raz trzeci przybyła chora, ze znacznym opóźnieniem, w połowie października. Stwierdzono, że guzek pod prawym ramieniem żuchwy powiększył się mniej więcej dwukrotnie, pozostając ruchomym w stosunku do podłoża. Gardziel przedstawiała się zupełnie prawidłowo, tak, jak po ukończeniu leczenia. Inne gruczolę chłonne niewyczuwalne.

Ze względów formalnych wynikła konieczność odłożenia przyjęcia chorej do Kliniki na przeciąg kilku dni. Chorej kategorycznie zalecono zgłosić się za tydzień. Zgłosiła się ona jednak dopiero w ostatnich dniach listopada. Stwierdzono wówczas, że guz podżuchwowy urosł do wielkości małej śliwki, i że ruchomość jego stała się znacznie mniejsza. Badanie gardzieli wykazało niewielką, okrągłą guzowatość w dolnym biegunie niszy międzyłukowej prawej; guzowatość ta pokryta by-

ła niezmienną słuzówką. Podczas obmacywania stwierdzono, że jest twarda, nieruchoma.

P r z y p a d e k 4. Władysław L., lat 66. Zgłosił się do przychodni Instytutu Radowego dn. 8.5.1933. Podaje, że od dwóch miesięcy ma bóle w uchu lewym i lewej połowie głowy; od trzech tygodni ma utrudnienie przy tykaniu stałych pokarmów. Dużo odpłuwa, przychem płwocina jest czasem krwawo zabarwiona.

S t a n o b e c n y. Wzrost wysoki, budowa prawidłowa, odżywianie dobre. **M i e j s c o w o:** lewy migdałek podniebienny większy, niż prawy, o wzmóżonej spoistości. W dolnym biegunie migdałka głębokie, lejowate owrzodzenie, obejmujące lewą połowę nasady języka; owrzodzenie pokryte martwiczą tkanką. Migdałek w dolnej części nieruchomy, wtopiony w tkanki podłoża. Poza wierzchołkiem wyrostka sutkowego lewego twardy, mało ruchomy gruczoł, wielkości ziarna fasoli. Poniżej kąta żuchwy, poza mięśniem sutkowo - obojczykowym gruczoł wielkości śliwki, twardy przesuwalny.

B a d a n i e h i s t o l o g i c z n e wycinka, wziętego z migdałka: *ca. spinocellulare*.

Od 10.5. do 2.6. naświetlanie prom. **R o e n t g e n a.** Całkowita dawka działająca 6000 r. W ciągu 20 dni leczenia — 14 godzin naświetlania.

4.4. Ściany owrzodzenia pokryte grubą warstwą nalotu włóknikowego. Opisane na początku gruczoly — zmniejszone do wielkości ziaren grochu.

16.6. Lewa połowa nasady języka zgrubiała, miękka. Górna część owrzodzenia zbliżowała się, w dolnej części szczylinowate wgłębienie, wypełnione tkanką martwiczą.

14.8. Badanie kontrolne: owrzodzenie dolnego bieguna migdałka i języka znikło całkowicie, pozostało jedynie w tym miejscu nieznaczne stwardnienie. Gruczoł pod kątem żuchwy niewyczuwalny, gruczoł poza wyrostkiem sutkowym pozostał.

13.10. Kontrola: gardziel i język bez zmian. Okolica dawnego owrzodzenia spoistości zwykłej, jak tkanka otaczająca. W miejscu gruczolu poza wyrostkiem sutkowym — małe płaskie stwardnienie.

14.3.1934. Kontrola: gardziel i język bez zmian. Gruczoly nigdzie niewyczuwalne.

9.5.1935. Kontrola: gardziel i język bez zmian. W ciągu 24 miesięcy obserwacji chory jest więc bez nawrotu.

P r z y p a d e k 5. Zachar. P., lat 57. Zgłosił się do przychodni Instytutu Radowego dnia 31.5.1933. Podaje, że od pół roku ma powoli nasilające się bóle gardła, bez żadnych utrudnień podczas łykania. Dopiero od tygodnia uczucie nieznacznej przeszkody podczas jedzenia oraz bóle w prawym uchu.

S t a n o b e c n y. Wzrost średni, budowa prawidłowa, odżywianie dostateczne. **M i e j s c o w o:** w obrębie prawego migdałka podniebiennego owrzodzenie, przechodzące na przedni łuk; podstawa owrzodzenia o spoistości chrząstkowej. Ruchomość migdałka w stosunku do tkanek głębokich nieco ograniczona w porównaniu z migdałkiem lewym.

Nos, jama nosowo-gardzielowa i uszy — bez zmian. Poza mięśniem mostkowo-sutkowym prawym wyczuwalne twarde, ruchome guzki, z których jeden wielkości małej śliwki.

B a d a n i e h i s t o l o g i c z n e wycinka z prawego migdałka: *ca. spinocellulare*.

1.6. Wkluto w migdałek prawy i w podstawę języka 5 igieł radowych a 10 miligr. i 2 igły a 15 miligr. Filtr Pt. 0,5.

3.6. Dwie igły wypadły, i dwie igły dodano wprost w owrzodzenie.

4.6. Dwie igły wypadły.

6.6. Wyjęto igły. Chory otrzymał ogółem 7,644 mcd.

7.6. Rozpoczęto naświetlanie prom. **R o e n t g e n a** na dwa pola szyjne z centrowaniem na *fossa carotis* od przodu i to samo od tyłu.

8.6. Zaniechano naświetlań na pole tylne.

27.6. Koniec naświetlania prom. **R o e n t g e n a.** Całkowita dawka 5100 r. W ciągu 15 dni leczenia — 8 godzin 5 minut naświetlania.

Owrzodzenie na migdałku znacznie mniejsze, o brzegach gładkich, pokryte nalotem włóknikowym. Gruczoly na szyi znacznie mniejsze.

Badanie dnia 12.7.1933: zbliżnowacenie prawego migdałka. Gruczoly niewyczuwalne.

Wiadomość listowna za pośrednictwem komendanta posterunku policyjnego z maja 1935 r.: zёрów, pracuje w polu jako rolnik.

I w tym więc przypadku okres beznawrotowy trwa już 24 miesiące.

P r z y p a d e k 6. Marja O., lat 70. Zgłosiła się do przychodni Kliniki dnia 13.6.1933. Podaje, że od kilku tygodni ma uczucie przeszkody w czasie łykania. Przedtem żadnych dolegliwości ze strony gardła nie miała.

S t a n o b e c n y. Wzrost niski, budowa prawidłowa, odżywianie upośledzone. **M i e j s c o w o:** lewy migdałek podniebienny znacznie większy, niż prawy, o zabarwieniu sinawem i wzmóżonej spoistości w porównaniu z migdałkiem prawym. W stosunku do tkanek głębszych migdałek jest ruchomy. Na powierzchni jego owrzodzenie wielkości monety 5-groszowej, pokryte brudno - szarym nalotem. Gruczoly chłonne nigdzie nie wyczuwalne.

21.6. Wyłuszczone w znieczuleniu miejscowym lewy migdałek wraz z częścią przedniego łuku. Przebieg pooperacyjny bez powikłań.

B a d a n i e h i s t o l o g i c z n e usuniętego migdałka: *ca. spinocellulare* (Dr. Stein).

30.6. Wnęka międzyłukowa lewa wypełniona masami ziarninowymi, opuszczającymi się do dolka zajęzowego lewego i częściowo do zatoki gruszkowatej lewej. W tym stanie chora została skierowana do Instytutu Radowego.

Od 1.7. do 24.8. naświetlania promieniami **R o e n t g e n a.**

Całkowita dawka działająca 5000 r. W ciągu 20 dni leczenia — 9 godz. 20 minut naświetlania.

25.7. Lewa wnęka międzyłukowa wypełniona blizną.

Kontrola 22.9. — stan dobry.

9.5.1935. Kontrola: gardziel bez zmian. Migdałki zanikłe. Okres bez nawrotu trwa 22 miesiące.

P r z y p a d e k 7. Henryk F., lat 25. Zgłosił się do przychodni Instytutu Radowego dnia 9.8.1933. Podaje, że przed trzema tygodniami zauważył na szyi pod kątem prawej żuchwy guzek, który się szybko powiększał. Jednocześnie zjawily się lekkie dolegliwości podczas łykania.

S t a n o b e c n y. Budowa prawidłowa, odżywianie dostateczne. **M i e j s c o w o:** podniebienie miękkie po stronie prawej zajęte przez guz wielkości gęsiego jaja, przekraczający linię środkową, o spoistości wzmóżonej. Owrzodzeń na guzie nie stwierdza się. Migdałek podniebienny prawy wciągnięty jest w obręb guza.

Pod kątem prawej żuchwy guz — wielkości jaja kurzego, twardy, mało ruchomy; nieco poniżej drugi guz, również twardy, wielkości śliwki.

B a d a n i e h i s t o l o g i c z n e: *lymphosarcoma*.

Od 24.8. do 15.9. naświetlanie prom **R o e n t g e n a.** Całkowita dawka działająca 6000 r. W ciągu 20 dni leczenia — 7 godz. 40 min. naświetlania.

S t a n o b e c n y: prawy migdałek wielkości i spoistości prawidłowej, podniebienie bez zmian. Gruczoly niewyczuwalne.

6.10. Gardziel bez zmian. Migdałki w stanie zupełnego zaniku. Gruczoly nigdzie niewyczuwalne.

24.11. Stan, jak poprzednio.

Ostatnia kontrola 18.5.1934: gardziel bez zmian; gruczoły niewyczuwalne.

Wiadomość o chorym z końca r. 1934: bardzo osłabiony; od kilku tygodni duszność.

Przegląd tych kilku przypadków uwidacznia nam bardzo plastycznie to wszystko, co powiedzieliśmy o występowaniu i przebiegu nowotworów złośliwych migdałków.

W przypadku 1-ym mamy do czynienia z chorym, który skargi odnosi do pięciu tygodni wstecz, a u którego stwierdzamy niezmiernie daleko posunięty rozwój procesu chorobowego — mięsaka — z wybitnymi przerzutami do gruczołów szyjnych. Dolegliwości chorego, w stosunku do rozległości procesu, są zdumiewająco małe, a ponieważ czas trwania cierpienia musi być znacznie dłuższy, niż to wynika z wywiadów, dolegliwości początkowe były więc tak nikłe, iż chory, przywykły do twardych warunków życiowych robotnik, nie uważał ich za dostateczny powód do szukania porady.

Naświetlanie prom. R o e n t g e n a powoduje zupełne cofnięcie się objawów. Chory, który żąda wypisania go z Kliniki i przybywa powtórnie zamiast po tygodniu po trzech i po miesiącach, ma już nowe, bardzo posunięte przerzuty na szyi. W parę tygodni później zaczynają się zjawiać przerzuty odległe.

Cały przebieg cierpienia, tak bardzo typowy, rozgrywa się w wybitnie skróconych etapach, z uderzającą szybkością, zmuszając do jaknajgorszego rokowania. Przyczyną tego skróconego, szybkiego przebiegu jest niewątpliwie taki, iż spostrzeganie, a więc i leczenie rozpoczęło już w bardzo posuniętym okresie choroby.

W związku z omówionym przypadkiem 1-ym postawić należy przypadek 7-y, również przypadek mięsaka.

Jest to przypadek jednakże znacznie mniej zaawansowany, gdyż nie doszło jeszcze do rozpadu guza, ani do tak rozległych i wydłużających przerzutów. Po 20-stodniowym naświetlaniu prom. R o e n t g e n a uzyskano zupełne cofnięcie się zmian chorobowych. W ciągu ośmiu miesięcy nie wykazuje żadnych znamion nawrotu, jednakże wiadomości, otrzymane po 15 miesiącach, zwiastują, najprawdopodobniej, wystąpienie przerzutu w płucach.

Wynik ten, doraźnie w każdym razie znacznie pomyślniejszy, niż w przypadku 1-ym, należy przede wszystkim uważać za rezultat rozpoczęcia leczenia we wcześniejszym okresie oraz, prawdopodobnie, innej metody naświetlania promieniami R o e n t g e n a.

Pozostałe przypadki, przypadki raków, przedstawiają się również bardzo charakterystycznie.

Przypadki 2-gi i 6-ty — to przypadki wczesne: nowotwór, ściśle ograniczony do migdałka, tkanki otaczające wolne od zmian, przerzutów gruczołowych brak, albo zaledwie są zaznaczone. Przypadki te, po uprzednim wyluszczeniu migdałka, zostały poddane aktynoterapii.

Przypadek 2-gi był napromieniany radem z odległości. W ciągu przeszło rocznej obserwacji był bez nawrotu. Pomimo to w rokowaniu należy być bardzo

ostrożnym wobec krótkiego czasu spostrzegania, i zgodnie z doświadczeniem innych autorów, które wyraźnie poucza o fatalnem zejściu raków migdałków, z przebiegiem wolnym od nawrotu, wyjątkowo tylko przekraczającym okres półtora roku.

Przypadek 6-ty był naświetlany wyłącznie prom. R o e n t g e n a. Wynik bezpośredni był doskonały, a, stale kontrolowany, jest po 22 miesiącach bez nawrotu.

Przypadki 3-ci, 4-ty i 5-ty — to przypadki, już posunięte w rozwoju, w różnych okresach tej ewolucji. Przypadki 3-ci i 4-ty należą typowo do drugiej z dwóch grup, któreśmy rozróżnili w przebiegu raków migdałków, zgodnie z kierunkiem ich rozwoju. Przekroczywszy kąt migdałkowo - językowy, nowotwór zajmuje nasadę języka. Objawy podmiotowe, zwłaszcza w przypadku 3-cim, są bardzo nieznaczne, pomimo anamnestycznego trwania cierpienia od pół roku. Jako objaw późny przyłącza się kłujący ból ucha odpowiedniej strony, tworząc zespół, charakterystyczny dla zaawansowanych w rozwoju guzów.

Wobec przejścia sprawy nowotworowej na język i na tkanki głębokie niszy międzyłukowej operacja doszczętna przez usta stała się niewykonalna, co uznane zostało za przeciwwskazanie do zabiegu chirurgicznego wogóle.

W przypadku 3-cim napromienianie przez wklucie ognisk radowych bezpośrednio do nowotworu, a następnie, od zewnątrz, do przerzutów gruczołowych na szyi dało niezwykle efekt doraźny. Jednakże po upływie 5½ miesięcy wystąpił pierwszy zwiastun nawrotu w gruczołach chłonnych szyi. Rokowanie więc, zwłaszcza wobec stosunkowo szybkiego wystąpienia nawrotu, przedstawia się złe.

Przypadek 4-ty leczony był wyłącznie naświetlaniem prom. R o e n t g e n a z wynikiem bardzo pomyślnym. Po 24-ch miesiącach nie stwierdzono żadnych objawów nawrotu.

Przypadek 5-ty, mniej zaawansowany w rozwoju, niż przypadki 3-ci i 4-ty, leczony był aktynoterapią kombinowaną: radem przez wklucie ognisk promieniotwórczych bezpośrednio w migdałek oraz prom. R o e n t g e n a przez naświetlanie gruczołów szyjnych. W dwa tygodnie po ukończeniu leczenia stwierdzono brak jakichkolwiek objawów chorobowych. Wiadomości, otrzymane o chorym po 24-ch miesiącach wskazują, że jest zdrow i normalnie pracuje fizycznie.

Z przeglądu podanego zestawienia przypadków nowotworów złośliwych migdałków widzimy, że w leczeniu tej sprawy, zwłaszcza w przypadkach raków, nastąpił wyraźny krok naprzód, zarówno przez ustalenie warunków, w jakich dopuszczalny jest zabieg chirurgiczny, jak i przez wprowadzenie aktynoterapii wielkimi dawkami. W dalszym ciągu jednak cierpienie to pozostaje jednym z najgroźniejszych cierpień nowotworowych ustroju, a postępowanie, dość urozmaicone w kombinowaniu rozporządzalnych metod, musi być warunkowane okresem rozwoju choroby.

Z klinik, szpitali i pracowni

Z Zakładu Fizjologii Uniw. Stefana Batorego w Wilnie.
(Kierownik: Prof. Dr. M. Eiger).

Wpływ układu przedsionkowego na ciśnienie krwi.
Podał

Dr. M. RUBINSZTEJN (Wilno).

W latach ostatnich przypisuje się błędnikowi co-

raz większe i wielostronnejsze znaczenie w ustroju. Liczne badania z doby ostatniej z jednej strony ustalają działanie błędniaka w zakresie mięśni poprzecznie-prążkowanych (napiecie mięśni szkieletowych, M a g n u s i K l e y n i t. d.), zaś z drugiej poświęcają coraz większą uwagę znaczeniu układu przedsionkowego w ogół-

nem życiu roślinnym oraz w zjawiskach wzruszeniowych ustroju.

Już badania anatomiczne wskazują na połączenia, istniejące pomiędzy jądrami nerwu przedsionkowego a różnymi ośrodkami roślinnymi w rdzeniu przedłużonym. Opisano głównie połączenia pomiędzy utworem siatkowatym (*substantia reticularis*) a trzema następującymi jądrami nerwu przedsionkowego: jądrem Deitersa (*Nucleus Deitersi*), jądrem trójkątnym (*Nucleus triangularis*), jądrem Rollera (*Nucleus Rollerii*)*. Już Obersteiner przyjmuje istnienie włókien, łączących jądro trójkątne nerwu przedsionkowego z utworem siatkowatym, co później zostało potwierdzone przez Helda, który ustalił dokładny przebieg t. zw. szlaku przedsionkowo-siatkowatego (*Tractus vestibulo-reticularis*). Held uważa, że drogą tych połączeń odbywa się odruch błędnika, wywołujący wymioty. Poza tym Held podaje, że pewne włókna ze szlaku przedsionkowo-rdzeniowego (*Tractus vestibulo-spinalis*) przechodzą do utworu siatkowatego (*Formatio reticularis*) i służą do przewodzenia odruchu naczynioruchowego i oddechowego błędnika. W dalszym ciągu Bechterew stwierdził połączenia utworu siatkowatego z innym jądrem nerwu przedsionkowego, a mianowicie z jądrem Deitersa (*Nucleus magnocellularis Deitersi*), a Wallenberg znowu przyjmuje połączenia jądra Rollera z różnymi ośrodkami roślinnymi, umieszczonymi na dnie czwartej komory.

Jednakże ścisły związek pomiędzy układem przedsionkowym a układem nerwowym roślinnym został ustalony głównie przez liczne badania fizjologiczne. Bourguignon, badając chronaksję nerwu przedsionkowego, zapoczątkował nową erę w poglądach na jego czynności. Już sama wielkość chronaksji nerwu przedsionkowego naprowadziła Bourguignona na myśl, że należy on czynnościowo raczej do układu roślinnego: podczas gdy chronaksje nerwów ruchowych i czuciowych człowieka są małe i wahają się w wąskich granicach (od 0,16 do 0,7 s), to chronaksja nerwu przedsionkowego przekracza 50 — 100-krotnie te wartości i jest zawarta w znacznie szerszych granicach (między 12 s a 22 s). W szczególności Bourguignon wykazał, że reakcja ośrodków naczynioruchowych wobec nowych podnieć (dielektroliza) stoi w ścisłym związku z chronaksją układu przedsionkowego. W dalszym ciągu okazało się, że różnica chronaksji przedsionkowej, stwierdzana u różnych ludzi, odpowiada różnicom w ich wzruszeniowości: ludzi pobudliwszych cechuje mała chronaksja (12—16 s), ludzi spokojniejszych — wyższa (17—22 s). Skrzypieńska wykonała rozległe badania nad chronaksją układu przedsionkowego w zależności od wieku, wzruszeniowości, warunków fizycznych i t. d. i uważa, że chronaksja przedsionkowa jest zależna między innymi także od stanu układu nerwowego roślinnego i układu gruczołowego wewnątrznym wydzieleniu. J. Hurynowiczówna mogła stwierdzić wpływ na chronaksję przedsionkową ciała, działających wybiórczo na układ nerwowy roślinny.

Ze błędnik może oddziaływać na układ roślinny, świadczą już takie oddawna znane zjawiska, występujące po podrażnieniu błędnika, jak błędnictwo i czerwienienie, ślinotoki, wymioty, zmiany żrenicy i t. d. Kohntam uważa, że objawy te są wynikiem przeniesienia bodźca z błędnika na nerw błędny. W ostatnich latach wielu autorów wykonało systematyczne badania co do

wpływu błędnika w zakresie różnych czynności roślinnych ustroju, a więc wszędzie tam, gdzie się stwierdza wpływ układu nerwowego roślinnego.

Badano wpływ błędnika na czynność żołądka i jelit. Zapisując ruchy żołądka zapomocą odpowiedniego balonika, Kremer stwierdził, że termiczne lub galwaniczne drażnienie błędnika wzmacnia i przedłuża skurcze żołądkowe. Spiegel i Démetriades wykazali, że drażnienie kaloryczne błędnika wzmacnia także ruchy wahadłowe jelita cienkiego i podnosi napięcie jego mięśniówki. Działanie błędnika na przewód pokarmowy ma być niezależne od działania jego na układ naczyniowy i ma się odbywać za pośrednictwem nerwu błędnego (Spiegel i Démetriades, LeHeux). Również i usunięcie błędnika pociąga za sobą zaburzenia w czynności żołądka i jelit (LeHeux i Kliym).

Wpływ błędnika na oddychanie badali u ludzi Allers i Leidelcr, którzy stwierdzili po kalorycznym podrażnieniu błędnika skrócenie fazy wdechowej i przedłużenie wydechowej. U królika natomiast Cantele, drażniąc błędnik bodźcami mechanicznymi i termicznymi, mógł stwierdzić tylko bardzo nieznaczne zmiany w oddychaniu.

Iwamoto badał wpływ błędnika na ciepłotę ciała: wycięcie obu stron błędnika u królika powoduje obniżenie temperatury, drażnienie zaś — podniesienie.

Poza tym Iwamoto badał wpływ błędnika na poziom cukru we krwi; przy obrotowym drażnieniu błędnika stwierdzało się obniżenie poziomu cukru we krwi.

Wyraźne zmiany żrenicy (*myosis*, później *mydriasis*) były wykazane zarówno po próbach obrotowej (Wodak), jak i po kalorycznym drażnieniu błędnika (Nelissen).

Również i wpływ błędnika na ciśnienie krwi został ustalony przez kilku badaczy.

O ile wiadomo, pierwsze badanie w tym zakresie wykonał Finckelburg, który badał u ludzi wahania w ciśnieniu krwi przy zmianach postawy ciała. Autor ten stwierdził, że w schorzeniach układu nerwowego, połączonych z zaburzeniami równowagi, z chwilą wystąpienia zawrotu głowy powstają pewne znamienne zmiany w ciśnieniu krwi, głównie wzrost ciśnienia rozkurczowego. Ze zmian tych autor wnioskuje, że chodzi tu o wzmożenie napięcia układu naczyniowego bez zmian istotnych w czynności serca. Z kolei Camis, badając wpływ błędnika na ciśnienie krwi, wykazał związek jego z nerwem błędnym: normalnie przy drażnieniu końca dośrodkowego przeciętego nerwu błędnego stwierdza się, że przy spadku ciśnienia krwi w tętnicy następuje rozszerzenie naczyń w kończynach (pletysmogram), a zwężenie ich — przy wzroście ciśnienia; natomiast po umiarkowanym usunięciu błędnika zjawiska te odwracają się. Camis uważa, że usunięcie błędnika działa w sposób podobny, jak usunięcie współczulnego unerwienia naczynioruchowego.

Kremer pierwszy stwierdził na drodze doświadczalnej, że drażnienie błędnika wywołuje u psa spadek ciśnienia krwi. W dalszym ciągu Spiegel i Démetriades w dokładnych badaniach na królikach dowiedli, że spadek ciśnienia krwi, następujący po drażnieniu błędnika (galwanicznym, kalorycznym i obrotowym), jest spowodowany przez rozszerzenie naczyń krwionośnych na obszarze tętniczym, unerwionym przez nerw trzewiowy. Badając drogi anatomiczne tego „odruchu przedsionkowo-roślinnego“, autorowie ci wykazali, że podczas gdy usunięcie wyżej położonych części układu nerwowego ośrodkowego, jak śródmózgowia, mózdzku (*mesencephalon*, *cerebellum*) i trzech jąder nerwu przedsionkowego (*Nucl. Deitersi*, *N. Bechterewi*, *N. Rollerii*), nie znosi działania błędnika na ciśnienie krwi, to po uszkodzeniu jądra trójkątnego (*Nucleus vestibularis triangularis*) działanie to nie daje

* Wg. Spiegela i Démetriadesa, Pflüg. Arch. f. d. ges. Physiologie 205, 329, 1924 i L. R. Müller, Lebensnerven und Lebensströme, 1931.

się już więcej stwierdzić. Na zasadzie tych wyników Spiegel przyjmuje, że podrażnienie nerwu przed-sionkowego przechodzi przez zakończenia jego w jądrze trójkątnym (*Nucl. triangularis*), a stamtąd drogą szlaku przedsionkowo-siatkowatego (*Tractus vestibulo-reticularis*, H e l d) przenosi się do utworu siatkowatego (*substantia reticularis*), gdzie są umieszczone także i ośrodki naczynioruchowe (L u d w i g, K a r p l u s i K r e i d l i t. d.). Przenoszenie bodźców tą drogą ma być tembardziej prawdopodobne, że ze wszystkich jąder nerwu przed-sionkowego *Nucleus vestibularis triangularis* leży najbliżej utworu siatkowatego. Poza tem małe komórki tego jądra trójkątnego wykazują największe podobieństwo do komórek ośrodków roślinnych, co przemawia także za ich udziałem w odruchu przedsionkowo-roślinnym (S p i e g e l).

Wspomniwszy, że poza spadkiem ciśnienia krwi Spiegel i D é m é t r i a d e s stwierdzali po drażnieniu błędnika także odpowiednie zmiany w ciśnieniu płynu mózgowo-rdzeniowego i w pletysmogramie mózgu.

Wpływ błędnika na ciśnienie krwi został stwierdzony również i u człowieka. W o t z i l k a mógł wykazać spadek ciśnienia krwi zarówno po próbie obrotowej, jak i po kalorycznym drażnieniu błędnika metodą B á r á n y e g o. W pewnych przypadkach chorobowych reakcja naczynioruchowa po drażnieniu galwanicznym błędnika jest szczególnie silna. Może dojść nawet do zapaści (M a n n, M i o d o Ń s k i), zwłaszcza u ludzi neuropatycznych lub po wstrząśnieniu mózgu.

M a r i n e s c o, D r a g a n e s c o, K r e i n d l e r i B r u c h badali szczegółowo reakcję układu krążenia człowieka po podrażnieniu błędnika przy próbie B á r á n y e g o, stwierdzając zarówno wpływ na czynność serca, jak i zmiany naczynioruchowe. Badając te odruchy przedsionkowo-roślinne (*réflexes vestibulo-*

végétatifs) w różnych schorzeniach układu nerwowego, autorowie wypowiadają przypuszczenie, że chodzi tu o przenoszenie podniety drogą układu nerwu błędnego i współczulnego.

* * *

Podając badania nad wpływem układu przed-sionkowego na ciśnienie krwi, mieliśmy na celu bliższe wejrzenie w mechanizm tego działania. W tym celu wykonaliśmy nasze badania w różnych warunkach doświadczalnych.

W pracy niniejszej chodziło nam przede wszystkim o rolę nerwów błędnych w powstawaniu spadku ciśnienia krwi po drażnieniu błędnika. W celu wyjaśnienia tego zagadnienia porównywaliśmy działanie błędnika przy nerwach błędnych zachowanych i po ich przecięciu.

Metodyka.

Doświadczenia nasze były wykonane na królikach, uśpionych uretanem (2 cm³ 25% roztworu uretanu na kg. wagi). Tętnicę szyjną zwierzęcia po jednej stronie łączyliśmy z manometrem rtęciowym L u d w i g a, zapisując na kimografjone rtęciowym wykres ciśnienia krwi.

Celem drażnienia błędnika stosowaliśmy podniecie zarówno galwaniczne, jak i kaloryczne. Jednocześnie z ciśnieniem krwi obserwowaliśmy także, jako sprawdzian podrażnienia błędnika, ruch kołowy gałki ocznej i oczonłós.

Przy drażnieniu galwanicznym błędnika stosowaliśmy prąd stały z przyrządu chronakcyjnego B o u r q u i g n o n a (konstrukcji W a l t e r a), a elektrody wprowadzaliśmy możliwie głęboko do przewodów usznych zewnętrznych. Przy stosowaniu podniet kalorycznych przestrzykiwaliśmy ucho wodą zimną (15° C.) lub ciepłą (do 50° C.). (Dok. nast.)

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

Z Kliniki Lekarskiej Uniwersytetu Jagiellońskiego.

(Dyrektor: Prof. Dr. Józef L a t k o w s k i).

Obecny stan nieswoistego leczenia bodźcowego cierpień gośćcowych.

Podał

Aleksander NEUMAN (Kraków).

I.

Nieswoiste leczenie bodźcowe jest metodą leczniczą nowoczesną, opartą, w przeciwieństwie do dawnych prób, na naukowych badaniach i niepowstała na drodze zwykłej empirji.

Pierwsze naukowe badania, tyżące się przedmiotu, sięgają końca ubiegłego stulecia.

W roku 1895, wstrzykując zwierzętom rozmaite zaczyny, uczynił K r e h l spostrzeżenie, że podwyższenie ciepłoty u zwierząt wywołują pewne domieszki, zbliżone do albumoz, co udało się wykazać bezpośrednio dla podpuszczki. Tenże autor przekonał się, że podwyższają ciepłotę u zwierząt również pozajelitowe wstrzykiwania ciał białkowych, czynią to zaś najintensywniej ciała z grupy albumoz. K r e h l i M a t t h e s przyjęli zatem, że ciepłotę u zwierząt podnoszą produkty roz-

padu hidrolitycznego białka; przekonali się również, że można do pewnego stopnia zastąpić działanie tuberkuliny deuterioalbumozami (trzeba użyć tylko większej dawki). Inni znów badacze, jak D e S i m o n e, H e y d e n r e i c h, F i n g e r, B u m m, M ü l l e r i F r a e n k e l, wykazali w swoich doświadczeniach powstrzymujący wpływ ciepłoty około 40°C. na rozwój różnych drobnoustrojów. F i l e h n e, C h e i n i s s e, R o v i a c h i e, L ö w y i R i c h t e r, K a s t, W e l c h i S i r o t i n i n spostrzegali też, że zwierzęta, sztucznie ogrzane, lepiej znosiły zakażenia i szybciej zdrowiały, niż zwierzęta oziębiane. Wywołując gorączkę u zwierząt i ludzi wstrzykiwaniami ciał białkowych, przekonał się L ü d t k e ok. r. 1909, że gorączka zwiększa i przyspiesza produkcję ciał odpornościowych (aglutynin, hemolizyn, dopełniaczy). Przytoczone badania pozwalały więc przypuszczać, że możnaby użyć w celach leczniczych wstrzykiwań ciał białkowych w chorobach zakaźnych (cyt. wg. prof. L a t k o w s k i e g o).

Niezależnie od tych badań niektórzy klinicyści, mając pewne wątpliwości co do swoistości działania szczepionek, zaczęli próbować wstrzykiwać szczepionek

nieswoistych oraz różnych ciał białkowych niebakteryjnego pochodzenia. Tak n. p. już wspomniany L ü d t k e (r. 1915), wstrzykując w przypadkach duru brzuszno-obok różnych szczepionek i deuterioalbumoz, uzyskał temi ostatnimi takie same, jeśli nie lepsze wyniki. P. S a x l, wstrzykując mleko w różnych chorobach zakaźnych, spostrzegał, zwłaszcza w durze brzuszno, po przejściowym wzniesieniu ciepłoty stałe lub przejściowe jej obniżenie. Nieco później H o l l e r przekonał się o wpływie dodatnim deuterioalbumoz w durze plamistym, durze brzuszno, tężcu i błonicy. G a l a m b o s, wstrzykując dożylnie deuterioalbumoz, szczepionki z prątków okrężnicy, dwoinek rzeżączki, gronkowców, jak również roztwory soli kuchennej, wykazał analogiczny wpływ tych ciał (cyt. wg. prof. L a t k o w s k i e g o).

Deuterioalbumoz wstrzykiwali w chorobach zakaźnych ponadto S t ö r c k, L e i n e r, Z u p n i k i inni. N o l f wstrzykiwał pepton. E n g l ä n d e r *natrium nucleinicum*. (cyt. wg. K ö n i g e r a).

Mleko wstrzykiwali dożylnie autorzy angielscy już w XVII w. W r. 1915 zastosował pierwszy mleko P. S a x l w durze brzuszno. Od tego czasu wstrzykiwanie mleka zyskały duże rozpowszechnienie i dały początek nazwanej przez R. S c h m i d t a proteino-terapii.

Próby wstrzykiwania szczepionek nieswoistych w durze brzuszno wzięły początek z licznych prób stosowania szczepionek swoistych. Jednym też z pierwszych który je zastosował, był F r a e n k e l (r. 1893), nieco później B r i e g e r i W a s s e r m a n n, zaś w r. 1902 P e t r u s z k y, który wstrzykiwał równocześnie surowicę przeciwdurową. Po pewnej przerwie zaczęli stosować szczepionkę durową w durze brzuszno liczni już autorzy, donosząc naogół o korzystnym wpływie na ciepłotę, czas trwania choroby, śmiertelność, powikłania, bądź częstość nawrotów (W r i g h t, L e i s h m a n, M e a k i n s i F o r s t e r, S m a l l m a n, A l l e n, S a d l e r, A r d i n - D e l t e i l, N e g r e i M. R e y n a u d, B o i n e t, T h i r l o i x, J o s n é i B e l l o i r, N e t t e r, C o u v i n e n t, K o c h a i x, B r e t, M o i l l a r d, M o i s s e t, F o r n e t, W e i l, B r a c h i F r ö h l i c h, M e y e r, L o e w y i W i l h e l m, S z e c s y, P e t r o v i c h i inni). Pierwsze próby leczenia szczepionkami nieswoistymi datują się też oddawna. W r. 1893 R u m p f miał dość dobre wyniki w przypadkach duru brzuszno, leczonych wstrzykiwaniami zabitych hodowli pałeczki ropy błękitnej. Jak wspomniałem, K r e h l i M a t t h e s w r. 1895 zaprzeczyli swoistości działania tuberkuliny. W r. 1908 G r e y E d w a r d s zastosował w zapaleniach rogówki szczepionkę gronkowcową. W r. 1911 R e n a u d stwierdzał wpływ szczepionek durowych na przebieg ropowicy, czyrączności, zapaleń otrzewny i zapalenia szpiku kostnego. Rozleglejsze próby leczenia szczepionkami nieswoistymi datują się jednak dopiero od r. 1914, zapoczątkowane przez spostrzeżenia R. K r a u s a. Autor ten, opierając się na badaniach swoich, D o e r r a, R o s e n a u a, A n d e r s e n a i A m i r a b i d z i e g o, wykazujących ścisłą swoistość procesu anafilaktycznego, próbował wstrzykiwać szczepionkę prątka okrężnicy w durze brzuszno u człowieka. Stwierdził on, że działanie tych szczepionek nie różniło się niczem od działania szczepionek durowych, tem samem, wedle zdania K r a u s a, upadło tłumaczenie specyficzne tego zjawiska. Stosowane na polecenie K r a u s a szczepionki prątka okrężnicy miały dawać

bardzo korzystne wyniki w posocznicy. B l o c h używał z powodzeniem szczepionki durowej w rzeżączkowo-zapaleniu stawów. Równowartościowość działania szczepionek swoistych i nieswoistych stwierdzili również D e c a s t e l l o, Z u p n i k, L e i n e r i A. M ü l l e r, posługując się rozmaitemi szczepionkami. C z y h l a r z i R e i b m a y e r spostrzegali korzystny wpływ szczepionek prątka okrężnicy, dwoinek rzeżączki i gronkowców na dur brzuszno. W e r n e r miał dobre wyniki, stosując szczepionki prątka okrężnicy w posocznicy i gorączce połogowej. I r r i b a r n a, M e r l o, M a r t i n e z, M a z z a, K r a u s, B a c a, P e y r a n o, C a l s a d a, A r g e r i c h i G u i t e r e s widzieli mniej lub więcej szybkie ustępowanie objawów chorobowych gorączki połogowej pod wpływem wstrzykiwania szczepionek z prątka okrężnicy (cyt. wg. prof. L a t k o w s k i e g o).

Z podobnych względów zaczęto stosować obok surowic swoistych surowice nieswoiste i normalne. Zastosowano surowicę przeciwbłonicy w różny i krwawiączo (W e i l), w zapaleniach oka (D a r i e r). E s c h, B u s s e, W e b e r i H u b e r wstrzykiwali krew odwołkioną u ludzi z chorobami krwi. R e i s s i H e r z (r. 1915) przekonali się, że surowica normalna podobnie działa w błonicy, jak surowica ozdrowieńców. Według S i n g e r a, C z y h l a r z a i N e u s t a d t l a wpływa na przebieg czerwony nie tylko surowica przeciwczerwonkowa, ale również surowica normalna końska. Próby stosowania w błonicy na propozycję S t r ü m p e l l a surowicy przeciwbłonicy, surowicy normalnej i roztworów soli kuchennej nie wykazały różnicy w działaniu. R u b i t s c h e k spostrzegał wpływ surowicy normalnej na przebieg duru osutkowego. Wpływ różnych surowic na choroby skórne spostrzegali M a y e r, L i n s e r, T r e u p e l, S p i e t h o f f, L u i t h l e n i inni. L u i t h l e n i S p i e t h o f f uzyskiwali u zwierząt wstrzykiwaniami surowic, ciał białkowych i innych koloidów wzmożoną odporność skóry na bodźce zewnętrzne. (cyt. wg. prof. L a t k o w s k i e g o).

Później zjawiały się publikacje donoszące o dobrych wynikach, uzyskiwanych zwierzęcą i ludzką surowicą normalną w różnych chorobach zakaźnych. W r. 1918 doniósł B i n g e l o 466 przypadków błonicy, leczonej zwykłą surowicą końską; nie zauważył on znaczniejszej różnicy w porównaniu z 471 przypadkami, leczonemi surowicą swoistą. (cyt. wg. K ö n i g e r a). Zagadnienie swoistości działania surowicy przeciwbłonicy jest po dziś dzień przedmiotem dyskusji.

Surowicy własnej przypisywano początkowo działanie swoiste, biernie uodparniające (K ö n i g s f e l d, V o r s c h ü t z, T e n c k h o f f). Z badań S p i e t h o f f a i innych wynika jednak, że surowica własna działa jako nieswoisty bodziec. (cyt. wg. K ö n i g e r a).

Podobne koleje, jak niektóre swoiste szczepionki i surowice, przeszło wiele innych środków. Tak np. preparatom koloidalnym srebra przypisywano działanie bakterjobójcze, elementem czynnym miał być metal. Badania B ö t t n e r a, K r a m a r a, T o m e s i k a, B e c h h o l d a i innych wykazały jednak, że czynnikiem działającym jest koloid ochronny, więc białko, stąd zdaniem wymienionych autorów działanie tych preparatów jest łagodną proteinoterapią. (cyt. wg. K ö n i g e r a).

Równocześnie z wspomnianymi doświadczeniami starano się znaleźć tłumaczenie powyższych faktów i wyjaśnienie istoty działania tej nowej metody leczniczej. Wobec przytoczonych wyżej badań nad działaniem pod-

wyższej ciepłoty na organizmy żywe bliska była myśl, że głównym czynnikiem leczniczym jest podwyższona ciepłota. Zwolennikami tego poglądu byli S a x l i K y s l e. Okazało się jednak, że podwyższona ciepłota nie jest nieodzownym warunkiem wyniku leczniczego. (prof. L a t k o w s k i).

Drugim obok gorączki objawem, zwracającym na siebie uwagę, były odczyny ogniskowe, którym wielu autorów przypisuje duże znaczenie lecznicze. R. M ü l l e r tłumaczył powstawanie tych odczynów miejscowym odczynem anafilaktycznym (prof. L a t k o w s k i). R. S c h m i d t rozróżnia łazę dodatnią, polegającą na spotęgowaniu stanu zapalnego w ognisku chorobowym, oraz wprost przeciwną łazę ujemną. Wychodząc z tych dwóch zasadniczych objawów uważa B i e r za istotne dla metody leczniczej „leczniczą gorączkę” i „lecznicze zapalenie”. Dla metody leczniczej stwarza nazwę „lecznicze bodźcowe”.

Opierając się na stwierdzonym przez siebie fakcie, że wstrzykiwanie produktów rozkładu białka powoduje wzmożenie wydzielania gruczołów, dopatrywał się W e i c h a r d t istoty działania wstrzykniętych ciał białkowych w „uczynieniu protoplazmy wszystkich komórek”. Wydaje się jednak słuszne zdanie R. S c h m i d t a, że ujmowanie odczynów, jak również wyników leczniczych jako wyniku tylko wzmożonych czynności komórek, zaś sprawy chorobowej jako skutku tylko ich zahamowania jest zbyt schematyczne.

Liczne badania nad działaniem wstrzykniętych ciał białkowych i podobnie działających środków wykazały liczne obok już przytoczonych działania na czynności ustroju. Tak stwierdzono wpływ na gospodarkę wodną (S t r a u b i K r o e t z, M e y e r - B i s c h, A r n o l d i), za zasób zasad, odczyn krwi i gospodarkę elektrolitami (K r o e t z, R e g e l s b e r g e r, P a r t h o n, W a l t e r), na czynności układu siateczkowo-śródbłonkowego (S i e g m u n d, O e l l e r, H a e n d e l, S e n s r o t h), na obraz ciałek białych krwi (S c h i t t e n h e l m, W e i c h a r d t, G r i s s h a m m e r, R. S c h m i d t, V i t a l o n e, S t r o b l, S p o n g i t z, H i r s c h, S p e k t o r o w s k y, N i s s e n, W i s e m a n n, L a u d a n), zawartość białka w ciałkach czerwonych (V o r s c h ü t z), ilość włókna we krwi, czas krwawienia i krzepnięcia (prof. L a t k o w s k i, M u n k, M u n c k e, H o l z w e i s s i g, S t a h l, C o l o m b o, B o s s h a m m e r, F a l k e n h a u s e n, K n o s p), na uruchomienie zaczynów (P e t e r s e n), produkcję ciał odpornościowych (L ü d t k e, P f a l z, R o s a n o w, L i n g, M a t s u d a, Y o s h i m o t o, C i a r a m e l l a, J a g g i, G e l e r a, W o l f f, K l o p s t o c k), przemianę materji, w szczególności białka i cukru (L e s c h k e, K ö n i g e r, M e y e r, F i s c h e r, B u t o n e v, A r n o l d i, P o l l i t z e r, A r n s t a d, L ö h r, G o t t s c h a l k, F r e u n d, C h a h o v i t s c h, H ö g l e r, S t e r n, V o l l m e r), przemianę gazową (R e g e l s b e r g e r, N a k a z a w a, L e i n d o r f, V o l l m e r, B u n g l e r) i inne. (cyt. wg. prof. L a t k o w s k i e g o, K ö n i g e r a i R. S c h m i d t a).

Przytoczone tak wielostronne działania, tyjące się czynności ustroju, odgrywających dużą rolę w jego nieswoistej odporności, muszą mieć duży wpływ na sposób oddziaływania ustroju na czynniki zewnętrzne i wewnętrzne. W tym duchu zrozumiana nowa metoda lecznicza zostaje też nazwana leczeniem „ergotropowym” (G r o e r) lub leczeniem „przestrzajającym”.

Pojęcie „zmienione oddziaływanie ustroju”, wzgl.

„przestrojenie ustroju” zawiera jednak tylko sumę zdarzeń, zachodzących w ustroju pod wpływem podania pewnych leków, nie tłumaczy zupełnie mechanizmu ich powstania. Dlatego też powstają różne tłumaczenia chemiczne i fizyczno-chemiczne.

R. S c h m i d t przyjął jako czynnik pierwotny działanie produktów rozkładu białka. Środki niebiałkowe, posiadające zdolność wywoływania odczynów, miały, jego zdaniem, działać drogą rozpadu białka ustrojowego. Wychodząc z tego założenia, nazwał metodę leczniczą proteinoterapią, zaś środki niebiałkowe, działające podobnie do wstrzykniętych ciał białkowych, nazwał „równoważnikami ciał białkowych”. W rzeczywistości różne środki, wstrzyknięte pozajelitowo, wywołują w różnym stopniu rozkład białka ustrojowego, zwłaszcza w wątrobie (P i c k i H a s h i m o t o). Przeciwnie ujęciu S c h m i d t a przemawia jednak to, że nieswoiste działania, a nawet odczyny ogólne i ogniskowe można wywołać środkami, które nie wywołują rozpadu białka (K ö n i g e r).

Tę samą słabą stronę ma teoria chemiczna F r e u n d a (cyt. S c h m i d t). Autor ten uważa, że z rozpadających się pod wpływem nieswoistych bodźców płytek krwi wyzwalają się ciała nietrwałe, hamujące oraz dłużej działające ciała, pobudzające nerwowy układ roślinny; mają one być, zdaniem F r e u n d a, przyczyną dwufazowego przebiegu odczynów. Ujęcie odczynów jako wyrazu dwufazowego wahania w napięciu układu nerwowego roślinnego, przynajmniej w części ich objawów, jest dość powszechne (K ö n i g e r, H o f f, S t a h l, S c h m i d t); tak, według L u k a c z a (cyt. S c h m i d t), faza ujemna (spadek ciepłoty, zwolnienie tętna, obniżenie ciśnienia, zmniejszenie liczby ciałek białych we krwi, alkaloza) ma być wynikiem pobudzenia układu parasympatycznego, zaś odwrotnie przebiegająca faza dodatnia ma być wyrazem pobudzenia układu współczulnego. Rozpad płytek po wstrzyknięciu niektórych ciał jest faktem stwierdzonym (prof. L a t k o w s k i, S t a h l, C o l o m b o, B o s s h a m m e r).

Wspomniano wyżej o badaniach nad zmianą odczynu krwi oraz zachowaniem się elektrolitów. Z badań K r o e t z a wynika mianowicie, że przy leczeniu przestrojającym zachodzą przesunięcia w równowadze jonów komórek i soków (transmineralizacja). W osoczu krwi zachodzą też zmiany koloidalne, silnie występujące zwłaszcza po wstrzykiwaniach dożylnych, mogące doprowadzić do odczynów podobnych do swoistych odczynów anafilaktycznych; zmiany te wyrażają się między innymi zmianami dyspersji ciał białkowych oraz przyspieszeniem odczynu opadania krwinek czerwonych po przejściowym krótkim jego zahamowaniu (K ö n i g e r). Dwa fakty czynią prawdopodobnym, że właśnie te zmiany koloidalne stanowią punkt zapalenia środków leczenia bodźcowego: 1) podobny do pewnego stopnia sposób działania rozmaitych środków, 2) ścisły związek między ich działaniem a sposobem pozajelitowego ich wprowadzenia do ustroju (S c h m i d t).

Prof. L a t k o w s k i (Spr. z pos. Krak. Tow. Lek. 1917) podał w r. 1917 tłumaczenie działania proteinoterapii zmianą stanu fizycznego protoplazmy. W r. 1918 w pracy, poświęconej temu zagadnieniu, przedstawia je prof. L a t k o w s k i w ten sposób, że przyjmuje za podstawę działania leczniczego pozajelitowo wprowadzonych ciał białkowych wzajemne oddziaływanie ich na jady i komórki w sensie adsorpcji, wzgl. zmian skupienia koloidów. Wprowadzony w celach leczniczych

koloid powoduje zmniejszenie przepuszczalności zewnętrznych warstw komórek dla czynników szkodliwych; czynniki szkodliwe (jad pozaustrojowy, jak również ciała, powstałe wskutek działania tego jadu), ulegają zubożeniu albo wprost w sposób fizyczny (agregacja ich cząstek), albo przez fermenty ochronne, pod wpływem wprowadzonych ciał się tworzące; dzięki temu protoplazma wraca do normy, w czym dopomaga jej bezpośrednio działanie wprowadzonych ciał białkowych, zmieniając jej stan fizyczny.

Później dopiero (w r. 1920) W i d a l tłumaczył działanie proteinoterapii wstrząsem koloidoklastycznym.

W teorii swej prof. L a t k o w s k i przyjmuje oprócz „przestrojenia ustroju” możliwość bezpośredniego zubożenia jadu. Stanowisko to nie jest obecnie odosobnione. Opierając się na pracach L i c h t w i t z a, W i e c h o w s k i e g o, S t a r k e n s t e i n a, D ö l l k e n a i H e r z g e r a, uważa K ö n i g e r (r. 1930), że możliwym jest, że niektóre zjawiska zahamowania, wzgl. wzmożenia działania jadu są spowodowane adsorbcją jadów przez ciała białkowe.

Pojęcie „przestrojenie ustroju” jest bardzo rozległe. W następstwie tego poglądu należałoby, za przykładem K ö n i g e r a, podciągnąć pod grupę środków, działających „przestrzajająco”, także inne środki, działające ogólnie, jak środki przeciwgorączkowe, ogólnie tonizujące, hormony, witaminy i t. p. Abstrahując jednak od zagadnienia, czy punkt zaczepienia działania rozmaitych środków jest ten sam, oraz czy różnice w działaniu tych środków są tylko głównie ilościowe, wydaje się do pewnego stopnia możliwe wyodrębnienie pewnej grupy środków, działających ogólnie. Środki te wywołują ogólne i ogniskowe odczyny, przejściowy stan, imponujący obserwatorowi jako „choroba”; cecha ta nadaje wymienionym środkom odrębny, odróżniający od innych środków, ogólnie działających, rzucający się w oczy charakter. Ze względu na analogję do czynnika chorobotwórczego, a zarazem dla odróżnienia od swoistych czynników chorobotwórczych wydaje się słuszne przyjęcie dla czynnika, wywołującego te stany, nazwy B i e r a „nieswoisty bodziec”, zaś dla metody leczniczej, operującej temi bodźcami, przyjęcie nazwy nieswoistego leczenia bodźcowego. Z przytoczonego rozumowania wynika odrębność pojęcia „nieswoistego leczenia bodźcowego”: środki nieswoistego leczenia bodźcowego nie działają organotropowo, lecz ogólnie przestrzajająco na ustrój; od innych środków, działających ogólnie, odróżniają się zdolnością wywoływania odczynów ogólnych i ogniskowych; od środków swoistych (w znaczeniu bakterjologicznym) odróżniają się one brakiem swoistości.

Prof. L a t k o w s k i podkreśla w pracy z r. 1931 podobieństwo odczynów, wywołanych „bodźcami”, do odczynów biologicznych, wywoływanych zwykłymi czynnikami zewnętrznymi, n. p. energią promienistą. Tę biologiczną metodę leczniczą proponuje prof. L a t k o w s k i nazwać leczeniem za pomocą ogólnego odczynu ustrojowego, który można wywołać najrozmaitszymi środkami. Powyższe określenie odpowiada istocie nieswoistego leczenia bodźcowego: zaznacza jego ogólne działanie na ustrój i cechę nieswoistości, podkreśla jej istotny składnik — odczyn ustroju.

Wydać się bardzo prawdopodobnym ze względu na liczne podobieństwa w działaniu wymienionych bodźców, że wyosobnienie środków, działających za pomocą ogólnego odczynu, z pośród środków, działających ogólnie, jest również ze względów teoretycznych uzasadnione. S t a r k e n s t e i n tłumaczy podobieństwo

działania ciał koloidalnych i hiper- oraz hipotonicznych roztworów krystaloidów tem, że przyjmuje dla obydwu jako źródło działania na wszystkie komórki ustroju zmiany w stosunku krystaloidów i koloidów ustroju i wymianę pomiędzy płynami ciała a białkiem protoplazmy. Według prof. L a t k o w s k i e g o (r. 1934), powstające pod wpływem naświetlania, czy wstrzykiwań zmiany fizyczno-chemiczne w surowicy, czy w drobinie białka, czy też rozpad komórek, powstały pod wpływem wstrzykiwań, są przyczyną podobnych odczynów, „które może tylko pod względem ilościowym, a nie jakościowym różnią się i wytwarzają te same lub podobne ciała, czy też pod wpływem tych reakcyj istniejące w ustroju ciała chemiczne zmieniają swe działanie, lub działanie tych ciał staje się silniejsze”.

Pojęcie nieswoistego leczenia bodźcowego daje się więc dość ściśle określić, trudno jest jednak z pewnych względów ująć środki tego leczenia w ściśle ograniczoną jednolitą grupę.

Początkowo sądzono, że liczne środki leczenia bodźcowego działają prawie zupełnie taksamo, i że jeden środek można zastąpić przez drugi. Badania liczne przemawiają jednak przeciw temu. Tak n. p. B u c h n e r, K r e h l, M a t t h e s, S c h i t t e n h e l m, W e i c h a r d t i inni wykazali, że rozmaite ciała białkowe w różnym stopniu działają na powstanie gorączki. D ö l l k e n spostrzegał wyraźny wpływ szczepionki prątka ropy błękitnej na kilaki, gdy szczepionka *b. pseudodiphtheriae* nie wywierała na nie żadnego wpływu. Mleko i żelatyna wpływają na krzepnięcie krwi, szczepionki, zdaje się, nie wpływają na ten proces zupełnie (cyt. wg. K ö n i g e r a). Po zastosowaniu środków przeciwgorączkowych i narkotyków spostrzegano odczyny ogniskowe i ogólne w chorobach zakaźnych (K ö n i g e r). Dla ścisłości należy również zaznaczyć, że nie można dla niektórych „bodźców” wyłączyć w ich działaniu istnienia pewnej składowej swoistej lub organotropowej. Nagromadziło się dużo podobnych faktów w miarę zjawiania się nowych środków a także wielu preparatów, w różny sposób z różnych środków kombinowanych.

K ö n i g e r ogranicza się z wymienionych względów do ogólnego pojęcia „leczenie przez przestrojenie”. Dla wskazań lekarza nie może być jednak obojętne, czy ten lub ów środek wywołuje przejściowe, słabiej lub silniej zaznaczone odczyny. Toteż ze względów praktycznych wydaje się konieczne ujęcie tych środków w osobną grupę, jakkolwiek w dzisiejszym stanie wiedzy w tej dziedzinie dokładne wytyczenie jej granic jest niemożliwe.

A więc nieswoiste leczenie bodźcowe, względnie leczenie zapomocą ogólnego odczynu ustrojowego rozwinęło się ze swoistego leczenia surowicami i szczepionkami poprzez leczenie wstrzykiwaniami ciał białkowych i innych. Odrębność nieswoistego leczenia bodźcowego leży w jego działaniu ogólnym, przestrzajającym ustrój, w jego zdolności wywoływania odczynów ogólnych i ogniskowych oraz w braku swoistości. Istota działania różnych bodźców polega na wywołaniu odczynów ustroju, powodujących zmianę jego sposobu oddziaływania, przyczem prawdopodobnie punktem wyjścia ich działania są zmiany w koloidach ustroju; być może, że w pewnych przypadkach mogą one też bezpośrednio działać na jady. Ujęcie środków leczenia bodźcowego nieswoistego w odrębną, ściśle ograniczoną grupę okazało się do dzisiejszego dnia rzeczą bardzo trudną, jest jednak chociażby w nieścisłej formie ze względów praktycznych wska-

zaną. Działania różnych nieswoistych bodźców nie są identyczne.

II.

Wedle pojęć współczesnej patologii choroba jest wynikiem ścierania się dwóch zasadniczych elementów: czynnika chorobotwórczego i sił obronnych ustroju, rozstrzygających o jego sposobie oddziaływania. Leczenie przestrajające jest więc, pomijając nawet jego ewentualne zdolności bezpośredniego zobojętniania czynnika chorobotwórczego, do pewnego stopnia leczeniem przyczynowym, które z natury rzeczy musi mieć bardzo szerokie wskazania. Leczenie nieswoiste bodźcowe wywołuje też w ustroju odczyny ogniskowe, którym wielu autorów przypisuje znaczny udział w działaniu leczniczym (B i e r, F i s c h e r, K ö n i g e r, R. S c h m i d t i inni). Dlatego też próbowano metody leczenia za pomocą ogólnego odczynu ustrojowego w rozmaitych schorzeniach, szczególnie odznaczających się miejscowymi odczynami chorobowymi, jak n. p. w chorobach stawów. Tak n. p. prof. L a t k o w s k i (r. 1917), stosując wstrzykiwania nieswoistych szczepionek, deutoalbumoz, *natrium nucleinicum*, mleka i sernika, uzyskał korzystny wpływ na zapalenie stawów gośćcowe, zniekształcające i rzeżączkowe, zapalenie nerwów, zapalenie okostny, zapalenie gardła, ślinianek przyusznych, mięśnia sercowego i osierdzia, wypryski ostre i przewlekłe, zapalenie woreczka żółciowego, ostre niezżyty przewodu pokarmowego, czerwone, dur brzuszny i posocznicę. Prof. L a t k o w s k i widział już w r. 1917 lepsze wyniki lecznicze w chorobach z miejscowymi ogniskami chorobowymi, jak zapalenie stawów, zapalenie ślinianek, ostre i przewlekłe wypryski i t. d., i stwierdził wówczas, że choroby z ogniskowymi objawami nadają się szczególnie do leczenia bodźcowego.

W patogenezie schorzeń gośćcowych wchodzi w rachubę: ogólny konstytucjonalizm (H i s, L o m m e l, H. S t r a u s s, B i e d l, B a u e r, W i e s e l i inni), miejscowe usposobienie tkankowe (H u e c k i U m b e r), zaburzenia przemiany materii i elektrolitów, zaburzenia w wydzielaniu wewnętrznym, oraz czynniki zewnętrzne: działanie zimna i wilgotnego powietrza oraz przede wszystkim zakażenie, przyczem, być może, zachodzą ogniskowe procesy alergiczne (F r e i b e r g, M o n t g o m e r y, I r w i n e J o n e s, S m a l l, T o d d, F r i e d b e r g e r, F a b e r, S k i n, B e r g e r, S w i f t, Z i n s s e r, B r a n d e s i inni), ewentualnie na drodze zakażenia z pierwotnych ognisk bakteryjnych (H u n t e r, B i l l i n g, R o s e n o w, R u h m a n n, B ä s s l e r i inni) (cyt. wg. prof. L a t k o w s k i e g o). Na wszystkie wymienione czynniki etiologiczne może mieć wpływ leczenie przestrajające i bodźcowe.

Najwięcej uznana jest dziś teoria zakaźnej i alergicznej etiologii przynajmniej części schorzeń gośćcowych. K ö n i g e r uważa, że do leczenia schorzeń zakaźnych i alergicznych nadają się szczególnie preparaty białkowe ze względu na ich długi czas działania (do trzech dni).

Wstrzyknięte białko ulega pozajelitowemu rozkładowi. Produkty rozkładu tego białka można wykazać we krwi (H a h n); są to albumozy, peptony, polipeptydy i ciała aminowe (P f e i f f e r, N o s h i m u r a). Nie jest jeszcze rzeczą jasną, gdzie się to trawienie odbywa; K l e i n m a n n nie znajdował po pozajelitowym wstrzyknięciu białka zmian w składzie zaczynów krwi; pewne spostrzeżenia, jak wydzielanie się obcego białka z żółcią w 25 minut po wstrzyknięciu (M a t s u d a),

oraz przedłużenie procesu rozkładu białka po zablokowaniu układu siateczkowo-śródbłonkowego (B o o n e, M a u w a r i n g) przemawiają jednak za tem, że w tem trawieniu odgrywają pewną rolę narządy jamy brzusznej (cyt. wg. S t e j s k a l a).

Do najbardziej rozpowszechnionych środków białkowych należy mleko. Wywołuje ono odczyny dzięki zawartości 4-ch ciał białkowych (sernika, laktoglobuliny, laktalbuminy, białka rozpuszczalnego w alkoholu) oraz flory saprofitycznej, złożonej głównie z prątka okrężnicy i paciorkowca. Niektórzy autorzy wymieniają wprawdzie jako ujemną stronę niestałość składu mleka, dotyczącą ciał białkowych oraz zawartości drobnoustrojów i ich zmienności przy gotowaniu (S t i n t z i n g, K ö n i g e r i inni); inni podnoszą jednak, że mleko jest tanie, łatwo dostępne, i że stosowanie mleka nie wywołuje lęku u chorego (R. S c h m i d t, prof. L a t k o w s k i). Początkowo próbowano stosowania nie tylko mleka krowiego, ale również koziego i ludzkiego (prof. L a t k o w s k i). Do wstrzyknięcia przygotowuje się mleko w ten sposób, że gotuje się je przez 10 minut na kąpieli wodnej w naczyniu szklanym, zatkanym watą. Z gotowych preparatów mleka, wywołujących podobnie bardzo silne odczyny wymienia S c h m i d t abijon (sterylizowane mleko w ampułkach), hypertherman (jałowe mleko, zawierające w 1 ccm 1000 milionów prątków okrężnicy, wyhodowanych z mleka) i aolan (odtłuszczony, pozbawiony bakterij roztwór ciał białkowych mleka). Najsilniejsze odczyny wywołuje zwykłe kupne mleko, najsłabsze aolan.

Dużą rolę odgrywa sposób podania. Najgwałtowniej działa wstrzyknięcie dożylnie, bardzo szybko również dokórne, zaś po zastosowaniu domięśniowym i podskórnym działanie jest wolniejsze (K ö n i g e r). V i t a l o n e stwierdzał po dożylnym podaniu mleka najczęściej zwiększenie liczby wielojądrzastych komórek we krwi, S p e k t o r o w s k y po podskórnym wstrzyknięciu spostrzegał najczęściej leukopenię; według L a u d a n a po dokórnym zastosowaniu mleka okres zmniejszenia liczby ciałek białych jest znacznie dłuższy i silniej zaznaczony, niż po wstrzyknięciu podskórnym, zaś drugi okres, zwiększenia liczby wielojądrzastych jest słabo zaznaczony (cyt. wg. S c h m i d t a). W piśmiennictwie zjawiają się doniesienia o przypadkach ciężkich wstrząsów po środkach, zawierających białka mleka (H e r z h o l z, O r t m a n n, S c h m i d t); występują one najczęściej po wstrzykiwaniach dożylnych. Z tego względu odradza K ö n i g e r stosowania dożylnego. Po wstrzykiwaniach domięśniowych wstrząsy występują jednak bardzo rzadko (prof. L a t k o w s k i, S c h m i d t, D o n a t h, E. F r e u n d). Wstrzykiwania podskórne wywołują bolesny odczyn miejscowy. Wstrzykiwania dokórne, zapoczątkowane aolanem przez E. F. M ü l l e r a (0.2 — 0.3 ccm), wywołujące martwicę komórek skóry, nie są jeszcze dostatecznie opracowane (K ö n i g e r). Dlatego też najpowszechniej stosuje się wstrzykiwania domięśniowe w dawkach 5—10 ccm. W sprawach podostrych i przewlekłych stosuje prof. L a t k o w s k i, jak i wielu innych autorów, dawki mniejsze.

W częstoci powtarzania wstrzykiwań kierują się wszyscy autorzy przebiegiem odczynu. Stosują się oni do zasady, że nie powtarzają wstrzyknięcia aż do zupełnego wygaśnięcia poprzedniego odczynu, przyjmując na ogół jako wskaźnik zachowanie się ciepłoty. R o l l y i W e i c k s e l (cyt. S t i n t z i n g) kierują się spadkiem liczby ciałek białych krwi do normy. Według

Schmidt a można wstrzykiwać już w przerwach 1 — 2-dniowych. Wielu autorów przyjmuje, że w sprawach przewlekłych przerwy winny być dłuższe. W klinice lekarskiej U. J. wstrzykuje się w ostrym gościcu co 2 — 3 dni, w sprawach podostrych i przewlekłych co 4 — 6 dni (prof. Latkowski).

Odczyny po wstrzykiwaniach mleka mają, według spostrzeżeń prof. Latkowskiego, przebieg następujący:

Odczyn miejscowy pod postacią bólu w miejscu wstrzyknięcia, nigdy pod postacią nacieku, nie bywa nigdy bardzo silny. Ból utrzymuje się 24 — 48 godzin po zabiegu.

Odczyn ogólny: kilka godzin po wstrzyknięciu zjawia się zwykle podniesienie ciepłoty, przeciętnie o 1° — 2°C. , wśród mniej lub więcej silnych dreszczy, niekiedy bólu głowy i bólów w kościach. Ciepłota osiąga najwyższy punkt po 5 — 8 godzinach, spada zwykle w dniu następnym, czasem po 2 — 3 dniach. Tętno i ciśnienie krwi nie ulega wybitniejszym zmianom. We krwi zjawia się zwykle leukocytoza. Wzmaga się ilość oddawanego moczu. W moczu zjawia się czasem przejściowo białko surowicze. Odczynu dwuazowego, ani wzmoczenia urobilogeny w moczu nie stwierdza się.

Odczyn ogniskowy polega na wzmożeniu bólu w zajętych stawach w okresie wznoszenia się ciepłoty.

Po ustąpieniu odczynów zmniejsza się bolesność, czemu towarzyszy nawet euforia.

Na rynku farmaceutycznym znajdują się ponadto preparaty, zawierające poszczególne białka, wchodzące w skład mleka, nie zawierające drobnoustrojów. Wywołują one naogół słabsze odczyny. Tak n. p. caseosan zawiera czysty sernik w 5% roztworze; wywołuje on jednak czasem przy stosowaniu dożylnym gwałtowne odczyny ogólne. Według Spirya caseosan ma dawać szczególnie dobre wyniki w podostrych i przewlekłych schorzeniach zapalnych stawów. Można go stosować podskórnie, domięśniowo (0.5 — 3.0 ccm) lub dożylnie (0.25 — 1.00 ccm) w przewlekłych zapaleniach stawów i nerwobólach w dawkach niedużych. Wśród wielu innych podobnych preparatów szczególnie rozpowszechniony jest polecany w schorzeniach gośćcowych przez Zimmera preparat yatren-casein, zawierający obok sernika kwas jodoksychinolosulfonowy. Identyczny jest preparat krajowy yochinol-casein (Halpern).

Widząc wiele pogorszeń schorzeń stawowych po stosowaniu silnych odczynów, przyjął Zimmer zasadę stopniowego powiększania dawki leczniczej, t. zw. Schwellenreiztherapie, motywując ją za Bierem prawem biologicznym Arndta i Schultza, że słabe bodźce pobudzają czynności żywego ustroju, zaś silne hamują. Istotę tej metody stosowania leczenia bodźcowego stanowi wywoływanie odczynów, mieszczących się na granicy ich klinicznej spostrzegalności. W myśl tej zasady poleca Zimmer domięśniowe stosowanie małych dawek yatren-kazeiny: w sprawach ostrych 2 — 5 ccm, w podostrych 0.5 — 1.0 ccm, w przewlekłych 0.30 — 0.75 ccm y. c. słabej, w *arthritis deformans* 0.10 — 0.75 ccm. Wstrzykiwania powtarza wymieniony autor w schorzeniach ostrych co drugi dzień, w przewlekłych co 3 do 5-ciu dni. Zasada „Schwellenreiztherapie” rozpowszechniła się wśród autorów niemieckich, szczególnie w leczeniu przewlekłych zapaleń stawów (Kowarschik, Donath i inni), zgadza się ona poniekąd z zapatrywaniem niektórych autorów, polecających leczenie szczepionkami (Crowe, Pemberton, Gray i Gowen, Buckley, Fischer).

Z drugiej jednak strony wielu poważnych autorów stosuje wyraźne lub nawet silne odczyny ogólne i ogniskowe (prof. Latkowski, Munk, E. Freund, J. Bauer, R. Schmidt i inni).

Poglądy na wartość nieswoistego leczenia bodźcowego schorzeń gośćcowych są bardzo rozbieżne, wahają się między zupełnym prawie pomijaniem tej metody leczniczej a bezkrytycznym jej stosowaniem. Dla odpowiedzi na pytanie, czy rzeczywiście leczenie nieswoiste jest skuteczne, trzeba je porównać z tak skutecznym środkiem, jakim są związki kwasu salicylowego.

Znanem jest, że w ostrych chorobach zakaźnych wstrzyknięcie mleka lub ciała do niego podobnych może spowodować po ustąpieniu odczynu trwały lub przejściowy spadek ciepłoty i ustąpienie innych objawów choroby. Można się spodziewać tego skutku również po zastosowaniu nieswoistego leczenia bodźcowego w ostrym gościcu wielostawowym, schorzeniu o przebiegu podobnym do ostrych schorzeń zakaźnych. I rzeczywiście, próby stosowania mleka i innych ciał białkowych wykazały skuteczność tej metody leczniczej w leczeniu ostrego gościa stawowego i podostrych zapaleń gośćcowych stawów. Skuteczność leczenia nieswoistego potwierdzają również próby, czynione przy pomocy wstrzykiwań szczepionek, surowic, roztworów koloidalnych srebra, roztworów hipertonicznych soli itp. Tak np. Munk spostrzegł po dwu do czterech wstrzyknięciach 20—40 ccm argoflawiny spadek ciepłoty i ustępowanie objawów ogniskowych. Sävecke miał dobre wyniki, wstrzykując w przypadkach ostrego gościa 1% argochrom, co trzy do pięciu dni 6 — 10 ccm dożylnie. Korbsch poleca argochrom z salicylem, Pick preparat złota triphal (Schwenkebecher i Eimer), Derfl, wstrzykując przez szereg dni domięśniowo codziennie 5 ccm elektrargolu, spostrzegł ustępowanie gorączki, bólów i obrzęku stawów niekiedy już po 3 dniach. Molnar i Viola donoszą o dobrych wynikach, uzyskanych siarką (Schwenkebecher i Eimer). W leczeniu ostrego gościa znalazły również zastosowanie wstrzykiwania krwi własnej; Absalomow, stosując autohemoterapię podskórną, miał dobre wyniki w 66 przypadkach ostrego gościa; Chelow, wstrzykując w 103 przypadkach ostrego gościa wielostawowego 3 — 10 ccm krwi własnej chorego co 2 — 3 dni, spostrzegł szybkie ustępowanie objawów przedmiotowych i podmiotowych, ogólnych i miejscowych, zwykle już w 5-tym dniu choroby; przebieg części przypadków, leczonych równocześnie salicylem, miał nie różnić się od pozostałych. Również surowica wysoko-gorączkujących chorych na ostry gościec stawowy (Karpi) oraz surowica ozdrowieńców (Vezér) miały dawać dobre wyniki. Z autorów amerykańskich stosowali w ostrym gościcu szczepionki paciorkowcowe dożylnie z dobrym wynikiem: Clawson i Fahr, Swift, Hitschok, Derick i McEwen (cyt. Wetherby i Clawson). Richet, Facquet i Davons uzyskiwali dobre wyniki w przypadkach ostrego i podostrego gościa, stosując szczepionkę prątków Duceya, dmecos. Wiadomo jest, że, jak różne inne roztwory hipertoniczne soli (Bier), działają również bodźcowo roztwory soli wapnia (prof. Latkowski). Podając w 55 przypadkach ostrego gościa stawowego codziennie 10 ccm calcium-Sandoz dożylnie obok dużych dawek salicylanu sodowego, spostrzegł Zenow korzystny wpływ wstrzykiwań na przebieg choroby; autor podaje, że w czasie leczenia zjawiały się odczyny ogniskowe. Zim-

m e r, stosując yatren-casein w części swego dużego materiału (przeszło 1900 chorych), dotyczącej podostrych pozostałości po ostrym gościec stawowym, uzyskała ustąpienie objawów w 91% przypadków.

Z drugiej strony metoda wstrzykiwań środków, wywołujących przykre odczyny ogólne i ogniskowe, wydawać mogłaby się w wielu przypadkach niepotrzebną wobec rozporządzania tak skutecznym środkiem, jakim jest salicylan sodowy. Zdarzają się jednak przypadki, nieoddziaływające na związki kwasu salicylowego i podobne środki. Z przytoczonych spostrzeżeń, jak również ze spostrzeżeń, poczynionych w klinice lekarskiej U. J., wynika, iż w przypadkach ciężkich, nieoddziaływających na środki „przeciwościścowe”, niezaprzeczalne znaczenie ma nieswoiste leczenie bodźcowe.

Nieswoiste leczenie bodźcowe przewlekłych gośćcowych schorzeń stawowych obiecywało w początkach swego istnienia dużo, później dało powód do wielu rozczarowań, tak, że ostatnio niektórzy autorzy (S c h o b e r i V e i l) zarzucają tę metodę leczniczą. Nie brak jednak i takich lekarzy, którzy i teraz, polecając ten lub ów środek, ogłaszają entuzjastyczne publikacje.

W postaciach zapalnych przewlekłych schorzeń stawowych odsetki wyleczeń zmian stawowych, uzyskane przez różnych autorów różnymi środkami nieswoistego leczenia bodźcowego, są rozmaite, w stosunku do poszczególnych środków często sprzeczne, u prawie wszystkich jednak nie są wysokie. M e k l, P e r l s oraz R o c h polecają stosowanie wstrzykiwań ciał białkowych w przewlekłych zapaleniach stawów, opierając się na własnych próbach, poczynionych z roztworem sernika. A n t u r uzyskiwał dobre wyniki, stosując białko roślinne — novoprotein (cyt. S c h m i d t). L e d e r e r z II. kliniki monachijskiej, który stosował głównie mleko krowie, uzyskał jednak w niewielu tylko przypadkach przewlekłych gośćcowych zapaleń stawów dobre wyniki. P e e m ö l l e r (z kliniki B r a u e r a), stosując w schorzeniach gośćcowych yatren-casein uzyskał słabe wyniki w pierwotnym przewlekłym zapaleniu stawów. Również M u n k, stosując caseosan (naprzemian z kw. nukleinowym, szczepionką i sanarthritem), spostrzegał w przypadkach pierwotnych zapaleń stawów naogół tylko nieznaczną poprawę. K l e w i t z, stosując yatren - casein, kolargol, siarkę i senarthrit w około 240 przypadkach przewlekłych zapaleń stawów, stwierdził wprawdzie w niespełna 25% przypadków brak wyników, wyjątkowo jednak tylko udawało mu się zahamować postęp sprawy chorobowej, bardzo często pozostawała skłonność do nawrotów. Z i m m e r miał w swoim dużym materiale, leczonym y. c., trwałe wyniki tylko w 33% przypadków (autor śledził przebieg sprawy u swych chorych przez 4—7 lat po ukończeniu leczenia). Nie były też lepsze wyniki, uzyskane y. c. przez L o b e l a i S i m ó na części materiału, złożonego z blisko 600 chorych, dotyczącej przewlekłych zapaleń stawów. Podobnie E. F r e u n d, który stosuje głównie mleko, spostrzegał zaledwie w 1/3 przypadków poprawę, która pozatem była tylko przejściowa. Wyniki, uzyskane przy pomocy innych środków nieswoistego leczenia bodźcowego, również obracają się mniej więcej w podobnych granicach. Pojedynczym publikacjom, donoszącym o lepszych wynikach, uzyskanych tym lub owym środkiem, zaprzeczają inne, stwierdzone po zastosowaniu tego samego środka przez innych autorów.

W sprawie ściślejszych wskazań, odnoszących się do okresu, względnie postaci schorzenia, poglądy au-

torów zgadzają się ze sobą o tyle, że prawie wszyscy uważają za warunek skuteczności leczenia bodźcowego istnienie czynnej sprawy zapalnej w stawach. Zdaniem M u n k a a także S p i r y nadają się do leczenia bodźcowego postaci wysiękowe, t. zn., w myśl podziału M u n k a, postaci, cechujące się nacieczeniem zapalnym części miękkich. E. P l a t e oraz P a y r (cyt. P l a t e) uważają również za wskazane do leczenia bodźcowego stany zapalne schorzeń stawowych. A. F i s c h e r i inni uważają za odpowiedni do leczenia ogólnego wogóle, a więc także do leczenia bodźcowego okres wczesny, odpowiadający istnieniu czynnego zapalnego procesu w stawach. Zdaniem wspomnianych autorów, ma ono na celu zatrzymanie sprawy zapalnej, celem zapobieżenia późniejszym bliznom, które są raczej wskazaniem do miejscowego leczenia ortopedycznego (A. F i s c h e r). Z temi poglądami zgadzają się również poglądy autorów, którzy stosują rozmaite środki niebiałkowe (np. F o r e s t i e r). Pewne spostrzeżenia dowodzą, że nieswoiste leczenie bodźcowe może przynieść pewne korzyści również w późniejszych okresach przewlekłych zapaleń stawów pod tym jednak warunkiem, że w stawie toczy się jeszcze czynny proces zapalny. Tak v. d. V e l d e n uważa je za wskazane w okresie powstałych zmian włóknistych w torebkach stawowych, sądząc, że wstrzykiwaniami rozmaitych ciał uda się dzięki przekrwieniu blizn uzyskać ich rozluźnienie. W tej też myśli stosuje B u r k a r d t wstrzykiwania różnych środków (kw. mrówkowego, mirionu, detoxin, histaminy i t. p.) do części miękkich, otaczających staw. Zdaniem autora, udaje się w ten sposób uzyskać rozluźnienie blizn w przypadkach z nieupełnie wygasłym procesem zapalnym; chwilową zaś poprawę ruchomości w stawach autor wyzyskuje dla miejscowego leczenia ortopedycznego.

Oprócz niewielkiej skuteczności posiada nieswoiste leczenie bodźcowe przewlekłych zapaleń stawów tę ujemną stronę, że może wywołać pogorszenia (F r e u n d, Z i m m e r, D o n a t h, F i s c h e r i inni). Przez dokładne śledzenie przebiegu schorzenia w czasie leczenia i ostrożne dawkowanie, dostosowane do właściwości osobniczych chorego, można jednak, zdaniem wielu autorów, ustrzec się od podobnych następstw.

Z powodu nietrwałości wyników stosuje F r e u n d proteinoterapię w przewlekłych zapaleniach stawów coraz rzadziej, kładzie zaś główny nacisk na leczenie metodami fizycznymi i balneoterapią. K r e b s przyznaje, że leczeniem bodźcowym można tu i ówdzie uzyskać korzystne wyniki, uważa jednak za najważniejsze fizyczne metody lecznicze, zwłaszcza balneoterapię. Według M u n k a, proteinoterapia jest ważnym i wartościowym środkiem pomocniczym, który powoduje w niektórych przypadkach „wysiękowych”, zapaleń stawów wessanie wysięku; wyjątkowo jednak tylko jest ono tak znaczne, aby samo wstrzykiwanie wystarczyło do wyleczenia; autor ten kładzie też nacisk na przyzwyczajenie do samodzielnych ruchów i uspokojenie chorego. Również Z i m m e r, gorący zwolennik leczenia bodźcowego, przyznaje, że rzadko udaje się uzyskać w ten sposób wyleczenie przewlekłych zapaleń stawów lub trwałą poprawę; zwraca jednak na to uwagę, że długotrwałość przebiegu tego schorzenia, rozciągająca się na lata, a nawet dziesiątki lat, daje sposobność do wypróbowania na każdym chorym różnych metod leczniczych, a więc również leczenia bodźcowego.

Wymienione spostrzeżenia i poglądy autorów przemawiają za tem, że proteinoterapia może w każdym

Streszczenia pojedyncze.

Zagadnienia ogólne.

HEL'WIG, SCHUTZ i CURRY. **Zatrucie wodne.** (The Journ. of the Amer. med. Assoc. No. 18, 1935).

W piśmiennictwie lekarskim ostatniej doby znajduje się publikacje o niebezpieczeństwie forsownego podawania płynów, szczególnie w przypadkach pooperacyjnych. De T a k a t s podkreśla przeciążenie krążenia przy osłabionym mięśniu sercowym, większą łatwość powstania *anasarca* i obrzęku tkanki mózgowej. R o w n t r e e w r. 1923 opisał kilka przypadków „zatrucia wodnego”, które udało mu się również wywołać w szeregu doświadczeń na zwierzętach. Chorzy z moczówką prostą wypijają bez objawów ubocznych do 10 litrów płynu na dobę; gdy jednak ta ilość zostaje przekroczona, zjawiają się bóle głowy, nudności, osłabienie, zaburzenia koordynacji, chwiejny chód. U zwierząt po podaniu dużych ilości wody przekroplonej udało się wywołać astenję, której towarzyszyły zwiększona pobudliwość mięśniowa, drgawki, ślinotok, w końcu śmierć. Zwierzęta te można utrzymać przy życiu, jeżeli się im poda roztwór solny. Stąd przypuszczenie, że wspomniane objawy zależą od zaburzenia równowagi solnowodnej. Zatrucia wodnego u zwierząt nie można było wywołać, jeżeli podanie wody poprzedziło podanie roztworu soli. M o s s i B r o c k b a n k opisują drgawki mięśniowe u robotników, którzy po obfitych potach bardzo dużo pili wody; drgawki te ustępowały po podaniu słonej wody. Istnieje ścisły związek pomiędzy bilansem wodnym i zawartością chloru we krwi. R o w n t r e e twierdzi, że w zatruciu wodnym występuje obrzęk mózgu, który czyni odpowiedzialnym za drgawki i zejście śmiertelne. Zapobiegał u zwierząt drgawkom przez dekompresję czaszki. Autor opisuje własny przypadek zatrucia wodnego z zejściem śmiertelnym po podaniu 9 litrów płynu, jako *proctoclysis*. Autor potem stosował doodbytniczo duże ilości wody królikom; sekował je potem i badał histologicznie różne tkanki. W podanym przypadku cała ilość płynu podana została w ciągu 30 godzin po zabiegu operacyjnym; śmierć nastąpiła wśród drgawek. Sekcja wykazała ostry obrzęk mózgu.

Jerzy F a j w l e w i c z (Łódź).

Patologia kliniczna i doświadczalna.

MANN i BOLLMAN. **Badania doświadczalne nad żółtaczką.** (The Journ. of the Amer. med. Assoc. No. 5, 1935).

Zastosowanie szeregu metod, uszkadzających wątrobę, pozwala otrzymać żółtaczkę na drodze doświadczalnej. Zupełne usunięcie wątroby daje żółtaczkę, którą można nazwać hemolityczną; zawartość bilirubiny we krwi odpowiada tu dodatniemu pośredniemu odczynowi v a n d e n B e r g h a. Inne postacie żółtaczki, otrzymane po zamknięciu dróg żółciowych lub po uszkodzeniu wątroby, dają zawartość bilirubiny we krwi, odpowiadającą dodatniemu bezpośredniemu odczynowi v a n d e n B e r g h a. Trwająca dłużej doświadczalna żółtaczka u zwierzęcia daje szereg objawów, zależnych od braku lub zmiany w składzie żółci w kiskach, od obecności składników żółci we krwi i w tkankach i od objawów niedomogi wątroby. Utrzymanie przy życiu zwierząt z doświadczalną żółtaczką zależy od szeregu momentów. Duże znaczenie posiadają tu zaburzenia w odżywianiu, szczególnie dominujące zjawisko zmniejszonej tolerancji dla pokarmów mięsnych. Zaznaczona jest tendencja do powstawania wrzodów trawiennych. Uszkodzeniom wątroby towarzyszą również objawy niedokrewności oraz zmniejszenie zawartości białka w osoczu krwi. Puchlina brzuszna powstaje przytem w warunkach, w jakich nie obserwuje się jej u zwierząt zdrowych. Wytwarzanie soli żółciowych u zwierząt z doświadczalną żółtaczką jest nieco zmniejszone, jednak ilość tych soli jest dość pokązna.

Jerzy F a j w l e w i c z (Łódź).

P. MÜLLER. **Badania nad przemianą energii i materji w ciężkiej cukrzycy.** (Dtsch. Arch. klin. Med. t. 174, z. 1).

Długotrwałe badania nad wymianą gazową u chorych z ciężką moczówką cukrową przy tej samej djeie z insuliną i bez niej wykazują, że w porównaniu ze stanem w okresie leczenia wydalanie azotu w stanie cukrzycowym jest zwiększone, zaś zużycie tlenu wzmożone, natomiast wydalanie dwutlenku węgla jest niezmienione lub tylko nieznacznie zmniejszone. Ze zwiększenia zużycia tlenu nie można jednak wyciągać wniosku, co do wzmożonej przemiany kalorycznej wobec zupełnie odmiennych stosunków przemiany materji, aniżeli u normalnych ludzi. Z zachowania się współczynnika oddechowego w 24-godzinnych doświadczeniach nie można wyprowadzić dowodu co do powstawania cukru z kwasów tłuszczowych. Jednakże w poszczególnych okresach cząstkowych, jeżeli udaje się uchwycić czas najgorszego położenia przemiany materji, współczynnik oddechowcy bywa w pojedynczych przypadkach tak niski (0,604 — 0,650), że bez przyjęcia wytwarzania cukru z kwasów tłuszczowych nie można tego wytłumaczyć.

Henryk J. L a n d a u.

Th. JOHANNES. **O znaczeniu chronaksji w medycynie wewnętrznej.** (Dtsch. Arch. klin. Med. t. 174, z. 1).

Autor badał wpływ długotrwałego podawania środków działających zakwaszająco (chlorku amonowego) i alkalinizująco (dwuwęglanu sodowego) na pobudliwość elektryczną mięśnia prostownika palców wspólnego zapomocą metody chronaksji. Stwierdzono różnorakie odwrócenia działania, wzmożenia i skrócenia oraz poczęści znaczny niepokój wartości. Po znanej fazie **początkowej ze zmniejszeniem** się wartości chronaksji następuje np. przy dalszem podawaniu kwasów zwiększenie, potem czasami znowu spadek tych wartości. Przy długotrwałem alkalinizowaniu po początkowem zwiększaniu się chronaksji następują wsteczne spadki krzywej. Naogół wartości kwasowe leżą wyżej, aniżeli wartości przy alkalinizowaniu. Wpływ okresu poprzedzającego posiada duże znaczenie. Kierunek przestrojenia odczynów nerwowych przy używanych tutaj dawkach ujawnia się w odchyleniach przebiegu od doświadczeń kontrolnych. Krzywe nadmiernego przewietrzania (hiperwentylacji) przebiegają przy podawaniu zasad wyżej i są bardziej rozciągnięte, przy zakwaszaniu powracają po szybkim podniesieniu się rychło do normy i obniżają się na pewien przeciąg czasu ze skróceniem wartości poniżej położenia wyjściowego. Ze zwiększaniem dawek działanie to staje się bardziej wyraźne. W razie zastoju na drugim ramieniu drażnienia prądem faradycznym, zakwaszenie powoduje wzmożenie odczynu, t. j. większe podniesienie się wartości z opóźnionym powrotem do normy, — podawanie zaś zasad — mniej znaczne podniesienie się lub brak jego, czasami skrócenie wartości. Wyniki te pozostają w związku ze znanymi procesami przemiany materji przy podawaniu kwasów i zasad.

Henryk J. L a n d a u.

C. LIAN, J. FACQUET. **Szybkość krążenia krwi poza niedomogą mięśnia sercowego.** (Bull. et Mém. de la Soc. Med. des Hôp. de Paris N. 9—1935 r.).

Wysiłek fizyczny przyspiesza nieznacznie szybkość obiegu krwi. Gorączka przyspiesza znacznie szybkość krążenia krwi. U osób z niedomogą mięśnia sercowego i gorączką szybkość obiegu krwi jest wypadkową dwóch przeciwnie działających czynników, gdyż niedomoga serca zwalnia, a gorączka — przyspiesza szybkość krążenia krwi. Choroby płuc i opłucny nie wywierają większego wpływu na szybkość krwi, co ma niekiedy znaczenie rozpoznawcze, np. w różniczkowaniu pomiędzy dychawicą sercową i oskrzelową. Choroba B a s e d o w a i nadczynność tarczycy wybitnie przyspieszają szyb-

kość krążenia; autorzy stwierdzili na swym materiale, że normalna szybkość krwi u chorego na *B a s e d o w a* wskazuje na niedomogę mięśnia sercowego. Obrząk śluzakowaty wywołuje zwolnienie krążenia. Niedokrewność przyspiesza, a poliglobulia — zwalnia szybkość krążenia krwi.

Jakób P e n s o n.

Choroby serca i naczyń.

A. A. GOLDBLOOM. **Ocena kliniczna IV-go odprowadzenia (piersiowego).** (Amer. Journ. Med. Sciences, 1934, 187, Nr. 4).

Zbadano 86 przypadków elektrokardiograficznie w 4 odprowadzeniach. U 25 osobników zdrowych QRS w IV-em odprowadzeniu było dwufazowe z głębokim Q; T było odwrócone. W przypadkach nieprawidłowych Q było nieobecne, QRS zazębione, T nieobecne lub zwrócone ku górze. Z 40 przypadków ze schorzeniami naczyń wieńcowych i uszkodzeniem mięśnia sercowego były wyraźne zmiany elektrokardiograficzne w 3 zwykłych odprowadzeniach w 28 (70%): w 12 były zmiany zarówno w 3 zwykłych odprowadzeniach jak i w IV-em (30%); w 3 przypadkach tylko w IV-em (7.5%). Pozatem w 4 przypadkach ostrej niedrożności tętnicy wieńcowej były również zmiany tylko w odprowadzeniu IV-em. W zakrzepie tętnicy wieńcowej zmiany w odprowadzeniu IV-em mogą się jeszcze przez długi czas utrzymywać wtedy, gdy w I — III już dawno ustąpiły. Wobec tych wyników autor uważa stałe stosowanie IV-go odprowadzenia obok 3 poprzednich za bardzo wskazane.

H. M a k o w e r (Łódź).

R. L. LEVY, H. G. BRUENN i D. KURTZ. **Fakty o chorobach tętnic wieńcowych, oparte na przeglądzie danych klinicznych i patologicznych 762 przypadków.** (Amer. Journ. Med. Sciences, 1934, 187, Nr. 3).

W Szpitalu Presbiterjańskim w N. Yorku w latach 1910—1931 wykonano 762 sekcje, w których znaleziono zmiany w tętnicach wieńcowych, i 2115 bez tych zmian. W 97.2% zmiany w tętnicach wieńcowych były na tle miażdżycowym, w 5.7% na tle kilowem. Zator tętnicy wieńcowej stwierdzono tylko w 6 przypadkach, *periarteriitis nodosa coronaria* w 3, *arteriitis rheumatica* w 2. Zawał mięśnia sercowego stwierdzono w 93 przypadkach, w tym tętniak komory w 13. Kila nie jest częstszą u chorych ze zmianami w tętnicach wieńcowych, niż u innych chorych. W okresie I. 1910 — 1919 stwierdzono sekcyjnie schorzenia wieńcowe w 17.8% wszystkich sekcji, w okresie II. 1920 — 1931 — 30.4%, średnio 25.9%. Jest to liczba bardzo wielka. W połowie przypadków miażdżycowych zmiany były niezbyt znaczne, nie wywołujące w wielu przypadkach zaburzeń w odżywianiu mięśnia sercowego. Z wzmatającym wiekiem stwierdzano naogół większą częstość zmian poważniejszych. Zakrzep tętnic wieńcowych był jednakże jednakowo częsty u chorych 25 — 44-letnich i u 45 — 64-letnich, od r. 65-go poczynając częstość jego wyraźnie spada. Rozpoznanie kliniczne do r. 1919 było b. rzadkie (7 razy na 40682 wszystkich chorych), od 1920 r. staje się coraz częstszym, osiągając w r. 1932 8%. Rozpoznanie patologiczne w ciągu tego czasu nie wykazują tak wielkiego wzrostu, jest on jednak wyraźny i stały. Tłómaczą to autorzy głównie spadkiem umieralności na choroby zakaźne i przesuwaniem się składu ludności w kierunku starszych wiekiem grup, wobec czego więcej ludzi umiera na choroby zwyrodnieniowe. Większa częstość rozpoznań klinicznych tłómaczy się w znacznej mierze lepszym obecnie rozpoznawaniem tych spraw przez lekarzy. Zapobieganie przed zwyrodnieniami naczyniowymi jest jeszcze problemem nierozstrzygniętym. Choroby naczyń wieńcowych wzrosły we wszystkich grupach wieku, zwłaszcza w grupie 25 — 44-letnich. Mężczyzn jest więcej, ale zwiększanie się częstości występowania chorób wieńcowych odbywa się u kobiet szybciej: w okresach

I. 1910 — 1919 i 1920 — 1931 mężczyzn było 22% i 34%, kobiet 12% i 24%. Praca zawodowa prawdopodobnie nie posiada roli rozstrzygającej w częstości występowania schorzeń wieńcowych. W I. 1910 — 1919 rozpoznano klinicznie 19% zakrzepów tętnic wieńcowych, w I. 1920 — 1931 — 43%. W wielu przypadkach rozpoznanie kliniczne nie było postawione z powodu braku bólów. Schorzenia miażdżycowe serca i naczyń były najczęstszą przyczyną zasadniczą śmierci, niedomoga serca najczęstszą przyczyną bezpośrednią.

H. M a k o w e r (Łódź).

Choroby kobiet i położnictwo.

W. B. HARER. **Badania nad śmiertelnością płodu.** (Amer. J. Obst. and Gyn. t. XXIV, Nr. 2/1932).

Z liczby 2635 porodów w Szpitalu Uniwersyteckim w Filadelfji w ciągu ostatnich 58 miesięcy w 230 nastąpiła śmierć płodu. Z tych 42 płody przyszły na świat przed 28 tygodniem ciąży, wobec czego autor nie rozpatruje ich z powodu tak wyraźnej przedwczesności. Pozostałe 188 przypadków obejmowało 68 zgonów przed porodem, 49 podczas porodu i 71 zgonów nowonarodzonego płodu. W tej liczbie było 118 przypadków śmierci nieuniknionej i 70, w których można było zapobiec śmierci. Autor zastanawia się głównie nad tą grupą przypadków. Wiele przypadków śmierci płodu następuje z przyczyn, nie podlegających kontroli położnika. Najmniejsza śmiertelność płodu występuje w położeniu wierzchołkowym. Stosunek śmiertelności tego położenia do śmiertelności w położeniu przednio-potylicowym, tylnopotylicowym i poprzeczno-potylicowym przedstawia się jak 1 : 4 : 5 : 5. Położenie pośladowe przedstawia największą śmiertelność płodu, gdyż około 3 razy większą, aniżeli w położeniu wierzchołkowym. Położenie poprzeczne i złożone daje największy odsetek śmiertelności płodu, wynikający w tych grupach przedewszystkiem wskutek wypadnięcia pępowiny. Wszystkie zabiegi chirurgiczne poza cesarskim cięciem zwiększają śmiertelność płodu, i, im wcześniej w czasie porodu decydujemy się na zabieg, tem większa jest śmiertelność płodu. Stosunek śmierci płodów przy zastosowaniu kleszczy wyjściowych, średnich i wysokich wynosi odpowiednio 1 : 3 : 12. Cesarskie cięcie, wykonane po długim porodzie, nie zmniejsza wyraźnie śmiertelności płodu. W przeciwieństwie do innych metod sztucznych porodów wczesne cesarskie cięcie zmniejsza śmiertelność i chorobowość płodu (i matki). Śmiertelność płodu w zatruciach ciążowych zależy od tych samych czynników, co w przypadkach bez zatrucia, więcej wpływają jady, krążące we krwi matki, na płód. Ostatni czynnik jest tak zmienny i trudny do obliczenia, że rozstrzygających wniosków wyciągać nie można. Aczkolwiek liczba rozpatrywanych przypadków jest stosunkowo niewielka, jednakże doświadczenia autora z odklejeniem łożyska i łożyskiem przodującym wykazują, że wczesne cesarskie cięcie daje najmniejszą ze wszystkich metod zakończenia porodu śmiertelność płodu. Odsetek dodatnich odczynów *W a s s e r m a n n a* wśród przypadków autora odpowiada statystyce *W i l l i a m s a* z roku 1920. Śmiertelność płodu, spowodowana przez przymiot, jest jednak w materiale autora znacznie mniejsza, co jest, z pewnością, spowodowane przez ulepszone metody lecznicze, wprowadzone w ciągu ostatnich 11 lat.

L. J.

W. W. GINCE i S. N. CZERNOBULSKIJ. **Kobiece narządy maczopłciowe a glisty.** (Żurn. Akusz. i Żeńsk. Bol. Nr. 4/1932).

Badanie moczu kobiet i dziewcząt wykazuje wyższy (u autorów o 8.5%) wskaźnik zawartości pasorzytów jelitowych, aniżeli badanie kału. Zjawianie się jaj glist w moczu jest wynikiem niechlujstwa kobiet; zanieczyszczenie odbywa się po oddawaniu kału. Zagnieżdżanie się glist w sromie u kobiet i przenikanie ich stąd wgłąb dróg moczowych i płciowych stanowi fakt niewątpliwy, który może pociągać za sobą poważne następstwa.

L. J. H.

R. A. REIS i M. CUTLER. **Przypadek anaplastycznego raka trzonu macicy.** (Amer. J. Obst. and Gyn. t. XXIV, Nr. 2/1932).

Anaplastyczny rak trzonu macicy, stanowiący 12% wszystkich przypadków raka, atakujących macicę, jest najbardziej złośliwą postacią raka macicy. Jest on jednocześnie najbardziej śmiertelny. Rokowanie w tej grupie przypadków jest jak najbardziej niepomyślne pod każdym względem. Ze względu na wysoki stopień złośliwości raka tego i jego wrażliwość na działanie radu autor gorąco zaleca naświetlania przedoperacyjne we wszystkich tego rodzaju przypadkach. Najbardziej wskazaną metodą leczenia anaplastycznego raka macicy jest przedoperacyjne naświetlanie z następowym wycięciem macicy w przypadkach, nadających się do operacji, zaś samo naświetlanie w grupie przypadków, nie nadających się do zabiegu.

L. J.

D. P. MURPHY i J. E. BOWMAN. **Częstość i przyczyny porodu przedwczesnego.** (Amer. J. Obst. and Gyn. t. XXIV, Nr. 2/1932).

Z liczby 2876 porodów w 2 szpitalach w Filadelfji 238 czyli ponad 8% było przedwczesnych, jak tego dowodziła waga noworodków. Około 80% z tych 238 przedwczesnych porodów nastąpiło samoistnie, pozostałe 20% było wywołane przez środki wewnętrzne lub chirurgiczne. Ze wszystkich samoistnych porodów przedwczesnych w 58% można było ustalić przyczynę. Choroba lub nieprawidłowość macicy, jej zawartości lub otoczenia stanowiły 73% zśród znanych przyczyn. W około 42% samoistnych porodów nie udało się ustalić przyczyny przedwczesnego porodu. Samoistne porody przedwczesne z nieznaną przyczyną były równie częste wśród kolorowych, jak i wśród białych kobiet. Kobiety poniżej 19 lat o wiele częściej rodzą niedonoszone dzieci, aniżeli kobiety w późniejszym wieku. Wskaźnik przedwczesnych porodów wydaje się o wiele większy u kobiet, które uprzednio rodziły, aniżeli u ogółu kobiet.

L. J.

R. PALLIEZ i L. GARNEZ. **Przypadek 6-ciomiesięcznej ciąży zamacicznej, obumarłej. Wydobycie płodu, wyzdrowienie.** (Bulletin de la Société d'Obstetr. et Gyn. Nr. 9/1932 r.)

Autorzy opisują przypadek ciąży zamacicznej, gdzie płód, rozwijający się do 6-tego miesiąca ciąży, uległ obumarciu i mumifikacji. Po wydobyciu go drogą laparotomji, w 8 miesięcy od czasu ostatniej menstruacji okazało się, że umieszczony był w otrzewnie ściennej jamy brzusznej i zróżnioty od strony brzusznej z guzem, wielkości dużej pięści utworzonym z tkanki mięsnej. Prawdopodobnie była to ciąża jajowodowa, która uległa pęknięciu, bez żadnych ogólnych objawów pęknięcia i rozwinęła się dalej w jamie brzusznej.

J. M e s z ó w n a.

A. MANDELSTAMM i E. KAPLUN. **Szybkie hormonalne rozpoznawanie ciąży na dojrzałych płciowo myszach.** (Wien. kl. Woch. Nr. 26/1934).

Dojrzałe płciowo myszy naświetla się przez 2 dni przed i po wstrzyknięciu czerwonym światłem. Wstrzykuje się 3 — 4 cm.³ zadanego eterem według Z o n d e k a mocz (w ciągu 24 godzin 4 wśródzylne wstrzykiwania po 1 cm.³). Po 48 godzinach ukazują się na jajnikach krwawe punkty, które uwiadczenia się zapomocą laparatomji, a następnie wprowadza się spowrotem do jamy brzusznej tak, że zwierzęcia można później znowu używać. Ponieważ do próby wystarczają zamiast pięciu 1 — 2 zwierzęta, których pozatem nie trzeba zabijać, metoda ta oznacza oszczędność materiału. Również i ta metoda daje 98% ścisłych wyników, wymaga przytem tylko połowy czasu.

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

Choroby dróg moczowych

BERGER i BINGER. **Stan nerek w alkalozie.** (The Journ. of the Amer. Med. Assoc. No. 16, 1935).

Jest rzeczą stwierdzoną, że nerki biorą duży udział w utrzymaniu równowagi kwasowo-zasadowej ustroju i prawidłowego Ph krwi. W niewydolności czynnościowej nerek łatwiej dochodzi do zaburzeń równowagi kwasowo-zasadowej ustroju, która łatwiej wykazuje odchylenia od normy pod wpływem watorów kwaśnych lub zasadowych, zawartych w pożywieniu. Często w piśmiennictwie jest mowa o zubożeniu krwi w rezerwę alkaliczną w przypadkach wyrównanej i niewyrównanej kwasicy; rzadko natomiast wspomina się o możliwości zubożenia krwi w „rezerwę kwaśną“ w przypadkach wyrównanej i niewyrównanej alkalozy i o towarzyszących temu zjawisku objawach. Oddawna wiadomo, że u chorych z objawami uszkodzenia nerek niebezpiecznie jest podawać zasady w ilości dostatecznej dla zobojętnienia kwasoty żołądkowej. U człowieka zdrowego po podaniu zasad podnosi się Ph moczu (wydalanie zasad), czego nie widzimy np. w stanach zapalnych nerek. Przy zwiększonej zawartości mocznika we krwi potrzeba większej ilości zasad dla spowodowania zmiany oddziaływania moczu w kierunku większej zasadowości. H a r d t i R i v e r s pierwsi opisali objawy toksyczne, towarzyszące leczeniu zasadami wrzodów trawiennych, przyczem stwierdza się zmiany w funkcji nerek, wyższy poziom mocznika we krwi i normalną lub zwiększoną zdolność krwi do wiązania kwasu węglowego (wyższy zasób zasad krwi). Stwierdzili oni, że te objawy toksyczne występują łatwiej i są silniejsze w przypadkach z uszkodzoną funkcją nerek. A d d i s stwierdził, że przez podawanie pożywienia, zawierającego 4% dwuwęglanu sodowego szczeruom doświadczałnym, skraca się ich przeciętną długość życia o jedną trzecią; z 24 takich szczurów u 7-miu stwierdzono wodonercze. Autor poddał dokładnej obserwacji 7-miu chorych z alkalozą, która wystąpiła naskutek intensywnego leczenia zasadami wrzodu trawiennego, i stwierdził, że istniejąca przed leczeniem niewydolność czynnościowa nerek uspasabia do powstania alkalozy. Przed przystąpieniem do takiego leczenia należy więc dokładnie czynnościowo zbadać nerki.

Jerzy F a j w l e w i c z (Łódź).

KEYES. **Samoistne wyleczenie gruczolicy nerek.** (The Journ. of the Amer. Med. Assoc. No. 16, 1935).

W przypadkach gruczolicy nerek A l b a r r a n spopularyzował nefrektomję, jako metodę leczniczą, zaś W i l d b o l z wykazał jej wyższość w porównaniu z metodami higieniczno-zachowawczymi. Wielu urologów zaczęło traktować gruczolico zmienioną nerkę podobnie, jak gruczolico zmieniony gruczoł chłonny. Dopiero po długim czasie wychodzą najaw skutki strat fizjologicznych, poniesionych w związku z usunięciem nerki. Przytem znane są przypadki t. zw. *bacilluria tuberculosa*, kiedy mocza zawiera laseczniczki kwaso-odporne, toksyczne dla świnek morskich, mniej lub więcej krwinek i ciałek ropnych, a chory nie zdradza żadnych objawów, któreby wskazywały na schorzenie nerek, i ani pyelogram, ani czynność nerek, ani dane sekcyjne późniejsze nie pozwalają stwierdzić zmian gruczolich w nerkach. Powstaje więc zagadnienie albo przepuszczalności żywej komórki dla laseczniczków gruczolicy, co jest herezją patologiczną, albo samoistnego wyleczenia gruczolicy nerek. M e d l a r uważa, że gruczolica nerek jest uszkodzeniem nerek krwiopochodnym zwykle obustronnym, przyczem zawsze schorzenie zapoczątkowuje okres kliniczny bezobjawowy, trwający czasami kilka lat, przyczem albo zmiany cofają się, co odpowiadałoby bacillurji gruczolicej, albo dochodzi do stopniowego zniszczenia, zserowacenia mięszu nerkowego, co odpowiadałoby chirurgicznej gruczolicy nerek. Chirurgiczną gruczolice nerki cechują duże zmiany, które można kli-

nicznie stwierdzić przy zastosowaniu pyelografii. Chirurgiczna gruźlica nerki jest schorzeniem, klinicznie postępującem i kończącym się z reguły niepomyślnie, jeżeli bieg sprawy nie zostanie przerwany przez nefrektomję. Prawdopodobieństwo wyleczenia jest tu tem większe, im wcześniej nefrektomja zostaje wykonana. Zdaniem autora, samoistne wyleczenie gruźlicy nerek, zwłaszcza gruźlicy chirurgicznej, praktycznie nie wchodzi w rachubę. Jakkolwiek znane są przypadki, gdzie chirurgiczna gruźlica nerek pozostaje przez długi okres czasu w stanie utajonym, to jednak taka *tbc renis latens* jest zjawiskiem niezmiernie rzadkiem. Autor dochodzi do wniosku, że jedyną skuteczną metodą leczniczą w gruźlicy nerek jest usunięcie nerki na drodze operacyjnej. Nawet przy latencji klinicznej usuwa się w ten sposób narząd, w którym jednak toczy się czynny proces gruźliczy. Jerzy Fajwlewiec (Łódź).

N. MORO. **Pozorne wyleczenie samoistne gruźlicy nerek.** (Wien. kl. Wochr. Nr. 23, 1934)

W przypadkach t. zw. samoistnego wyleczenia gruźlicy nerek ma się do czynienia z błędami, polegającymi bądź na pomyłce w rozpoznaniu, bądź na fałszywym stwierdzeniu wyleczenia. Prawdziwe wyleczenie zdarza się wprawdzie, lecz tak rzadko, że posiada ono raczej znaczenie teoretyczne, niż praktyczne. A. Neumann (Baden-Wien).

COUNSELLER i PRIESTLEY. **Spółczesne koncepcje o kamicy nerkowej.** (The Journ. of the Amer. Med. Assoc. No. 15, 1935).

Przyczyna kamicy nerkowej jest dziś tak samo niejasna, jak przed 20 laty; stąd brak również postępu w leczeniu tego cierpienia. Przewrotu dokonało wprowadzenie do metod rozpoznawczych radiografii i cystoskopji, dzięki którym znikły zabiegi eksploracyjne w kamicy nerkowej. Już bowiem przed zabiegiem znamy umiejscowienie, wielkość i kształt kamienia, stan czynnościowy nerek i powikłania. Koncepcje, dotyczące tworzenia się kamieni, również uległy gruntownej zmianie dzięki postępom w zakresie chemji fizjologicznej. Wsuwane były przez różnych autorów różne teorie. Najwięcej zwolenników ma pogląd Rosenowa, przyjmującego etiologję infekcyjną. Otrzymywał on u zwierząt doświadczalnych kamienie nerkowe po wstrzykiwaniu swoistego zarazka, wyhodowanego z zębów, migdałków oraz moczu chorych z nawrotową kamicią nerkową. Drobnoustroje (paciorkowce) implantował Rosenow do dewitalizowanych zębów psów, przy czem w 60% otrzymywał kamienie nerkowe. Hagar i Magath wyhodowali z zasadowego moczu w katarze pęcherza drobnoustroj *Salmonella Proteus ammoniae*, którego dominującą właściwością było rozszczepianie mocznika na amoniak i kwas węglowy. Dużego znaczenia zastój moczu i zakażenia nie poddaje się obecnie w wątpliwość, lecz dokładna rola tych czynników nie jest jeszcze znana. Keyser twierdzi, że zastój nie jest czynnikiem pierwotnym. McCarrison ugruntował swemi badaniami znaczenie innego czynnika etjologicznego, a mianowicie, niedoboru witaminy A w pożywieniu, przy czem działanie to ujawnia się jeszcze bardziej, jeżeli pożywienie zawiera również mniej witaminy C. Powstają zmiany (rogowacenie, złuszczenie) w nabłonku, wyścielającym drogi moczowe, i tworzy się w ten sposób ognisko dla kamieni. Inni badacze z Ebsteinem na czele zwracają uwagę na znaczenie koloidów, jako czynnika pierwotnego, i krystalloidów, jako wtórnego. Nowsze prace łączą kamicię nerkową

z zaburzeniami w czynności przytarczyczek. Hiperparatyreoidyzm pociąga za sobą zaburzenia metabolizmu wapnia i fosforu, podnosi poziom wapnia i obniża poziom fosforu w surowicy krwi. Dysfunkcję przytarczyczek notuje się często razem z kamicią nerkową. Jerzy Fajwlewiec (Łódź).

Choroby skóry, weneryczne i płciowe.

W. N. FIODOROW i H. GOLDSTERN. **Specyficzne odczyny skórne w tularemji.** (Klin. Woch. Nr. 48, 1934).

W 1931 r. Frey wyraził przypuszczenie, że w tularemji należy oczekiwać podobnego odczynu skór nego, jak w *lymphogranuloma inguinale*, nie mając jednak odpowiedniego materiału, nie mógł dowieść tego doświadczalnie. Autorowie, pracując od wielu lat w Saratowskim Mikrobiologicznym Instytucie nad tularemją, postanowili wypełnić tę lukę. Z pośród pracowników instytutu 6 osób pracowało stale z tularemją i najprawdopodobniej w ciągu tego okresu uległo infekcji, o którą przy tem schorzeniu nadzwyczaj łatwo; u trzech z pośród nich cierpienie było rozpoznane niewątpliwie dzięki aglutynacji swoistej. Tych 6 osób przebadano, a dla kontroli także 7 innych, które z tularemją nigdy się nie stykały. Do wykonania odczynu używano początkowo szczepionki, zawierającej około 4 miliardów drobnoustrojów w 1 cm³, później o stężeniu znacznie już słabszem: 300 milionów w 1 cm³. Hodowle inaktywowano przez 20 minut w temperaturze 58°. Wstrzykiwano doskórnie 0.2 cm³ i jednocześnie pobierano krew do aglutynacji. Odczyn dodatni polegał na występowaniu wysokiej ciepłoty w 3—4 godz. po wstrzyknięciu szczepionki. Na miejscu wstrzyknięcia tworzył się ograniczony, wyraźny naciek o średnicy 4—5 cm. Już na drugi dzień powstawała krostka, która następnie ulegała owrzodzeniu i pozostawiała nieznaczne zagłębienie. Wzdłuż naczyń chłonnych, wychodzących z nacieku, można było dostrzec zaczerwienienie, które było bolesne. Gruczoły chłonne regionalne były nieco powiększone i bolesne. U wszystkich 6 osób, podejrzanych o przebycie tularemji, odczyny były wyraźnie dodatnie, u wszystkich kontrolnych zupełnie ujemne, tak, że autorowie uważają odczyn za bezwzględnie swoisty. Alfred E t t i n g e r.

G. KREHL. **O oparzeniu we wczesnem dzieciństwie** (Wien. kl. Woch. Nr. 38, 1933).

Autor podaje opis przypadku oparzenia noworodka wkrótce po porodzie i dziecka dwuletniego, które udało się niespodziewanie długo utrzymać przy życiu. Autor próbuje dać wyjaśnienie tego uderzającego zjawiska.

A. Neumann (Baden-Wien).

YOUNG. **Gruźlica narządów płciowych.** (The Journ. of the Amer. Med. Assoc. No. 9, 1935).

Na podstawie większego materiału statystycznego autor stwierdza, że zmiany gruźlicze w gruczole krokowym i w pęcherzykach nasiennych zdarzają się częściej, niż w najądrzu. W dużym odsetku przypadków gruźlicy narządów płciowych towarzyszy gruźlica płuc lub nerek. Współistnienie gruźlicy nerek stwierdzono w 30% przypadków. Obecność starszych lub świeżych zmian w płucach nie jest przeciwwskazaniem do radykalnego zabiegu operacyjnego w obrębie narządów płciowych. Radykalne usunięcie całego przewodu nasiennego, a więc najądrzy, pęcherzyków nasiennych i bocznych płatów tarczycy, jest metodą wyboru.

Jerzy Fajwlewiec (Łódź).

razie w niektórych przypadkach przewlekłych zapaleń stawów przynieść pewne korzyści, przynajmniej jako środek leczenia pomocniczy, a to nie tylko we wczesnych, ale również w późniejszych okresach choroby, pod warunkiem, że proces zapalny w stawie nie wygaśnię jeszcze zupełnie. Ze względu na możliwość pogorszenia należy jednak dokładnie śledzić przebieg schorzenia w czasie leczenia i dawkować ostrożnie, biorąc pod uwagę właściwości osobnicze chorego.

Wyżej przytoczone poglądy autorów na związek skuteczności leczenia bodźcowego w przewlekłych schorzeniach stawów z istnieniem czynnego procesu zapalnego dotyczą również schorzeń stawów, które od początku przebiegają bez wyraźniejszych klinicznych objawów zapalenia. Próby stosowania białka, szczepionek paciorkowcowych i naskórnych, soli złota i t. p. nie przynoszą naogół korzyści w przytoczonych schorzeniach (Coste, Forestier i Lacapère, Zimmer, Lederer, Forestier, König, Goldbaum i inni). Wyjątek wśród wyników, uzyskanych przy pomocy preparatów białkowych w schorzeniach niezapalnych stawów, stanowią wyniki Zimmera, uzyskane yatren-kazeiną: wahają się one, zależnie od lokalizacji w dużych, względnie małych stawach, w granicach od 43 do 64% wyleczonych przypadków, względnie przypadków z uzyskaną poprawą. Zimmer przypisuje te wyniki swojej metodzie stosowania małych dawek. Być może, są one raczej następstwem, przynajmniej w części, stosowania jodu w yatrenie (kw. jodoksychinolinosulfonowy); przemawiają za tem wyniki, uzyskiwane przez innych autorów przy pomocy wstrzykiwań jodu, zwłaszcza w postaci połączeń organicznych. W Niemczech polecali Strauss i Fliegel stosowanie wstrzykiwań mirionu (preparat jodowo - żelatynowy) w przypadkach *arthritis deformans*. J. Bauer uważa też stosowanie mirionu za wskazane w tych schorzeniach; spostrzegał on również dobre wyniki po dożylnych wstrzykiwaniach jodu. Wstrzykiwania mirionu w *arthritis deformans* polecają między innymi również: Payr, E. Freund, Loebeli Simó i Becker. Burkardt, stosując w przypadkach zeszytynień stawowych okołostawowe wstrzykiwania mirionu, miał dobre wyniki zwłaszcza w sprawach „zwyrrodnieniowych”. Coste, Forestier i Lacapère polecają w „arthroses” wstrzykiwania organicznych połączeń jodu.

Schorzenia gośćcowe kręgosłupa stanowią jeden z najciemniejszych punktów lecznictwa wogóle. Próby jednak wstrzykiwań ciał białkowych i innych środków wskazują, że także w ten sposób można w pewnym stopniu wpłynąć na podmiotowe a także przedmiotowe objawy tych schorzeń (np. spostrzeżenia, poczynione przez Lederera, Munka, Zimmera). W postaci zapalnej (*spondylitis ankylopoëtica*) widoki uzyskania poprawy są przy tem mniejsze (E. Freund, Zimmer). W postaci zwyrrodnieniowej (*spondylarthritis deformans*) poleca Munk jod, względnie dożylne wstrzykiwania związków jodu; natomiast Freund nie spostrzegał wybitniejszej różnicy w działaniu mirionu i innych ciał, wywołujących odczyny. Ze względu na brak innych, skuteczniejszych metod leczenia wydają się próby wstrzykiwań ciał białkowych, podobnie jak próby stosowania innych metod leczniczych, w każdym przypadku schorzenia gośćcowego kręgosłupa usprawiedliwione, zwłaszcza w *spondylarthritis deformans*.

Bardzo dobre wyniki daje proteinoterapia w rze-

zączkowych zapaleniach stawów. Toteż zyskał ten sposób leczenia obok wstrzykiwań swoistej szczepionki znaczne rozpowszechnienie i uznanie. W przytoczonym piśmiennictwie donoszą o dobrych wynikach, względnie polecają to leczenie: prof. Latkowski, Munk, Schmidt, Freund, Zimmer, Lederer i inni. Zimmer uzyskał wyleczenie w 67% swoich przypadków. Külb (cyt. Bauer) uważa wstrzykiwania mleka nawet za lepsze od wstrzykiwań szczepionki.

Podobnie dobre wyniki daje proteinoterapia w zapaleniach okołostawowych. Tak np. Högl (cyt. Bauer) poleca wstrzykiwania mleka podskórne lub doskórne w okolicę schorzałej torebki maziowej, tak w przypadkach ostrych, jak i przewlekłych. Zimmer uzyskał przy pomocy yatren - kazeiny u swoich chorych na zapalenie okołostawowe barkowe wyleczenie w 75% przypadków. Zgadza się z temi wynikami także wyniki, uzyskane na małej liczbie chorych (np. Lederer), jak również wyniki, uzyskane przy pomocy stosowania innych metod nieswoistego leczenia bodźcowego (np. przy pomocy szczepień naskórnych).

Próbowano również stosowania proteinoterapii w mięśniobólach i nerwobólach. W mięśniobólach poleca J. Bauer wstrzykiwania mleka i yatren - kazeiny. O dobrych wynikach donosi również Lederer, Zimmer uzyskał wyleczenie wstrzykiwaniami y. c. w 83% przypadków ostrych mięśniobólów, w przypadkach przewlekłych w 65%, natomiast w mięśniobólu lędźwiowym tylko w 41%; również Lederer miał najgorsze wyniki w mięśniobólu lędźwiowym.

Podkreślić należy, że warunkiem wyniku leczniczego jest właściwe rozpoznanie gościa mięśniowego. Głównym objawem gościa mięśniowego jest, zdaniem prof. Latkowskiego, ból, występujący podczas ruchów, jak również uczucie słabnięcia i napięcia mięśni, tak, że chory nie może mięśniami poruszać. Charakterystyczną cechą dla gościa mięśniowego jest przeczuć nerwów mięśniowych, skórnych i stawowych (prof. Latkowski).

Dla spraw zapalnych mięśni o znanej etiologii charakterystyczne jest podwyższenie ciepłoty ciała. Pod postacią bólów mięśniowych kryją się nieraz schorzenia stawowe i kostne gruźlicze, kiłowe, zapalne na tle przerzutowym, osteomalacja i osteopatie. Zwłaszcza poza uporczywym mięśniobólem lędźwiowym ukrywa się często schorzenie gośćcowe kręgosłupa, co szczególnie podkreśla prof. Latkowski. Może to być przyczyną tak słabych wyników, uzyskiwanych przy pomocy proteinoterapii w mięśniobólach lędźwiowych przez przytoczonych autorów. Ważne w tych przypadkach jest dokładne badanie, zwłaszcza rentgenologiczne.

Z innych schorzeń, mogących być przyczyną omyłki rozpoznawczej, przytacza prof. Latkowski: choroby rdzenia kręgowego i opon mózgowych, nerwobóle nerwów obwodowych, bolesne kurcze mięśni np. kurcz pisarski, nerwice bólowe, bóle mięśniowe na tle zaburzeń czynności gruczołów dokrewnych i przemiany materji, schorzenia nerek, miedniczek nerkowych, tkanki okołonerkowej, narządów rodnych, śledziony, choroby serca i naczyń.

Co do nerwobólów, to w rwie kulszowej poleca Roch wstrzykiwania sernika, Bulmer domięśniowe wstrzykiwania peptonu (Schmidt). W nerwobólach poleca Bauer doskórne wstrzykiwania roztworu peptonu (dożylne są niebezpieczne, gdyż wywołują często wstrząs anafilaktyczny). Lederer miał

bardzo korzystne wyniki w przypadkach rwy kulszowej, mniej w innych nerwobólach. R. S c h m i d t spostrzegł korzystne działanie hyperthermanu w przypadkach przewlekłych nerwobólów, zwłaszcza w rwie kulszowej.

Obok wstrzykiwań ciał białkowych przyjęło się w leczeniu nerwobólów stosowanie innych preparatów, zwłaszcza szczepionek neurotropowych. Preparat vacci-neurin (*bac. prodigiosus* + gronkowiec) polecił D ö l l e n w r. 1914, i od tego czasu znajduje on zastosowanie w leczeniu rwy kulszowej (B ö h m), polecają go w ostatnich czasach na podstawie własnych spostrzeżeń F r e u n d oraz L o e b e l i S i m ó. Preparat neuro-yatren (*bac. prodigiosus* + gronkowiec + yatren) polecają w nerwobólach Z i m m e r i F r o e h l i c h. Pierwszy uzyskał ustąpienie dolegliwości w 72% przypadków rwy kulszowej, 57% przypadków innych nerwobólów. Według F r o e h l i c h a, kilka zastrzyknięć wystarcza naogół do uwolnienia chorego od cierpienia. Niektórzy autorzy zwracają uwagę na zdarzające się pogorszenia przy nieostrożnym stosowaniu bodźców w przypadkach nerwobólów.

Równie wysokie odsetki wyleczeń uzyskiwali inni autorzy, stosujący inne środki nieswoistego leczenia bodźcowego. Zgadza się one również mniej więcej w stosunku do poszczególnych schorzeń: uporczywe mięśniobóle lędźwiowe dawały naogół słabe wyniki, najlepiej z nerwobólów oddziaływała na leczenie rwa kulszowa.

Wstrzykiwania ciał białkowych mogą więc oddać duże usługi w wielu przypadkach gościa mięśniowego, oczywiście, jeśli właściwie zostały rozpoznane, co bywa nieraz bardzo trudne. Proteinoterapia może mieć również duże znaczenie w leczeniu gośćcowych schorzeń nerwów obwodowych, zwłaszcza rwy kulszowej.

Jak wynika z przytoczonego w tym rozdziale piśmiennictwa i doświadczeń klinicznych, proteinoterapia, wzgl. nieswoiste leczenie bodźcowe ma niezaprzeczone znaczenie w leczeniu ostrego i podostrego gościa stawowego, szczególnie w przypadkach ciężkich, nieoddziaływających na leczenie środkami „przeciwgośćcowymi”.

W niektórych przypadkach przewlekłego gościa stawowego może proteinoterapia przynieść pewne korzyści, przynajmniej jako środek leczenia pomocniczy, a to nie tylko we wczesnych, ale również w późniejszych okresach choroby. Warunkiem skuteczności leczenia jest jednak istnienie czynnego procesu zapalnego w stawie. Ze względu na możliwość pogorszenia należy dokładnie śledzić przebieg schorzenia w czasie leczenia i dawkować ostrożnie, biorąc pod uwagę właściwości osobnicze chorego.

Próby wstrzykiwań ciał białkowych, podobnie jak próby stosowania innych metod leczniczych dają mniejsze widoki powodzenia w schorzeniach gośćcowych kręgosłupa, są jednak usprawiedliwione w każdym przypadku, zwłaszcza w *spondylarthritis deformans*.

Większe usługi oddać może proteinoterapia w leczeniu rzeżączkowych zapaleń stawów, jak również w leczeniu zapaleń okołostawowych.

Duże korzyści przynieść może proteinoterapia w wielu przypadkach gościa mięśniowego. Słabe wyniki, uzyskiwane przez autorów w przypadkach uporczywych mięśniobólów lędźwiowych, spowodowane są przynajmniej w części tem, że bardzo często pod postacią bólów mięśniowych kryje się, jak to niejednokrotnie udowodnił prof. L a t k o w s k i, schorzenie stawów kręgosłupa.

Znaczne usługi oddać mogą wstrzykiwania ciał białkowych również w przypadkach nerwobólów, zwłaszcza w rwie kulszowej. Nerwobóle wymagają jednak ostrożności w stosowaniu bodźców, gdyż ulec mogą pogorszeniu.

III.

W miarę zjawiania się coraz to nowych środków nieswoistego leczenia bodźcowego próbowano stosowania ich również w schorzeniach gośćcowych. Z powodu prób, dotyczących tych środków, wspomnę jeszcze o próbach, dokonanych z szczepionkami, wyciągiem z chrząstek, siarką, preparatami, zawierającymi jad pszczoł, związkami złota i histaminą.

Autorzy amerykańscy i angielscy stosują w schorzeniach gośćcowych szczepionki paciorkowcowe, własne i mieszane. Uważają oni ich działanie za swoiste (C r o w e, W e t h e r b y i C l a w s o n, G r a y i G o w e n i inni). Dla uzyskania szczepionek własnych stosują różne metody, np. metodę L o w e a (cyt. B u c k l e y) „pathogen selective test”, polegającą na hodowaniu na pożywcze z krwi chorego bakterij, uzyskanych z kału chorego, płwociny i t. p. Swoistość szczepionek kontrolują próbami skórnymi (F r e i b e r g i D o r s t), odczynem odchylenia dopełniacza (B u r b a n k i C h r i s t e n s e n), bądź też próbami zlepniemi (W e t h e r b y i C l a w s o n). A. F i s c h e r, jak również F r e u n d i C o s t e uważają działanie tych szczepionek za nieswoiste. B u c k l e y uważa znów problem swoistości ich działania za nierozstrzygnięty. Dobre wyniki, nawet lepsze, niż innymi metodami, uzyskali B i l l i n g s, C o l e m a n n i H i b b s (cyt. W e t h e r b y i C l a w s o n), C r o w e, B u r b a n k i C h r i s t e n s e n (1006 przypadków), G r e y i G o w e n oraz W e t h e r b y i C l a w s o n (301 przypadków przewlekłych schorzeń stawowych); dobre wyniki miały dotyczyć, zdaniem niektórych z wymienionych autorów, również przypadków „osteoarthritis”. Z autorów niemieckich poleca szczepionkę paciorkowcową w przewlekłych zapaleniach stawów K o r b s c h (cyt. K ö n i g e r). Inni autorzy nie podzielają zdania zwolenników tej metody leczniczej. Tak np. według P e m b e r t o n a (cyt. B u c k l e y), szczepionki własne nie dają zachęcających wyników. C o n g d o n nie przekonał się o tem, aby leczenie szczepionkami miało większą wartość, niż inne metody lecznicze. C e c i l, B u c k l e y, a z autorów niemieckich A. F i s c h e r przyznają szczepionkom własnym, wzgl. paciorkowcowym pewne znaczenie w leczeniu przewlekłego gościa stawowego, nie podzielają jednak zdania entuzjastów tej metody leczniczej. Według A. F i s c h e r a, stosowanie szczepionek jest o tyle lepszą metodą leczenia bodźcowego, że daje się najłatwiej dawkować. Według E. F r e u n d a zaś mleko daje lepsze wyniki. W ostatniej z prac amerykańskich (rok 1934), opartej na spostrzeżeniach poczynionych na przeszło 2000 przypadków przewlekłych nieswoistych zapaleń stawów, zestawia A r c h e r rozmaite sprzeczne ze sobą wyniki i dochodzi do wniosku, że leczenie szczepionkami przewlekłych zapaleń stawów jest nieuzasadnione.

Szczepionka durowa, stosowana dożylnie, ma dawać dobre wyniki w przewlekłych zapaleniach stawów (Y e o m a n, H e n c h, cyt. S c h m i d t). Szczepionkę z prątką okrężnicy poleca K o r b s c h w przypadkach uporczywych mięśniobólów i zapaleń nerwów (cyt. K ö n i g e r). B ö c k h e l e r, W e i s s i B r a e n c k e r polecają preparat pyrifer (substan-

cje białkowe, uzyskane z niechorobotwórczych bakterij typu prątka okrężnicy) w przypadkach nerwoból n. trójdzielnego.

Szczepienia naskórne szczepionką P o n n d o r f a „B” i szczepionką P a u l a (zawierają one, między innymi, jad grzliczy) należą do bardzo rozpowszechnionych metod leczenia schorzeń gośćcowych, mają również bardzo bogate piśmiennictwo nietylko obce, ale także polskie (podane w pracy G o l d b a u m a). Wyniki, ogłaszane przez różnych autorów, są często sprzeczne ze sobą. Wyniki G o l d b a u m a (522 chorych na schorzenia gośćcowe) zgadzają się z wynikami, uzyskanymi wstrzykiwaniami ciał białkowych, w szczególności odsetki wyleczeń zgadzają się w zupełności z odsetkami, uzyskanymi yatren - kazeiną i neuroyatrenem przez Z i m m e r a. A mianowicie, uzyskał on wyleczenie 80% przypadków zapalenia okołostawowego barkowego, 60% przypadków rwy kulszowej, bardzo dobre wyniki również w mięśniobólach, najgorsze w mięśniobólach lędźwiowych (33%); przypadki przewlekłych zapaleń stawów wykazały wprawdzie dość wysoki odsetek przypadków „poprawionych”, bardzo niski jednak przypadków wyleczonych. Jak wynika ze spostrzeżeń G o l d b a u m a i cytowanych przez niego autorów, działanie szczepień naskórnych w „zwyrodnieniowych” schorzeniach stawów zawodzi prawie w zupełności.

S a n a r t h r i t, bezbiałkowy roztwór koloidalny wyciągu z płodowej chrząstki zwierzęcej, miał stanowić, jak sobie to wyobrażał H e i l n e r, zupełnie odrębny, przyczynowo działający środek leczniczy; jego działanie polegać miało na swoistym związku z tkankami stawowymi; według większości autorów stanowi jednak sanarthritis tylko nieswoisty bodziec (E. F r e u n d, Z i m m e r). Preparat ten, wstrzykiwany dożylnie, wywołuje bardzo silne odczyny. Przez zmniejszenie dawek (U m b e r) i skrócenie przerw (K ö n i g e r) udaje się osłabić odczyny ogólne. O dobrych wynikach, uzyskanych tym preparatem, doniósł U m b e r. Ma on dawać dobre wyniki w przewlekłych schorzeniach stawów a także w ostrym gościcu wielostawowym i ostrych mięśniobólach (R e n n e n, cyt. K ö n i g e r).

Stosowanie w schorzeniach gośćcowych domięśniowych wstrzykiwań 1% roztworu siarki w oliwie polecili autorzy francuscy. Wywołują one jednak bardzo silne i bolesne odczyny miejscowe. W Niemczech został później przygotowany preparat sufrogel (roztwór koloidalny siarki w żelatynie), wywołujący łagodniejsze odczyny miejscowe i ogólne. Preparat ten działa na przemianę materji i na obraz krwi podobnie, jak ciała białkowe (Meyer - B i s c h), pozatem ma zmieniać skład chemiczny i zdolność pęcznienia chrząstek stawowych (Meyer - B i s c h i H e u b n e r cyt. K ö n i g e r). Zdaniem C o u t u r a t a, siarka ma działać ponadto na zmianę chorobowo w schorzeniach stawowych przemianę siarki w ustroju, w szczególności na stosunek glutatjonu we krwi do reszty siarki. Odczyny, wywoływane przez sufrogel (także miejscowe), są jednak jeszcze bardzo silne (L o e b e l i S i m ó, S c h l e s i n g e r); znacznie słabsze odczyny wywołuje natomiast preparat siarki koloidalnej t. zw. diasporal siarkowy (S c h l e s i n g e r), bardzo łagodnie działa również preparat organiczny, zawierający siarkę, detoxin (produkt hydrolizy keratyny). We Francji stosowali siarkę w oliwie z dobrym wynikiem w przewlekłych schorzeniach stawowych M i c h a u x i M a h o u d e a u (cyt. C o u t u r a t), ostatnio C o u

t u r a t. Dobre wyniki między innymi w przewlekłych schorzeniach stawowych i przewlekłej rwie kulszowej uzyskiwało przy pomocy sufrogelu wielu autorów niemieckich; najpierw Meyer - B i s c h, później De i s t, S p i e t h o f f, B r i l l, D i e t e l (cyt. K ö n i g e r), w ostatnich czasach J o h n. Preparat detoxin stosował w schorzeniach stawowych T r e i b m a n n, później wielu innych autorów. Co do wartości siarki w porównaniu z innymi środkami leczenia bodźcowego, zdania są jednak podzielone. E. F r e u n d, J. B a u e r, L o e b e l i S i m ó nie stwierdzili w przeciwieństwie do wymienionych autorów wielkiej skuteczności siarki. Natomiast należy zaznaczyć, że tak wielu starszych wyżej wymienionych autorów niemieckich, jak i młodszy (J o h n, B u r k a r d t) donoszą o dobrych wynikach, uzyskanych wstrzykiwaniami siarki w niezapalanych schorzeniach stawów. Również autorzy francuscy (C o s t e, F o r e s t i e r i L a c a p è r e) polecają w „arthroses” siarkę, zwłaszcza w postaci koloidalnej.

Również w ostatnich latach ukazały się liczne publikacje o leczeniu schorzeń gośćcowych jadem pszczoł, związkami złota i histaminą.

J a d p s z c z ó ł. Z metody ludowej (F l u r y, B e j l i n a) uczynił leczenie spraw gośćcowych ukaszieniami pszczoł metodą lekarską T e r c w r. 1888. Podjął ją K e i t e r w r. 1914. Później dopiero K r e t s c h y i P o l l a c k uzyskali roztwór jadu pszczoł, nadający się do wstrzykiwań. Według L a n g e r a, jest on pod względem chemicznym ciałem pośrednim pomiędzy bezbiałkowymi sapotoksynami zwierzęcymi (jady węzów) a jadami z grupy kantarydynowej. Wstrzyknięcie w okolicę chorego stawu powoduje, według B e c k e r a, natychmiastowe ustąpienie bólu. Być może, pobudza jad pszczoł wchłanianie przewlekłych nacieków zapalnych (N o w o t n y). Jad pszczoł posiada, zdaniem autorów, polecających to leczenie, własności ogólnego przestrajania ustroju. Własności te są ściśle związane z odpornością na jad pszczoł: wstrzyknięcie doskórne powoduje odczyn miejscowy, ograniczający się u chorych na sprawy gośćcowe do t. zw. odczynu pierwotnego, polegającego na wytworzeniu bąbla, ustępującego w krótkim czasie; natomiast u ludzi zdrowych odczyn pierwotny zmienia się na odczyn wtórny, polegający na wytworzeniu silnego obrzęku. Wielokrotne powtarzanie odczynu pierwotnego powoduje jednak u chorych na sprawy gośćcowe uczulenie na jad, tak, że wywołane w bliskiej od siebie odległości bąble zaczynają się wskutek silnego obrzęku ze sobą zlewać. Przy dalszym stosowaniu jadu zjawia się w miejsce uczulenia odporność, równocześnie może nastąpić wyleczenie schorzenia. K r e t s c h y rozróżnia więc u chorych, leczonych jadem pszczoł, trzy okresy odporności: 1) okres ujemny, 2) okres normalnego odczynu (to znaczy okres zlewania się bąbli), 3) okres nabytej odporności. Nabyta odporność, a więc i wynik leczniczy ma być nietrwały, leczenie wymaga więc co pewien okres czasu powtarzania.

W części przypadków towarzyszą odczynom miejscowym odczyny ogólne i ogniskowe, zwykle jednak bardzo słabo zaznaczone; odczyn ogólny objawia się zawrotami i bólami głowy, nudnościami, biegunkami, potami i bardzo rzadko gorączką (B e c k e r); odczyn ogniskowy, występujący zwłaszcza z początkiem leczenia, polega na wzmożeniu bólów stawowych lub neuralgicznych (F e h l o w). Silniejszy odczyn ogólny ma wskazywać na tło grzlicze, rzeżączkowe lub kiłowe (B e c k e r, F e h l o w). Preparat z jadu pszczoł

immenin, nadający się do wstrzykiwań, wyrabia się w 5 stężeniach (B e c k e r), preparat do wstrzykiwań apicosan wyrabiają w 3 stężeniach (F e h l o w). Preparat do wcierań forapin jest maścią, zawierającą obok jadu pszczoł różne dodatki, ułatwiające wchłanianie przez naskórek, m. in. nieco kwasu salicylowego (S c h w a b).

Wstrzyknięcie dokonywa się doskórnie, najlepiej specjalną igłą K r e t s c h y e g o. B e c k e r wstrzykuje w okolicę łopatek, K r o n e r i F e h l o w po stronie wyprostnej przedramion. Leczenie przeprowadza się w ten sposób, że wywołuje się coraz więcej bąbli i stosuje coraz silniejsze stężenia. Wcierań maści forapin stosuje się w okolicę chorych, zaś w razie podrażnienia skóry w miejscach odległych. Działania uboczne i objawy idiosynkrazji mają zdarzać się rzadziej po stosowaniu maści, niż po doskórnych wstrzykiwaniach jadu (S c h w a b).

Schorzenia ostre nie nadają się do leczenia jadem pszczoł ze względu na długi czas trwania leczenia (F e h l o w).

K r o n e r widział działanie jadu pszczoł w wielu przypadkach przewlekłych zapaleń stawów, w których poprzednio leczenie bodźcowe było bezskuteczne; dobre wyniki można uzyskać, jego zdaniem, również w późniejszych okresach tych schorzeń. Najlepsze wyniki daje schorzenia mięśni i nerwów.

L o e b e l i S i m ó, którzy naogół oceniają swoje wyniki bardzo krytycznie, stosowali apicosan u 58 chorych. Dobre wyniki mieli w średnio ciężkich przypadkach pierwotnego i wtórnego przewlekłego zapalenia stawów (w 14-tu przypadkach na 18), w których to schorzeniach wyniki, uzyskane yatren-kazeiną i mirionem, oceniali jako niezbyt zachęcające (zwłaszcza w gośćcu wtórnym); mieli oni stwierdzić również przejściową poprawę bólów i ruchomości w chorobie B e c h t e r e w a; za główne wskazania dla jadu pszczoł uważają przypadki przewlekłego zapalenia stawów, mięśniobóle i nerwobóle.

B e c k e r stosował immenin u 120 chorych; najlepsze wyniki osiągnął w rwie kulszowej i innych nerwobólach, dobre również w przewlekłych zapaleniach stawów; w 6 na 7 przypadków choroby B e c h t e r e w a i kilku przypadkach niezapalnych schorzeń stawowych uzyskał poprawę.

F e h l o w miał najlepsze wyniki w mięśniobólach, rwie kulszowej i innych nerwobólach, dobre wyniki także w zapaleniu stawów pierwotnym i wtórnym oraz w części przypadków *arthritis deformans*.

N o w o t n y stwierdził poprawę w 20-tu leczonych immeninem przypadkach przewlekłych zapaleń stawów. R o c h miał dobre wyniki w przypadkach przewlekłego gościa, zwłaszcza w rwie kulszowej. B u r k a r d t poleca okołostawowe wstrzykiwania jadu pszczoł w przypadkach zeszytwnień jednostawowych, zwłaszcza stawów kolanowych, z zupełnie wygasłym procesem zapalnym.

Dotychczasowe próby stosowania w schorzeniach gośćcowych jadu pszczoł wydają się więc zbędne. Aby wyciągać wnioski w kierunku skuteczności tej metody leczniczej.

Z w i a z k i z ł o t a. Leczenie spraw gośćcowych wstrzykiwaniami związków złota zapoczątkował F o r e s t i e r w r. 1929. Publikacje dotyczą głównie schorzeń stawowych. Wśród preparatów stosowanych znajdują się nieorganiczne połączenia, jako związki kw. tiosiarczanego (sanokryzyna i aurosan S p i e s s a).

oraz organiczne, jak allochryzyna, solganal i aurodetoxin. Solganal istnieje w 4-ch postaciach, nadających się do wstrzykiwań dożylnych i domięśniowych oraz do stosowania doustnego.

Leczenie solami złota ma trzy wady: 1) jest bardzo długotrwałe, 2) ma dużo działań ubocznych, 3) często zdarza się nadwrażliwość na związki złota. Pomijając zdarzające się przypadki ciężkich i groźących życiu objawów (S e c h e r, L o e v y, F o r e s t i e r, U m b e r i R ü t h e r), zdarzają się często (po solganalu 7—10% przypadków, U m b e r i R ü t h e r) osutki skórne podobne do szkarlatynowej lub odrowej, wczesne (po drugim wstrzyknięciu) i późne (jako objaw nasycenia ustroju solami złota, B u c k l e y). Poza tym często zdarzają się wznieśnienia ciepłoty powyżej 0,5°C (B u c k l e y), a nawet do 2,5°C, czasem dreszcze, ogólne osłabienie, bóle głowy, członków i t. p. (L o e v y). Objawy przejściowego podrażnienia nerek z białkomoczem, obecnością wałeczków i krwinek w moczu zdarzały się u jednych autorów często, u innych rzadko. Często zdarza się również wzmożone oddawanie moczu (F e h l o w). F r e u n d stwierdzał czasem krótkotrwałe napady częstoskurczu. S l o t i D e v i l l e stwierdzili w jednym przypadku lekką żółtaczkę. Przy dłuższym stosowaniu leczenia występuje czasem smak metaliczny w ustach, co może doprowadzić nawet do ciężkiego wrzodziejącego zapalenia błony śluzowej jamy ustnej (F o r e s t i e r, B u c k l e y). Odczynów miejscowych wstrzykiwania domięśniowe nie wywołują (F o r e s t i e r). Przy stosowaniu drażetek solganal zdarzają się bardzo często biegunki (F r e u n d, I z r a e l s k i). Odczyny ogniskowe występują dość rzadko (F o r e s t i e r), zwykle z początkiem leczenia (S e c h e r, F r e u n d, S l o t i D e v i l l e); polegają one na zastrzeżeniu objawów stawowych (obrzek i ból); mają one być silniejsze po solganalu, niż po allochryzynie (B u c k l e y).

Zdaniem wielu autorów, mają dawać związki złota szczególnie dobre wyniki w przewlekłych zapalnych schorzeniach stawów. Publikacje, dotyczące przedmiotu, opierają się jednak na skąpych spostrzeżeniach. Tak np. F o r e s t i e r donosi, że na 48 przypadków tylko w jednym miał wynik ujemny. L o e v y miał uzyskać wyleczenie w 81 na 111 przypadków. O bardzo dobrych wynikach donoszą również U m b e r i R ü t h e r (90 przypadków). Inni autorzy wyrażają się mniej entuzjastycznie o skuteczności związków złota w przewlekłych zapaleniach stawów. Np. F e h l o w uzyskał wyniki nieszczególne. Wydaje się więc niesłusznym, przynajmniej w chwili obecnej, wyciągać wnioski o szczególnie dużej skuteczności soli złota w przewlekłych zapaleniach stawów. Wedle zdania wielu autorów, w pewnej liczbie przypadków udaje się uzyskać poprawę lub wyleczenie; trujące jednak działanie złota obniża znacznie jego wartość w porównaniu z innymi środkami, działającymi drogą ogólnego odczynu ustroju, i przemawia przeciw jego stosowaniu.

H i s t a m i n a. Myśl zastosowania histaminy (D e u t s c h, r. 1931) powstała ze spostrzeżeń, wskazujących na fakt, że działanie w schorzeniach gośćcowych różnych bodźców, drażniących skórę, polega na działaniu wytwarzającej się w skórze histaminy. Nie jest to wprawdzie pewne, czy ciała, powstające pod wpływem tych bodźców, są w zupełności identyczne z histaminą (H o f f), spostrzeżenia nad jej działaniem miejscowym dowodzą jednak niezbicie jej wyraźnego wpływu rozszerzającego na naczynia włosowate i wzma-

gającego miejscowe krążenie włosowate. Obok działania miejscowego histamina posiada również różnorodne działania ogólne, objawiające się zmianami czynności ustroju, podlegających układowi roślinnemu: wzmoczenie czynności wydzielniczej gruczołów, pobudzenie skurczów mięśni gładkich, rozszerzenie naczyń włosowatych i spadek ciśnienia krwi, nieznaczne podwyższenie ciepłoty (cyt. wg. Burkardta), wzmoczenie przemiany spoczynkowej, zakwaszenie ustroju, wzmoczenie czynności żernych fagocytów (cyt. wg. Rytla, Higiera i Dziewanowskiej). Wydaje się więc słusznym zaliczyć histaminę do środków, działających na ustrój ogólnie przestrajająco.

Histamina nie działa zupełnie, gdy podamy ją doustnie, gdyż ulega rozpadowi, przechodząc przez miąższ wątroby. Powstaje ona w tkankach podczas wstrząsu anafilaktycznego. Związek ten tworzy się przy autolizie białek (Supniewski). Wydaje się więc bardzo prawdopodobnym, że w powstawaniu odczynów ogólnych ustroju, wywołanych n. p. wstrzykiwaniami ciał białkowych, mniejszą lub większą rolę odgrywa histamina. Podobieństwo do nieswoistych „bódców” leży również w związku czynności farmakologicznej histaminy z pozajelitowym jej stosowaniem. Działanie histaminy w schorzeniach gośćcowych można, podobnie jak działanie środków leczenia za pomocą ogólnego odczynu ustrojowego, ująć jako:

1) odczyn miejscowy, cechujący się wytwarzaniem szybko przemijających bąbli z czerwoną otoczką, połączonych ze swędzeniem lub pieczeniem;

2) odczyn ogniskowy, polegający na przejściowym, czasem stałym ustąpieniu lub zmniejszeniu bólu w chorym narządzie oraz polepszeniu ruchów;

3) odczyn ogólny, silniej zaznaczony po wstrzyknięciu, niż przy stosowaniu miejscowym, polega zwykle tylko na przemijającym uczuciu gorąca w całym ciele i zaczerwienieniu twarzy; niekiedy występuje ból i zawroty głowy, uczucie napięcia gałek ocznych, uczucie niepokoju w okolicy serca, spadek ciśnienia krwi, uczucie senności i t. p. (Rytel, Higier i Dziewanowska, Shanson i Eastwood), nieznaczne wznesienia ciepłoty, kilkakrotne oddanie stolca w ciągu dnia (Burkardt).

Wstrzykiwań histaminy w sprawach gośćcowych próbował już Deutsch w r. 1931. Spostrzegał on szybkie, lecz przejściowe ustępowanie bólu oraz poprawę ruchomości po wstrzykiwaniach w skórę w okolicy chorego stawu, wzgl. mięśnia lub w schorzały mięsień. Bliższych liczb autor nie podaje. Pozatem próby wstrzykiwań histaminy dotyczą głównie schorzeń stawowych. Burkardt wstrzykiwał imido-Roche w części miękkie, otaczające staw, obok innych preparatów bodźcowych; donosi on, że dobre wyniki uzyskał w przypadkach pierwotnych przewlekłych zapaleń stawów. Rytel, Higier i Dziewanowska wstrzykiwali podskórnie i domięśniowo imido-Roche w 14-tu przypadkach różnych przewlekłych schorzeń stawowych, spostrzegali jednak poprawę tylko w niewielkim odsetku przypadków. Shanson i Eastwood stosowali podskórnie kwaśny fosforan histaminy i domięśniowo tiahistaminę w 70 przypadkach różnych przewlekłych schorzeń stawowych; uzyskiwali oni poprawę ruchomości stawów i zmniejszenie bólu; poprawa była jednak przejściowa, jakkolwiek ograniczenie ruchomości stawów nie wracało do stanu przed rozpoczęciem leczenia. Metoda wstrzykiwań histaminy w przewlekłych schorzeniach stawowych wydaje się więc na podstawie

przytoczonych, bardzo skąpych spostrzeżeń raczej mniej skuteczna od innych metod leczenia odczynami ustrojowymi.

Maść histamonową imadyl-Roche poleca Betmann w mięśniobólach. W ostrych mięśniobólach tułowia i kończyn radzi ją wcierać w skórę skaryfikowaną. Drugą metodę wypróbował na dużej liczbie przypadków Faber (liczb autor, niestety, nie podaje). W przewlekłych i ostrych mięśniobólach (głównie tułowia i barku) prawie bez wyjątku uzyskiwał on wyleczenie i to w krótszym czasie, niż innymi metodami. Natomiast w przewlekłych schorzeniach stawowych, jak również w nerwobólach n. kulszowego wyniki były bardzo słabe. Objawy uboczne ogólne zdarzały się bardzo rzadko. Wyniki te, poparte doświadczeniami, dokonaniem jonto- i elektroforezą histaminową przez innych autorów (Laqueur i inni), przemawiają za znaczną skutecznością tych wcierań w mięśniobólach tak ostrych, jak i uporczywych przewlekłych.

Zestawiając działanie różnych środków nieswoistego leczenia bodźcowego w schorzeniach gośćcowych, można przyjąć, że stosowanie leczenia bodźcowego nieswoistego daje, ogólnie biorąc, dosyć korzystne wyniki. Stosowanie środków bodźcowych nieswoistych wymaga jednak dużego doświadczenia klinicznego, nigdy bowiem nie można ściśle obliczyć, jaki odczyn w ustroju powstanie po zastosowaniu pewnego środka, ogólnie działającego. Wielkość dawki, częstość jej stosowania musi być ściśle dobrana do rodzaju schorzenia, stopnia jego ciężkości i przebiegu choroby. Wyniki korzystne leczenia nieswoistego bodźcowego będą tem lepsze, im dokładniej opracuje się wskazania do stosowania każdego z tych środków, im dokładniej ustali się metodę i technikę leczenia oraz im ściślej ujmie się klasyfikację schorzeń gośćcowych.

Streszczenie.

Autor przedstawia dzisiejszy stan wiedzy o leczeniu zapomocą wstrzykiwań różnych ciał wywołujących ogólne odczyny ustroju i omawia ich działanie w schorzeniach gośćcowych. Na podstawie piśmiennictwa traktującego o tym przedmiocie oraz spostrzeżeń poczynionych przez Klinikę Lekarską U. J. (prof. dr. Latkowski) dochodzi autor do przekonania, że wstrzykiwania ciał białkowych i niektórych innych substancji mogą dać dobre wyniki w wielu przypadkach reumatycznych zapaleń stawów, zapaleń okołostawowych, gośćca mięśniowego i nerwobólów (zwł. rwy kulszowej), mogą również oddać usługi w leczeniu przyp. ostrego i podostrego gośćca stawowego opornych na środki „przeciwgośćcowe”, jak również w niektórych przypadkach przewlekłych zapaleń stawów i schorzeń gośćcowych kręgosłupa (zwł. *spondylarthriti deformans*). Wyniki będą tem lepsze im dokładniej opracuje się wskazania do stosowania każdego ze środków i sposoby ich stosowania, oraz im ściślej ujmie się klasyfikację schorzeń gośćcowych.

—O—

Jaśnie Wielmożnemu Panu Dziekanowi, Prof. Dr. Józefowi Latkowskiemu, składam wyrazy głębokiej wdzięczności za podanie tematu do pracy, cenną pomoc w pracy oraz za łaskawe zezwolenie korzystania z własnych Jego nieogłoszonych rękopisów.

PIŚMIENICTWO.

Abessalmow. (Klin. med. russ.). Dtsch. med. Wschr. 1931, 50, 2125. — Archer Benjamin H. J. amer. med. Assoc. 1934, 102, 1449. — Bauer J. Der sogenannte Rheumatismus (Verl. Steinkopff, Dresden u. Leipzig 1929) — Becker S. — Ther. Gegenw. 1931, 6, 251. — Bejlina J. A. — Sow. Wracz. Gaz. 1934, 7. — Bettmann E. — Dtsch. med. Wschr. 1932, 26, 1006. — Böckheler Th. — Münch. med. Wschr. 1933, 44. — Böhm M. — Münch. med. Wschr. 1930, 2, 64. — Braencker W. — (Ärztl. Ver. Hamburg). Münch. med. Wschr. 1934, 32, 1256. — Buckley Ch. W. — (Brit. med. J.). Dtsch. med. Wschr. 1933, 30, 1185. — Buckley Ch. W. — Brit. med. J. 1934, nr. 3819, p. 469. — Burbank R. a. Christensen B. E. — J. Bone Surg. 1931, 13, 2, 246. — Burkardt A. J. — Dtsch. med. Wschr. 1932, 48, 1878. — Burkardt A. J. — Dtsch. Arch. kl. Med. B. 174, 2, 162 (1932). — Burkardt A. J. — Münch. med. Wschr. 1932, 11, 417. — Burkardt A. J. — Ther. Gegenw. 1932, 5, 198. — Cecil. — (J. Amer. Med. Assoc. 1933). Ztrbl. inn. Med. 1934, 8, 184. — Chochłow A. — Klinicz. Med. XII, 4, (1934). — Congdon Ph. M. — Lancet 1932, 178. — Coste, Forestier, Lacapère-Presse méd. 1931, no. 39. — Couturat J. — Presse méd. 1934, 57, 1164. — Crowe R. W. — J. Labor. a. Clin. Med. XV, 11 (1930). — Derfl. — Cas. Lék. Cesk. 1933, 39. — Deutsch D. — Dtsch. med. Wschr. 1931, 1225. — Deutsch D. — Med. Klin. 1931, 41, 1483. — Donath J. — Wien. klin. Wschr. 1931, 19, 616. — Donath J. — (40. Fortbildungskurs Wien. med. Fakult.). Wien. med. Wschr. 1931, 12, 408. — Dresel. — (Berl. med. Gesellsch.). Dtsch. med. Wschr. 1931, 6, 258. — Faber A. — Münch. med. Wschr. 1933, 32, 1249. — Fehlow W. — Münch. med. Wschr. 1930, 52, 2215. — Fehlow W. — Dtsch. med. Wschr. 1932, 9, 334. — Fischer A. — Klin. Wschr. 1932, 31, 1313. — Fischer A. — (Rheinwestf. Gesellsch. inn. Med.). Münch. med. Wschr. 1932, 40, 1621. — Forestier J. — Presse méd. 1931, 40. — Forestier J. — Lancet 1932, 441. — Freiberg J. A. a. Dorst St. E. — (Journ. Labor. Clin. Med.). Pol. gaz. lek. 1931, 14, 275. — Freund E. — Gelenkerkrankungen (Verl. Urban et Schwarzenberg 1929). — Freund R. — Med. Klin. 1931, 11, 992. — Freund R. — (Berl. Med. Gesellsch.). Klin. Wschr. 1931, 7, 328. — Fröhlich E. — Ther. Gegenw. 1933, 3, 141. — Goldbaum M. — Warsz. Czas. Lek. 1932, 37, 853. — Gray J. W. a. C. H. Gowen. — Amer. J. Med. Sci. 182, 682 (1931). — Halperm F. — Pol. Gaz. Lek. 1934, 33/34, 619. — Herzholz J. — Münch. med. Wschr. 1931, 23, 949. — Hoff F. — Münch. med. Wschr. 1931, 9, 351. — Hoff F. — Dtsch. med. Wschr. 1931, 48, 2019. — Huhn D. — Z. klin. Med. 121, 3/4, 285 (1932). — Izraeliski E. — Dtschr. med. Wschr. 1931, 30, 1280. — John E. — Wien. med. Wschr. 1934, 5. — Karp M. — Münch. med. Wschr. 1931, 45, 1913. — Karp M. Ztrbl. inn. Med. 1933, 52, 1089. — Klewitz F. — Dtsch. med. Wschr. 1927, 41, 1719. — Königer H. — Krankenbeh. durch Umstimmung u. s. w. (Verl. G. Thieme, Leipzig 1929). — Kowarschik I. — Wiener klin. Wschr. 1932, 19, 577. — Kowarschik I. — (Rheumatismustagung in Linz). Wien. klin. Wschr. 1932, 34,

1051. — Krebs W. — in „Rheumaprobleme“ (Verl. G. Thieme, Leipzig 1929). — Kroner J. — Münch. med. Wschr. 1930, 40, 1711. — Laqueur A. — Klinische Fortbildung (G. Klemperer) B. II. S. 248 (1934). — Latkowski J. prof. — Przegl. lek. 1917, nr. 34. — Latkowski J., prof. — Studja kliniczne nad wpływem c. białkowych i t. d. (w rękopisie r. 1918). — Latkowski J., prof. — Polsk. Arch. Med. Wewn. t. I, (1924). — Latkowski J., prof. — Polsk. Arch. Med. Wewn. t. IX, z. 3, 669 (1931). — Latkowski J., prof. — Pol. Gaz. Lek. 1934, nr. 9. — Lederer E. — Münch. med. Wschr. 1925, 3, 83. — Loebel R. u. A. Simó. — Med. Klin. 1930, 10, 345. — Loevy H. — Med. Klin. 1932, 36, 1243. — Munk F. — Dtsch. med. Wschr. 1921, 5, 119. — Munk F. — „Gelenkerkrankungen (chron.)“ in G. u. F. Klemperer, Neue Dtsche Klinik B. III. S. 755 (1929). — Nowotny H. — Münch. med. Wschr. 1932, 29, 1159. — Ortmann F. — Münch. med. Wschr. 1931, 29, 1229. — Payr. E. — „Gelenkerkr. vom chirurg. Standpunkt“ in G. u. F. Klemperer, Neue Dtsche Klinik B. IV. S. 1. (1930). — Peemöller Fr. — Dtsch. med. Wschr. 1922, 36, 1205. — Pekar M. — Lekarz Polski, 1 listop. 1933. — Plate E. — Münch. med. Wschr. 1925, 31, 1284. — Richet M. M. Ch. (fils), J. Facquet, Mlle Davons-Bull. Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris 1933, 23, 935. — Roch. M. — (Rev. méd. Suisse rom.). Münch. med. Wschr. 1933, 45, 1798. — Rytel A., S. Higier i T. Dziewanowska. — Pol. gaz. lek. 1934, 20, 269. — Sävecke K. — (Nordwestsche. Ges. inn. Med. Kiel.). 20, 269. — Sävecke K. — (Nordwestdsche. Ges. inn. Med. Kiel.). med. Wschr. 1931, 31, 1301. — Schmid H. H. — Münch. med. Wschr. 1931, 40, 1712. — Schmidt R. — Med. Klin. 1932, 10, 317. — Schmidt R. — „Proteinkörpertherapie“ in G. Klemperer, Klinische Fortbildung B. II. S. 411, (1934). — Schober P. — Klinik des chron. Rheumatismus (Verl. Euke, Stuttgart 1933). — Schwab R. — Münch. med. Wschr. 1934, 21, 793. — Schwenkebecher A. u. K. Eimer. — „Gelenkrheumatismus“ in G. u. F. Klemperer, Neue Dtsche Klinik B. IV. S. 40, 1930. — Secher K. — (Nordisk medinsk Tidsskrift 1933). Presse méd. 1934, 36, 95. — Secher K. — Dtsche med. Wschr. 1933, 3, 90. — Shanson B. a. C. G. Eastwood. — Lancet 1934, 1, 1226. — Slot G. a. P. M. Deville. — Lancet 1934, nr. 2, p. 73. — Starckenstein, Rost, Pohl. — Toxikologie (Verl. Urban et Schwarzenberg 1929). — Stejskal K. — Wien. klin. Wschr. 1933, 47, 1428. — Stintzing R. — Münch. med. Wschr. 1922, 7, 229. — Strauss u. Fliegel. — Wien. klin. Wschr. 1924, 19, 482. — Supniewski J. — Podręcznik farmakologii (nakł. „Delta“, Warszawa, 1935). — Treibmann E. — Med. Klin. 1928, 48. — Umber F. u. A. Rüther. — Dtsch. med. Wschr. 1934, 9, 317. — Veil W. H. — Ther. Gegenw. 1934, H. 3, H. 4, H. 5. — Velden R. v. d. — Dtsche med. Wschr. 1933, 41, 1578. — Vezér V. — Cas. lék. česk. 1932, nr. 32. — Weiss H. — Psych.-neur. Wschr. 1933, nr. 10. — Wetherby M. a. B. J. Clawson. — J. Amer. Med. Assoc. 1932, 98, 23, p. 1974. — Zenow J. — Wien. klin. Wschr. 1934, 1, 235. — Zimmer A. — Münch. med. Wschr. 1924, 25, 818. — Zimmer A. — „Die Reizther. der rheum. Krankh.“ in A. Zimmer: Die Behandlung der rheum. Krankh. (Verl. Fischer, Leipzig 1930).

Oceny książek

Dr. med., dr. fil. Tadeusz BILIKIEWICZ, Doc. U. J. **Psychoanaliza w praktyce lekarskiej.** (Wydawnictwo lekarskie „Eskulap”. Warszawa 1935).

W krótkiej (31 str.) monografii autor daje tylko bardzo skondensowany ekstrakt zawitych zagadnień, związanych z techniką i terapią psychoanalityczną. Lekarz-praktyk, stojący zdaleka od tej skomplikowanej problematyki, na niejedno pytanie wprawdzie będzie musiał szukać odpowiedzi w bardziej wyczerpujących źródłach, mimo to książkę tę przeczyta

z wielką dla siebie korzyścią. Autorowi bowiem zapomocą licznych przykładów udało się przedstawić rolę patogenetyczną nieświadomych konfliktów popędowych w powstawaniu objawów chorobowych nie tylko o charakterze psychicznym, ale i o wyraźnym obliczu somatycznym, co szczególnie jest ważne dla lekarza-praktyka. Czytelnik poznaje również uzdrawiające znaczenie metody psychoanalitycznej, która tkwiące w nieświadomości i szukające sobie ujścia popędy wydobywa na światło dzienne świadomości.

Wl. M a t e c k i.

Wskazówki praktyczne

W artykule p.t. „Higjena higieny“ zwraca Klaesi uwagę na niebezpieczeństwo przesady w wymaganiach higienicznych i opiece osobniczej, które pozbawiają człowieka odporności w walce ze światem zewnętrznym, a przynajmniej w wysokim stopniu odporność tę osłabiają. (Schweiz. med. Wsch. 1935, N. 24).

—o—

Na zasadzie doświadczeń na zwierzętach i *in vitro*, które wykazały **zabójcze działanie witaminy C** (kwasu askorbinowego) na **zjadliwość i toksyczność lasecznika błonicy**, zachęca E. Polónyi do prób leczniczych w tym kierunku u człowieka. Ponieważ wspomniane działanie szybko przemi-

ja, przeto należałoby stosowanie leku powtarzać 2—3 razy dziennie. (W. m. W. 1935, N. 25).

—o—

W leczeniu zachowawczem **rzucawki porodowej** poleca Vogt najpierw obfity upust krwi, co najmniej 500 ctm³, w cięższych przypadkach nakłucie łądźwiowe, w stanach przed-rzucawkowych leczenie głodowe i bez płynów. Dla zapobieżenia drgawkom i w razie ich wystąpienia **Pernoclon** w ilości 1 ctm³ na 12½ kg. dożylnie. Uspokajająco działa także leczenie siarczanem magnezji z glukozą. (Fortschr. Ther. 1935, Z. 6).

—o—

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Protokół posiedzeń klinicznych oddziałów wewnętrznych im. Seweryna Sterlinga Szpitala fund. Poznańskich w Łodzi.

Styczeń 1935 r.

Z oddziału A (ordynator L. S z y f m a n).

Kol. K o t o k przedstawia **przypadek białaczki limfatycznej**.

Chory Z. S., lat 52. L. 1078. Początek choroby przed trzema miesiącami; objawy kataru i obrzęku nosa. Na oddziale stwierdzono: Wa—, wątroba powiększona, śledziona nieznaczna, powiększenie gruczołów śczekowych, pachowych, nachwiniowych. Morfologicznie — 1.400.000 czerwonych ciałek, Hb — 23%, ind. — 0,8, anizo- i poikilocytoza, białych ciałek — 186.000, z tego: 99% limfocyt., 1% obojętnochłonnych. Laryngologicznie: *pharyngotonsillitis ulcerosa*; stała wysoka ciepłota. Uderza współistnienie ciężkich zmian gardzieliowych już w początkowym okresie przewlekłej białaczki limfatycznej; przeciwko ostrej białaczce przemawia brak skazy krwotocznej i dotychczasowy trzymiesięczny przebieg choroby.

Kol. L e i p u n e r przedstawia **przypadek cukrzycy, powiklanej gruźlicą**.

Chora D. F., lat 46. L. 1112. Drugi pobyt w szpitalu; we wrześniu 1934 r. wypisana z rozpoznaniem *coma diabeticum*, *phthis. pulm. declarata*, *tbc. fibro-caseosa bilat. progred. chron.* We krwi 3,5 mlgr. cukru, ilość dobową cukru 40 gr.; wówczas po pobycie w szpitalu — poprawa. Cukrzyca od lat 9, zmiany gruźlicze stwierdzono przed dwoma laty, kilkakrotnie stanowiąc śniączkowe. Obecnie stwierdzono OB — 17; K o c h +; rozległe obustronne zmiany fizyczne, którym rentgenologicznie odpowiadają serowato - wrzodziejące obrazy z jamami w płucach lewym; natomiast w moczu 0,6 cukru, brak acetonu. W porównaniu z obrazem chorobowym z września pogorszenie spraw gruźliczej, przejście w *phthisis consumptiva* i poprawa objawów cukrzycowych. Po 20 jedn. insuliny ustąpienie cukromoczu, podczas gdy za pierwszym pobytom 60 jedn. prawie bez wyniku. Poprawa stanu cukrzycowego tłumaczy się wyniszczeniem chorej przez sprawę gruźliczą i upośledzeniem łaknienia.

Kol. S z y f m a n i kol. K o c e n przedstawiają **przypadek guza jamy brzusznej o atypowym obrazie hematologicznym**.

Chora B. S., lat 60. L. 1041. Choroba datuje się od trzech miesięcy, nagle wystąpienie bólów w kończynie dolnej prawej, poczem w lewej; następny obrzęk kończyn z rozszerzeniem żył, stany podgorączkowe, krwiotłucie z jednoczesnym kłuciem w prawej połowie klatki piersiowej. U chorej stwierdza się dużą, twardą, niebolesną, o brzegu konsystencji chrząstkowej, wątrobę; śledziona nieznaczna; WaR—, OB — 18, V a n d e n B e r g h pośredni — słabo dodatni; brak zmian rentgenologicznych i klinicznych w płucach i sercu. W przypadku tym uderza obraz morfologiczny krwi: leukocytoza 52.000; po adrenalinie — 76.000, w tym obojętnochłonnych 90%, myelocytów 1%, młodych 2%, pałeczek 21%, segmentów 66%. Badanie szpiku kostnego wykazuje podrażnienie układów leukoblastycznego i płytkotwórczego w znacznym stopniu, ery-

troblastycznego w mniejszym; zwiększone ponad normę ilości myelocytów, myelocytów i promyelocytów; komórki F e r r a t y, liczne płytki, liczne megakaryoblasty i megakaryocyty w preparacie. W układzie erytroblastycznym nieznaczne zwiększenie erytroblastów i proerytroblastów; obecne komórki atypowe, olbrzymie, 5—krotnie większe od leukocytów obojętnochłonnych, z dużym ciemno barwiącym się jądrem (komórki nowotworowe?).

Z oddziału B (ordynator H. K r y s z e k).

Kol. R a b i n o w i c z - G i n s b e r g o w a przedstawia **przypadek raka żołądka u 24-letniego osobnika**.

Chory S. A., lat 24. L. 980. Chory zgłosił się na oddział z powodu bólów żołądkowych i krwawych wymiotów. Choruje od 4 lat; bóle występowały w 2—3 godziny po jedzeniu. Przed 3-ma laty w szpitalu Ubezpieczalni rozpoznano klinicznie i rentgenologicznie (nisza na tylnej ścianie żołądka), wrzód żołądka. Sześciotygodniowe leczenie sondą dwunastniczą à démeure z dużą poprawą, trwającą w ciągu roku. Na oddziale szpitalnym stwierdzono: charakter, wtórna anemja hipochromiczna (3.200.000 czerw. ciałek, 52% Hb), szybkie OB, krew utajona w kale; rentgenologicznie — nadal drążąca nisza na tylnej ścianie żołądka, jedynie grubość fałd w otoczeniu nisz mogłaby nasunąć podejrzenie nacieczenia ścian żołądka. Zabieg operacyjny (kol. A j z n e r) — *Ca gelatinosum*, zrośnięte z kregosłupem i trzustką; przerzuty w sieć. Omawia możliwość związku pomiędzy założeniem sondy dwunastniczej, a różniącym nowotworem.

Kol. M i l l e r — przedstawia **przypadek periartrozitis i bursitis calcarea stawu biodrowego**.

Chory M. K., lat 70. L. 1003. Od 2 miesięcy bóle prawej kończyny, nasilające się podczas chodzenia. Z powodu bólów od miesiąca nie opuszcza łóżka; w anamnezie przebyta sprawa gośćcowa. W szpitalu stwierdzono: prawostronny L a s è g u e, słabo zaznaczony; lekki zanik mięśni prawej kończyny; brak zaburzeń wazomotorycznych czucia; natomiast bolesność stawu krzyżowo - biodrowego, grzebień kości biodrowej i krętarza wielkiego po stronie prawej; bolesne napięcie mięśni pośladkowych. R t g. — brak zmian stawowych, zwądniała torebka maziowa w okolicy krętarza dużego, ekzostoza bocznej powierzchni grzebień kości biodrowej. Niezależnie od tego schorzenia — cukrzyca: cukier we krwi 1,9; w moczu 5% cukru, aceton +; OB — 37; 57. Po opanowaniu spraw cukrzycowej leczenie zapoczął piramidon (1 gr. dzien) i djatermii. Duża poprawa podmiotowa i przedmiotowa; R t g. — przy wypisaniu — brak zmian. Omawia obszernej różniczkowej rozpoznanie pomiędzy danym schorzeniem a zapaleniem nerwu kulszowego, z którymto rozpoznaniem chory został skierowany na oddział szpitalny.

Kol. R o z e n b e r g i kol. P i k i e l m y przedstawiają **przypadek zwężenia moczowodu po pyelotomii**.

Chora K. W., lat 29. L. 988. Od półtora roku bóle prawego podbrzusza z promieniowaniem w plecy; naskutek stwierdzono w nerce cienia dokonano w jednym ze szpitali przed pół rokiem pyelotomii; kamienia nie znaleziono. Po kilku tygodniach żółtaczka; cholecytograficznie stwierdzono kamienie żółciowe, wobec czego dokonano cholecystektomii z jednoczesną appendektomiją; w dalszym przebiegu bóle praw. podbrzusza i krzyża, traktowane jako zrosty pooperacyjne. W szpitalu stwierdzono: WaR—, OB — 50 m., w mo-

czu 50—60 leukocytów i pojedyncze świeże krwinki; cystoskopowo ropne naloży w okolicy praw. moczwodu; brak wydzielania się barwnika z praw. moczwodu. Pyelografia śródylina — rozszerzenie kielichów miedniczkowych, niewypełnienie się moczwodu prawego; pyelografia wstępująca — wypełnienie się moczwodu, niewypełnienie się miedniczki. Rozpoznało wobec tego zwężenie moczwodu w górnym jego odcinku, jako następstwo pyelotomii.

Sekretarz: Dr. W. Miller.

Luty 1935 r.

Z Oddziału Wewnętrznego A. (Ordynator: Dr. Leon Sz y f m a n).

1. Kol. H a l p e r n - W i e l i c z a ń s k i przedstawia *przypadek spondylitis ankylotica* (choroby P i e r r e M a r i e - S t r ü m p e l l - B e c h t e r e w a).

Chory A. K., lat 29 (L. k. szpit. 1092), miał w r. 1930 bóle w lewej połowie klatki piersiowej, które promieniowały do lewej kończyny górnej. Bóle te imponowały jako anginalne, i w kierunku postawionego rozpoznania dławicy piersiowej prowadzono leczenie. W międzyczasie rozpoznano także u chorego gruźlicę płuc i zastosowano leczenie klimatyczne. Po przemijającej poprawie wróciły dolegliwości płucne, wystąpiły bóle w karku i krzyżu oraz postępująca sztywność karku. Dokonane wówczas wielokrotnie zdjęcia rentgenowskie kregosłupa wykazały odwapnienie trzonów kręgów i zwężenie więzadeł, łączących wyrostki ościaste kręgów odcinka grzbietowego. Wspomniane dolegliwości utrzymują się po dziś dzień. Z wywiadów zasługuje na uwagę, że do końca 1934 r. chory pracował ciężko fizycznie. Ze stanu obecnego następujące dane są istotne dla omawianego schorzenia. Mięśnie karku i szyi silnie napięte; kregosłup cały, a zwłaszcza jego część szyjna, utrzymywana w stanie nieruchomości; wyrostki ościaste kości krzyżowej i okolica przykręgową odcinka lędźwiowego i krzyżowego uciskowo bolesne. W płucach rozległe obustronne zmiany, obejmujące górne połowy obu płuc, charakteru włóknisto-serowatego.

Przypadek powyższy zasługuje na uwagę ze względu na ciekawe dane anamnestyczne i trudności rozpoznawcze, jakie nastroczał w pierwszym okresie choroby (ze względu na dolegliwości dławicowe), ponadto ze względu na koincydencję z suchotami płuc pospolitemi, co niektórzy, jak np. F r e u d, uważają za rzadkość.

2. Kol. P o z n a ń s k i i kol. K o c e n przedstawia *przypadek ostrej białaczki szpikowej*.

Chora L. A., lat 62, (L. k. szp. 1169) pierwsze objawy chorobowe w postaci parcia na stolec i oddawania śluzu i krwi ze stolcem wystąpiły przed 8 miesiącami. Chora w następstwie znacznie schudła, zaczęła blednąć. Po jakimś czasie stan jej nieco się poprawił, poczem ponowne pogorszenie stanu ogólnego. Od 4 tygodni znowu parcie na stolec i oddawanie ze stolcem śluzu z krwią. Z podejrzeniem raka odbytnicy chora została skierowana na oddział chirurgiczny. Badanie *per rectum* wykazało obecność nieznacznie stwardniałego na tylnej ścianie prostnicy w samym początku ampulli. Badanie rektoskopowe poza nieznacznie uniesieniem śluzówki przy wejściu do ampulli na tylnej ścianie prostnicy zmian nie wykazało; stwierdzono jednak znaczną wrażliwość śluzówki w oznaczonym miejscu, śluzówka łatwo krwawi. Wycinek ze śluzówki nie wykazywał obecności zmian nowotworowych. Wykonane badanie morfologiczne krwi skierowało odrazu rozpoznanie na właściwe tory. Hemogram przedstawiał się następująco: Hb — 36%, erytrocytów — 1.460.000, wskaźnik — 1,2. Hiperchromia, polichromatofilja, mikro- i makrocytoza. Białych ciałek 26.000, w tem 96% myeloblastów, 1% naleczkowatych, 2% segmentowanych, 1% kwasochłonnych, limfocyty duże i małe. Patologiczna ziarnistość w zarodki obojętnochłonnych leukocytów. Retikulocytów 24%. Płytek — 80.000, płytki patologicznie zmienione. Odczyn oksydazowy na 100 komórek dały tylko 3, słabo — dodatni — 12, ujemny — 85. — Ten wynik obok wysokiej ciepłoty (do 40°), dodatniego objawu opaskowego i wybroczyn na dnie oka nie nastroczał wątpliwości co do rozpoznania ostrej białaczki. Przypuszczalnie mamy do czynienia z białaczką szpikową, gdyż około 15% komórek dało odczyn oksydazowy; pozatem jest rzeczą znaną, iż komórka macierzysta—myeloblast nie daje odczynu oksydazowego, nie zaś nie przemawia za białaczką limfatyczną (brak powiększ. gruczołów chłonnych, śledziony). Zastosowane przetaczanie krwi na stan chorej żadnego wpływu nie miało, przy objawach obustronnego zapalenia płuc chora zmarła po 2-tygodniowym pobycie w szpitalu.

Przypadek zasługuje na uwagę ze względu na trudności rozpoznawcze, jakie w praktyce powstają przy ściśle zlokalizowanych objawach chorobowych, nie nasuwających podejrzenia białaczki, o ile nie wykonywało zasadniczo w każdym niezupełnie wyjaśnionym przypadku badania krwi. Należy jednak zaznaczyć, że zdarzają się przypadki, w których nie tylko brak powiększenia śledziony, ale w których brak jest jakichkolwiek zmian we krwi, a tylko nakłucie śledziony względnie szpiku kostnego może wyjaśnić etiologię schorzenia. Wątpliwem jest, by objawy jelitowe w naszym przypadku były zależne od zmian w błazkach P e v e r a, które w przebiegu białaczki szpikowej występują, zależne były raczej od stwierdzonego nacieczenia ampulli o bliżej nieokreślonych cechach. Pogorszenie, przez nas obserwowane, jest prawdopodobnie obustronnym sprawą, która przebiegała podostro w ciągu kilku miesięcy.

Z Oddziału Wewnętrznego B. (Ordynator: Dr. Henryk K r y s z e k).

1. Kol. M i l l e r przedstawia *przypadek gośca sercowego, leczonego piramidonem*.

Chora L. M., lat 19 (L. k. szp. 1079). Nawrót ostrego gośca stawowego; zapalenia wsierdzia, osierdzia i mięśnia sercowego; zwężenie i niedomykalność zastawki dwudzielnej, niedomykalność zastawek tętnicy głównej. Objawy niedomogi mięśnia sercowego, wątrobą i siedziona do linii pępkowej, obrzęki kończyn dolnych. Tetno 140 na min., miarowe. Ciśnienie krwi 230/130, 160/90, 190/90. Ciepłota do 38°. OB — 32' — 14'. W moczu 15 — 20 krwinek wylugowanych i pojedyncze świeże. Ropne zapalenie nębków. Dno oka bez zmian. EKG — objawy ciężkiego uszkodzenia mięśnia sercowego. W czasie leczenia, poza środkami sercowymi, u chorej zastosowano również piramidon w dawce 0,9 gr. dziennie; następnego dnia spadek diurezy z 2.500 do 500 cm³. Diureza utrzymywała się na tym poziomie przez cały czas stosowania piramidonu (7 dni). Tuż po jego odstawieniu podniosła się do 2.750 cm³.

Przypadek zasługuje na uwagę ze względu na hamujący wpływ piramidonu na diurezę.

2. Kol. M r ó w k a przedstawia *przypadek złośliwej torbieli trzustki*.

Chory P. L., lat 29 (L. k. szpit. 1112) w końcu ub. r. zaczął się uskarżać na bóle w lewej połowie klatki piersiowej, wzmagające się podczas kaszlu i oddychaniu. Stały ubytek wagi. Ciepłota początkowo prawidłowa, później stany podgorączkowe. Niekiedy nieznaczna duszność. Przed 2 laty stwierdzono u chorego rozpoczynającą się sprawę gruźliczą w górnym prawym szczycie. W styczniu b. r. stwierdzono osłabienie oddechu nad dolnym płatem płuca lewego, zniesioną ruchomość dolnej granicy płuca lewego oraz wyczuwalny dolny biegun śledziony. R o e n t g e n potwierdził istnienie lewostronnego wysięku opłucnowego. Nieznaczny kaszel. Stan podgorączkowy. Osłabienie, brak łaknienia i utrata na wadze utrzymują się. Podejrzenie szło w kierunku wysięku pochodzenia gruźliczego. K o c h —, OB — 130'. Po następnych 3 tygodniach: wysięk w jamie opłucnowej, jak poprzednio, natomiast w podżebrzu lewym guz, wystający na 4 palce, twardy, o brzegu nieco zaokrąglonym, o przysrodkowo nierównej powierzchni. Badanie szpitalne wykazało: nad płucem lewym stłumienie poniżej połowy łopatki, przodu poniżej 4-go żebra. Nad stłumieniem oddech i drżenie głosowe osłabione. W głębi nieliczne furczenia i świsty. Nad prawym szczytem płucnym skrócenie wypuku, oddech zaostrzony z wydłużonym wydechem. Serce przesunięte w prawo. Tony serca nieco głuchawe nad wszystkimi ujściami. Jama brzuszna — wrażliwość w podżebrzu, zwłaszcza po stronie lewej; wątrobą wystaje na 1½ palca spod łuku żebrowego w linii sutkowej prawej; w podżebrzu lewym guz duży, twardy, o powierzchni przysrodkowo nierównej, kształtem przypominający węskę śledziony, sięgający na jeden palec poniżej linii pępkowej, wprawno na jeden palec od linii środkowej ciała. Badania pracowniane: OB — 25'. WaR —, K o c h —. Mocz bez zmian. Pasożyty zimnicy nieobecne. Ciśnienie krwi — 155/90. Morfologia wykazała brak niedokrewności, leukocytozę (17.300 — 27.650 b. c.), limfopenię (3 — 6%), aneozynofilję, nieznaczne przesunięcie wlewo obrazu białych ciałek krwi. Rentgenologicznie stwierdzono: lewostronny wysięk opłucnowy, sięgający do grzebienia łopatki; serce przemieszczone wprawo; żołądek odsunięty wprawo poza kregosłup, od strony lewej ograniczony linią wklęsłą łukowatą (jak gdyby uciśnięty przez twór wypukły); niskie ustawienie zgięcia śledzionowego jelita grubego i poprzecznic. Dwukrotna punkcja opłucnowa wykazała płyn krwawy, zawierający 20% białka, odczyn Ri-

v a l t y słabo dodatni, 3—6 limfocytów w polu widz., pojedyncze wielojądraste leukocyty i krwinki w p. w. Badanie cystoskopowe nie szczególnego nie wykazało. Barwnik, wstrzyknięty dożylnie, wydzielą się z prawej nerki po 4 minutach dobrym strumieniem, z lewej — już nawet po 3 min. Cukier we krwi i diastaza w moczu — w normie.

Wobec stwierdzonego szybkiego powiększania się guza przystąpiono do próbnej laparotomii (Dr. A j z n e r). Po otwarciu powłok brzusznych wyłonił się guz, zrosnięty z otrzewną, nieruchomy, elastyczny, silnie unaczyniony. Punkcja guza wykazała płyn brązowo - krwawy z tkankami nekrotycznymi - tłuszczowymi. Histopatologiczne badanie wycinka guza wykazało tkankę martwiczą. Badanie na stole operacyjnym stwierdziło złośliwą torbiel trzustkową. Chory przy objawach wyniszczenia, tarcia osierdziowo - opłucnowego i osłabienia mięśnia sercowego zmarł w 10 dniu po próbnej laparotomii.

3. Kol. R a b i m o w i c z - G i n s b e r g o w a przedstawia przypadek ciąży w przebiegu niewyrównanej wady serca.

Chora S. C., lat 24 (L. k. szpit. 1141) podaje, że dotychczas nie chorowała, pracowała fizycznie. Podczas ciąży wystąpiła u niej duszność wysiłkowa i obrzęki kończyn dolnych. Obiektywnie stwierdzono: lekka sinica warg; twarz nieco obrzmiała. Serce — granice powiększone we wszystkich wymiarach, szmer skurczowy i rozkurczowy, słyszalny nad wszystkimi ujściami, rozdwojenie II tonu nad tętnicą płucną. Rentgenologicznie — *cor bovinum* o konfiguracji mitralnej. W płucach — świsły i fureczenia, *hydrothorax dexter*. Tętno żyłne dodatnie. Ciśnienie krwi 120/80. Wątroba wystaje w linii sutkowej prawej na 5 palców spod łuku żeberowego, bolesna. Znaczny obrzęk warg sromowych i kończyn dolnych. W moczu 4‰ białka przy c. wl. 1025, w osadzie liczne ciała ropne. Mocznik i ksantoproteina we krwi — w normie. EKG — wysokie P, różnorodność postaci P. Rozpoznanie: *insuff. et stenosis valvulae mitralis decompensata, insuff. tricuspidalis relativa; nephropathia gravidarum*. U chorej zastosowano naręcznicę w ławatywie, novurit z glukozą dożylnie. Diureza się wzmożła, stan chorej się nieco poprawił, a w 2 tygodnie po przybyciu do szpitala dokonano cięcia cesarskiego z dość dużym upustem krwi celem odciążenia małego krążenia. Przy objawach wzmagającej się niedomogi serca chora zmarła w 3 dni po zabiegu.

Przypadek zasługuje na podkreślenie ze względu na ciężki okres niewydolności, w którym chora przybyła do szpitala, i ze względu na dominowanie sprawy zwężeniowej ujścia żylnego lewego, co zwykle pogarsza rokowanie.

4. Kol. W i t o ń s k i przedstawia przypadek przejściowej śpiączki mocznikowej w przebiegu przewlekłego schorzenia nerek, w którym wystąpił zespół chloropenji.

Chory S. L., lat 35 (L. k. szpit. 530), przybył do szpitala w marcu 1934 r. W wywiadach — przebyte przez 5 lat zapalenie miedniczek nerkowych. Od 2 lat owrzodzenie żołądka z okresami nasilenia. Od 6 miesięcy chory jest na djecie bezsolnej alkalicznej. W chwili przybycia do szpitala chory nieprzytomny, podniecony. Odruchy kolanowe wzmożone. Zapach mocznika z ust. Ciśnienie krwi 210/140. Dokonano upu-

stu krwi (500 ccm) oraz nakłucia lędźwiowego. Badanie krwi: mocznika — 210 mgr%, ksantoproteiny — 146 jedn., indykany — 0,427 mgr%. Chlorki w surowicy — 561 mgr%. W moczu — białka 0,1‰, urobilinogen + +, w osadzie pojedyncze krwinki. Chory leczniczo otrzymywał 500 ccm. glukozy 10% podskórnie oraz 10 ccm. glukozy 40% z ouabainą dożylnie. Chory oddawał mocz pod siebie. Po 3 dniach wrócił do przytomności. Diureza skąpa, nie przekraczająca 400 ccm. W kilka dni później wystąpiły uporczywe wymioty. Chory znów nieprzytomny, ciśnienie krwi spadło do 140/100. Ponowne badanie krwi dało następujące wyniki: mocznika — 490 mgr%, ksantoproteiny — 88 jedn., kwasu moczowego — 11 mgr%, indykany — 0,140 mgr%. Począwszy od tego czasu, chory otrzymywał leczniczo 500 ccm soli fizjologicznej i 300 ccm glukozy. Po 2 dniach wymioty ustąpiły. Nastąpiła ogólna poprawa, która uwidoczniła się także w wynikach badań krwi: mocznik spadł z 490 poprzez 350 do 63 mgr%; w takim samym stosunku spadły i inne ciała azotowe. Po 7 dniach odstawiono podawanie soli i przeprowadzono badanie treści żołądkowej oraz czynnościowe nerek. Badanie treści żołądkowej wykazało podkwaśność, zaś R o e n t g e n — typową niszę w okolicy dwunika. Badanie czynnościowe nerek metodą V o l h a r d t a wykazało izostenurię. Obciążenie hipofizyną i diuretyną nieznacznie podniosło rozpiętość elastyczną nerek. Chory został wypisany w stanie wybitnej poprawy. Przed wypisaniem obraz krwi był następujący: mocznika — 42 mgr%, ksantoproteiny — 33 jedn., kwasu moczowego — 7,1 mgr%. Chlorki w surowicy — 702 mgr%.

Sekretarz: Dr. H. H a l p e r n - W i e l i c z a ń s k i.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu Biofizycznego Towarzystwa Badania Krótkich Fal w Wiedniu z dnia 21 listopada 1934 r. (Wien. med. Wschr. Nr. 31/1935) K. J e l l i n e k przedstawił trzech chorych, ilustrujących znakomite działanie leczenia krótkofalowego w czyracznosci. Jeden przypadek dotyczył 27-letniej chorej, która zachorowała 6 października na czyrak górnej wargi po stronie prawej. Pacjenta przybyła na oddział 9 października z twardym jak deska naciekiem górnej wargi. Po 3 naświetlaniach nacieki uległ zmiękczeniu, i nastąpiło samoistne otwarcie i opróżnienie się ropnia. Po 9 naświetlaniach całkowite wyleczenie i wypisanie chorej ze szpitala. Drugi przypadek zasługuje z tego względu na uwagę, że dotyczy on młodocianego 22-letniego chorego z moczówką cukrową, który również przybył do szpitala z czyrakiem wargi górnej. Poziom cukru we krwi wynosił 310 mgr. %. Stwierdzono duży czyrak wargi górnej z twardym naciekiem i obrzękiem, sięgającym aż do oka. Po trzecim naświetlaniu nastąpiło przebicie się ropy, po dziewięciu całkowite wyleczenie. W czasie tej choroby najniższy poziom cukru we krwi wynosił wciąż jeszcze 280 mgr. %. Trzeci przypadek dotyczył 42-letniego chorego, który w ciągu ostatnich 4 miesięcy miał 70 czyraków. Chory przybył do szpitala z 45 czyrakami w rozmaitych miejscach ciała. 15 naświetlań krótkofalowych wystarczyło do wyleczenia chorego: naświetlano tylko 6 czyraków, pod wpływem naświetlań uległy wyleczeniu nie tylko te, lecz również nienaświetlane czyraki.

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

Odżywianie i zdrowie publiczne.

(W związku z kryzysem Sekcja Higieny Ligi Narodów utworzyła komisję do spraw odżywiania. W czerwcu b. r. w kwartalniku Sekcji zjawiała się duża praca p. t. „L'alimentation et l'hygiène publique” Et. B u r n e t a i W. A y k r o y d a, będąca niejako uwieńczeniem tych obrad. Jest to kompendjum współczesnej wiedzy o odżywianiu, rozpatrywane pod kątem widzenia Służby Zdrowia. Podane wiadomości nie zawierają wprowadzień nowego, reasumują jednak ostatnie zdobycze wiedzy i przedstawione są ze społecznego punktu widzenia. Dlatego podajemy je w streszczeniu).

Problem.

Lat temu trzydzieści przypuszczano, że potrzeby odżywiania ludzkiego są zaspokojone z chwilą, kiedy człowiek ma dość pokarmów. Żadnego cierpienia, nie związanego bezpośrednio z głodem, nie łączono z odżywianiem. Dziś wiemy, że w odżywianiu dużą rolę odgrywa nie tylko ilość lecz i jakość, wiemy, że wiele chorób, jak krzywica, pelagra, beri-beri, próchnica zębów związane są z brakami odżywiania. Poza brakami w odżywianiu mogą przyczyniać się do wytworzenia terenu podatnego dla chorób, np. dla gruźlicy. Wreszcie trzeba traktować sprawę odżywiania nie tylko jako źródło choroby, lecz i jako źródło zdrowia, siły, produktywności.

Sprawa nadzoru nad odżywianiem ludności musi stać się tak samo sprawą publiczną, jak zaopatrzenie ludności pod względem wody i walką z chorobami zakaźnymi. Kryzys przeżywany obecnie przyspiesza zainteresowanie odżywianiem mas.

Opierając się na ustalonych normach, uwzględniających wiek, płeć, pracę, można podać, co powinno spożyć jakieś miasto, czy grupa wojskowa, choć i to nie jest łatwe, sądząc z istniejącej różnorodności norm. W każdym razie to nie mówi co ma konsumować dana jednostka, którą musimy mieć na względzie, nie tylko kiedy jest chora lecz i w okresie zdrowia. Różnice indywidualne są dość duże, być może istnieją tu różne typy. Klimat w odżywianiu odgrywa dużą rolę, rasa niewielką. Różne rodzaje odżywiania, jakie istnieją, wpływają więcej z konieczności ekonomicznych, niż z instynktu i wyboru. Doświadczenie mówi, że można dość łatwo skłonić ludność do przejścia od jednego rodzaju odżywiania do drugiego. Odżywianie w rozwoju historycznym ludzkości uległo dużym zmianom. Tak np. dotąd wzrastała konsumpcja zboża. Pożądanie pewnego rodzaju produktów, np. ostrych przypraw, wpływało na bieg historii (XV i XVI wiek). Warstwy robotnicze w przeszłości, a do pewnego stopnia i obecnie, spożywają dużo pokarmów objętościowych, tanich węglowodanów, dających wiele odpadków i wymagających częstego jedzenia, co 2 — 3 godziny. Takie odżywianie lepiej odpowiada człowiekowi ciężko pracującemu na otwartym powietrzu. Uprzemysłowanie zmniejsza potrzebę wysiłku i dlatego zmienia odżywianie, zmusza do jedzenia w pośpiechu poza domem, nie wymaga pokarmów tak wiele, lecz bardziej odżywczych (białko, tłuszcz), skłania do spożywania pokarmów zimnych, konserw. Odżywianie masowe w biurach, zakładach przemysłowych rozwija się ostatnio szczególnie w Niemczech, w Japonii, w Rosji.

Czynniki psychiczne odgrywają także pewną rolę, istnieją „sekty” w odżywianiu, np. wegetarianie, albo zwolennicy surówek. Przesądem jest, że pierwotne narody odżywiają się racjonalnie i że należy je (nawet mały człekokształtny!) naśladować.

N o r m y o d ż y w i a n i a .

Nasze naukowe podstawy odżywiania są dość chwiejne. Wszystkie wyliczenia dotychczasowe nie są absolutnie pewne. Wiemy, że człowiek musi otrzymywać: pewną ilość substancji energetycznych (białko, węglowodany, tłuszcze, których ilości mogą się wahać, ale tylko w pewnych granicach), soli, z których najważniejsze są: fosfor, wapń, żelazo i jod, wreszcie witamin.

Pod względem kalorycznym ogólnie jest przyjęta liczba 3000 kaloryj na dobę przy pewnym ruchu ale niezbyt ciężkiej pracy. Przy obliczaniu kaloryj pokarmów nabywanych należy odliczyć około 10% odpadków. 3000 kaloryj to liczba orientacyjna dla jednostki, punkt wyjścia dla obliczania przy odżywianiu mas. Wahania idą od 2200 dla siedzącego do 7000 dla ciężko pracującego np. drwala.

Do wyliczenia potrzeb rodziny można wziąć za podstawę, że kobieta wymaga 0,8 tego, co mężczyzna, chociaż na wsi, gdzie kobieta pracuje w polu, jest to nieślusne. Dla obliczeń różnych grup wieku Konferencja ekspertów L. N. przyjęła, że mężczyznę dorosłego bierze się za jednostkę konsumpcyjną — 3000 kaloryj, a wtedy wypada:

Wiek	Współczynnik		
	M.	Obie płci.	K.
0 — 2		0,2	
2 — 3		0,3	
4 — 5		0,4	
6 — 7		0,5	
8 — 9		0,6	
10 — 11		0,7	
12 — 13		0,8	
14 — 59	1,0		0,8
(ponad 60 r. życia)		0,8	

B i d g w o o d i J a c k e m y n s biorą za jednostkę kobietę, zajęłą gospodarstwem domowym. Wtedy na mężczyznę dorosłego wypada 1.14—1.20, ale u bezrobotnych, gdzie kobieta pracuje więcej, współczynnik dla mężczyzny wynosi 0,9.

Potrzeby organizmu pod względem białka trudno ustalić. Naogół rasy, używające dużo białka, są fizycznie lepiej rozwinięte. Istnieją jednak liczne obserwacje, wskazujące, że człowiek może czuć się dobrze i nie ulegać żadnym schorzeniom przy bardzo różnorodnej ilości witamin: Włoch południowy używa białka 60—70 gr. dziennie, a Eskimos 200—300 gr. H i n d h e d e doszedł do wniosku, że można być w dobrym stanie, konsumując dziennie zaledwie 32 gr. białka. Jego teorie przez pewien czas miały duży rozgłos bezpośrednio po wojnie. Pod jego wpływem, jak sam twierdzi, Duńczycy w czasie blokady uratowali się od głodu, poświęcając 4/5 trzody chlewnej i 1/3 bydła. Niemcy nie zrobili tego i bardzo ucierpieli z racji głodu. „Miljon istot ludzkich—powiada H i n d h e d e—padło na cześć nauki”. Nie wszyscy jednak potwierdzają wnioski tego badacza. S h e r m a n proponuje 1 gram białka na kilogram wagi. W każdym razie współczesne poglądy zmierzają do obniżenia ilości białka. Niewątpliwie część białka powinna być pochodzenia zwierzęcego. Komisja Angielska przy Ministerstwie Zdrowia proponuje 37 gramów białka zwierzęcego, co czyni 5% kaloryj na 3000 kal. W okresie wzrostu wymagania, dotyczące białka i soli, są stosunkowo większe. Uwzględniając potrzeby płci i wieku H a w l e y proponuje takie normy:

		Współczynnik
Mężczyzna	18—60 lat	1,0
Kobieta	18—60 „	0,8
Młodzieniec	15—17 „	1,5
Dziewczyna	„ „ „	1,2
Chłopiec	10—14 „	1,3
Dziewczyna	13—14 „	1,3
Dziewczynka	10—12 „	1,2
Dziecko	6—10 „	1,0
Dziecko poniżej 6 lat		0,8

Węglowodany i tłuszcze mogą się nawzajem zastępować. Węglowodany nie tylko dostarczają energii, lecz jednocześnie oszczędzają rozkład białek i przyczyniają się do metabolizmu tłuszczów („ogień węglowodanów pali tłuszcze”). Tłuszcze są bardzo sycące, zmniejszają masę przyjmowanych pokarmów, zawierają witaminy. Racji tłuszczu nie należy zbyt zmniejszać. 50 — 60 gramów tłuszczu dziennie według wzoru V o i t a i R u b n e r a wynosi zaledwie połowę tego, co spożywa przeciętny człowiek na Zachodzie. Niemowle połowę prawie kaloryj otrzymuje z tłuszczu, znajdującego się w mleku.

Standarty, proponowane przez różnych autorów dla człowieka średniej wagi, niezbyt ciężko pracującego:

	Białko	Tłuszcze	Węglowodany	Kalorie
Voit	118	56	500	3.055
Rubner	127	52	509	3.092
Atwater	125	125	450	3.520
Komisja Brytyjska	100 ¹	100	400	3.000
Playfair	119	51	531	3.140
Tyszk	80—100 ²	60—80	500	3.000

1) z czego 37 gr. białka zwierzęcego.

2) z czego 40 gr. „ „

Od tych norm mogą być odchylenia w obu kierunkach. Trzeba być hojnym dla dzieci, kobiet w ciąży, karmiących i osób ciężko fizycznie pracujących. Dla osób w wieku średnim, pędzących siedzący tryb życia, pożądany jest umiarkowany ascetyzm; szczególnie w drugiej połowie życia trzeba ograniczać białko, żeby uniknąć skutków nadmiernego odżywiania i przedwczesnej starości.

Sole mineralne wchodzą w skład tkanek i są stale wydalone przez organizm, muszą więc być i wprowadzane do organizmu. Fosforu człowiek dorosły powinien otrzymać 1.32 gr. według S h e r m a n a. Zwykła dieta przynajmniej u zachodnio-europejczyka jest wystarczająca pod względem fosforu. Brak fosforu może odgrywać dużą rolę w odżywianiu zwierząt. Są olbrzymie tereny ziemi, w których brak jest soli mineralnych, a przede wszystkim fosforu. Ma to pośrednio znaczenie i dla człowieka. Bardzo być może, że produkty mączne (mąka owsiana) sprzyjają krzywicy wskutek braku fosforu, który w zbożach znajduje się w postaci małoprzyswajalnej. Odżywianie mączne jest ubogie pod względem fosforu i powoduje krzywicę w braku witaminy D.

Wapń—to ilościowo najważniejszy składnik mineralny; 99% wapnia znajduje się w kościach. Według S h e r m a n a w diecie człowieka powinno być dziennie 0.68 wapnia. Dla dziecka proponowane jest 1 gr. dziennie, dla kobiety w ciąży 1.6. Wobec tego, że witamina D sprzyja asymilacji wapnia, trzeba zwiększać konsumpcję wapnia wtedy, kiedy witaminy D jest mało, a więc w zimie i wszędzie gdzie jest mało słońca.

Metabolizm żelaza jest mniej badany. S h e r m a n proponuje jako standart 15 miligramów dziennie. Brak żelaza ma ogromne znaczenie ze względu na łączność tego składnika z małokrwistością.

Jodu w organizmie człowieka dorosłego znajduje się około 25 miligramów, z czego 10 w tarczycy. Dienne zapotrzebowanie w jod wynosi 14 γ. Zawartość jodu w glebie i w wodzie ulega dużym wahaniom, co prawdopodobnie wiąże się z wolem. Na tem opiera się akcja zapobiegawcza jodowania soli i dawania związków jodowych dzieciom w szkołach (Szwajcaria, Stany Zjednoczone). W niektórych okolicach, gdzie brak jodu, wole istnieje u bydła. Żeby zapobiec powstaniu wola, wystarcza użycie 50 miligr. jodu w ciągu roku.

Witaminy przykuwają coraz większą uwagę. Niektóre z nich zostały otrzymane w czystej postaci, a witamina C syntetycznie. Standaryzacja witamin została przeprowadzona przez komisję Ligi Narodów w stosunku do witamin A, B₁, C i D. Określenie potrzebnej ilości witamin jest bardzo trudne. Zdaje się jednak, że nadmiar witamin z pokarmów naturalnych, nie jest groźny.

Witamina A i karoten zdaje się wywoływać ten sam skutek. Karoten zamienia się w witaminę A w wątrobie. Główne źródła witaminy A: mleko, przetwory mleczne, zawierające tłuszcz, tłuszcze w tkankach, wątroba, tran, warzywa zielone, marchew, pomidory, banany, daktyl, igły sosny i świerku. W normalnym czasie w Europie nie spostrzegamy niedoboru witaminy A, na Wschodzie jednak liczne schorzenia skóry i oczu

wiążą się z tym niedoborem. Bardzo być może, że częściowy niedobór witaminy A powoduje większą podatność na zakażenie i wogóle na chorobowość. R o s e dowodzi, że człowiek potrzebuje dziennie 3000 jednostek witaminy A (według farmakopei amerykańskiej, co wynosi 4200 jednostek międzynarodowych).

Witamina B₁ jest bardzo rozpowszechniona w naturze i znajduje się w największych ilościach w kielkach i w łusce ziarn i w płodach motylkowych. Awitaminoza B₁ jest przyczyną beri-beri u dzieci, powodując ogromną umieralność niemowląt w krajach podzwrotnikowych. Prawdopodobnie i u dorosłych spotyka się awitaminozę B₁. W Europie i w Ameryce Północnej zwykła dieta różnorodna zawiera dostateczną ilość tej witaminy. Potrzeba przeciętnego człowieka wynosi około 300 jednostek międzynarodowych witaminy B₁.

Witamina C znajduje się w roślinach i owocach świeżych, w ziarnach zbóż i motylkowych kielkujących i w pewnej mierze w świeżym mleku i mięsie. Pieprz węgierski (papryka) zawiera bardzo dużo witaminy C, która znajduje się również w szczawiu, w borówkach. Witamina C jest najmniej trwała i jest niszczone w konserwach. Ale postępy w ostatnich latach umożliwiają otrzymanie konserw bez zniszczenia witaminy C, dlatego przemysł spożywczy powinien podlegać ścisłej kontroli. Rozpowszechnia się na całym świecie dawanie tej witaminy z soku owoców niemowlętom, szczególnie karmionym sztucznie. Awitaminoza C w łagodnej postaci zdaje się być bardzo rozpowszechniona. Sztuczne otrzymanie witaminy C może odegrać dużą rolę w medycynie i w higijenie. R o s e proponuje dla dorosłego 500 — 600 jednostek międzynarodowych witaminy C t. j. ilość zawartą w 45 — 60 c³ soku z pomarańczy.

Witamina D antyrachityczna jest mało rozpowszechniona w naturze. Znajduje się w wątrobie, w jajkach, w mleku w okresie letnim, w maśle, a przede wszystkim w tranie. Potrzeba witaminy D jest tem większa, im dieta jest biedniejsza w wapń, bogatsza w potrawy mączne i im jest mniej słońca. W strefie umiarkowanej wszystkie niemowlęta w celach zapobiegawczych winny otrzymywać pewien dodatek witaminy D. Porcja zapobiegawcza dla Angli wynosi 1000 — 2000 jednostek międzynarodowych. Doza lecznicza 5000 jednostek. Próchnica zębów jest przypuszczalnie awitaminozą D.

Witamina B₂ jest prawdopodobnie równoznaczna z czynnikiem P.P.—przeciwpełagrycznym. Znajduje się w chudym mięsie, w rybach, w wątrobie, w mleku, w serach, w jajkach, w grochu, w drożdżach, w kapuście, w pomidorach. Według niektórych autorów witamina B₂ ma duże znaczenie dla wzrostu i ogólnego zdrowia człowieka.

Witamina E ma wpływ na rozrodczość, choć nie jest dowiedzione, że bezpłodność u człowieka może być skutkiem awitaminozy E. W hodowli inwentarza witamina E prawdopodobnie odgrywa dużą rolę.

Przetłumaczenie na język zrozumiały dla ogółu tych danych można tak reasumować. Przedewszystkiem nasza dieta powinna być różnorodna i może być dostosowana do indywidualnych upodobań, następnie powinna zawierać „produkty ochronne” t. j. mleko, świeże warzywa i owoce. Produkty mączne, jak chleb, powinny być przygotowywane choć częściowo z ziaren wraz z łuską (chleb pełny). Mięso jest pokarmem pożytecznym, jako źródło białka pełnowartościowego i witaminy B₂. Gruczoły i krew niespożywane są jednak bardziej wartościowe niż mięśnie.

K.
(C. d. n.).

Wiadomości bieżące

Choroby zakaźne w Polsce.

RODZAJ CHOROBY	4/VIII— 10/VIII	11/VIII— 17/VIII	18/VIII— 24/VIII	25/VIII— 31/VIII
Ospa	0	0 (1)	0	0
Zap. mózg. śpiączk. . .	0	0	1 (0)	0
Dur brzuszny	371 (22)*	352 (29)	420 (19)	341 (24)
Dur rzekomy	1 (0)	13 (0)	0	1 (0)
Dur osutkowy	30 (4)	22 (1)	24 (2)	21 (1)
Dur powrotny	0	0	1 (0)	1 (0)
Czerwonka	81 (5)	60 (5)	97 (2)	105 (5)
Płonica	253 (8)	206 (4)	300 (10)	314 (3)
Błonica	216 (9)	196 (8)	240 (6)	273 (5)
Zapal. op. mózg. . . .	7 (4)	15 (5)	15 (1)	10 (1)
Odra	148 (1)	134 (0)	131 (1)	108 (0)
Róża	84 (3)	74 (4)	78 (4)	78 (5)
Krztusiec	101 (1)	131 (4)	173 (7)	128 (6)
Malaria	5 (0)	13 (0)	20 (0)	4 (0)
Posoczn. połog. . . .	29 (5)	37 (6)	31 (6)	33 (8)
Trąd	0	0	0	0
Jaglica	225 (0)	177 (0)	224 (0)	242 (0)
Wąglik	1 (0)	1 (0)	3 (0)	8 (2)
Nosaczna	0	0	0	0
Włośnica	1 (0)	2 (0)	2 (0)	3 (0)
Wścieklizna	0	0 (1)	0 (1)	0 (1)
Zatr. jad. kielb. . . .	27 (0)	13 (1)	0	0
Chor. Heine-Medina . .	3 (0)	3 (0)	3 (0)	2 (0)
Twardziel	0	1 (0)	1 (0)	0

*) Liczby w nawiasach oznaczają zgony.

— Wydawnictwo pisma „Clinica Chirurgica” wespół z Towarzystwem „C. I. T.” (Compagnia Italiana Turismo) podaje do wiadomości osób, które zamierzają wziąć udział w Zjeździe Międzynarodowego Towarzystwa Chirurgicznego w Kairze, że na

żądanie wysła szczegółowy program Zjazdu oraz ceny przejazdu od miejsca wyruszenia do włoskiego portu i z powrotem. Podróż 18 dniowa — od 28.XII.1935 do 14.I.1936 r. okrętem w klasie II wraz z utrzymaniem, wycieczkami i t. d. kosztować będzie 3.350 lirów (około 1600 złotych). Adres wydawnictwa: Medjolan, via Ansonio 22.

— XII Międzynarodowa Wycieczka Lekarska na Rivierze francuskiej, organizowana przez Towarzystwo Lekarskie Śródziemnomorskie odbędzie się w czasie od 26 grudnia r. 1935 do 4 stycznia r. 1936. Punkt zborny w Nizy 26.XII. Stąd podróż po najpiękniejszych miejscowościach Jasnego Brzegu. Koleje francuskie dają 50% zniżki od cen zwykłych na przeciąg miesiąca, koleje włoskie i rumuńskie ofiarują znaczne ulgi. Informacyj udziela: Secrétariat de la Société Médicale, 24, rue Verdi à Nice.

KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

19.IX. Posiedzenie Lekarzy Szkolnych.

1) Sprawy bieżące. 2) Dr. J. Bogdanowicz. „Nosicielstwo” w wieku szkolnym.

26.IX. Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej. Posiedzenie plenarne.

A. Huszczak. Sprawy zawodu lekarskiego na forum międzynarodowym.

Résumé des articles originaux.

J. SREBRNY. Tumeurs malignes des amygdales.

Description faite des traces cliniques des tumeurs malignes des amygdales, l'auteur insiste plus longuement sur la question du traitement, soulignant le point de vue actuel. Ayant mentionné un certain nombre de cas observés durant les dernières

six années, il conclue qu'on obtient relativement les meilleurs résultats par irradiation à grandes doses et concurremment avec le traitement chirurgical dans les cas seulement, où on pourrait l'appliquer radicalement par la voie naturelle, c. à d. par la bouche.

TREŚĆ: J. SREBRNY. Nowotwory złośliwe migdałków (Dok.). — M. RUBINSZTEJN. Wpływ układu przedsińkowego na ciśnienie krwi. — A. NEUMAN. Obecny stan nieswoistego leczenia bodźcowego cierpień gośćcowych. (Str. pogl.). — Streszczenia pojedyncze. — Oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — K. Odżywianie i zdrowie publiczne. — Wiadomości bieżące. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: J. SREBRNY. Tumeurs malignes des amygdales (fin.). — M. RUBINSZTEJN. Action de l'appareil vestibulaire sur la tension artérielle. — A. NEUMAN. Etat actuel du traitement non-spécifique des maladies rhumatismales. (Rev. gén.). — K. L'alimentation et la santé publique.

CENY OGŁOSZEŃ:

Okladka tytułowa złotych 500. — Inne okładki oraz ogłoszenia w tekście: cała strona złotych 300. — pół str. zł. 160.—, ćwierć zł. 90.—

Ogłoszenia na miejscach nierezzerwowanych: cała str. zł. 250.—, pół str. zł. 140.—, ćwierć str. zł. 80.—, ósma część str. zł. 50.—

Załączenie wkładki do całego nakładu zależnie od wagi od zł. 200. — do 400.—