

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI 4 RAZY NA MIESIĄC WE CZWARTKI

REDAKTOR ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCA WILHELM KNAPPE

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

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

Rok XII

WARSZAWA, 21 LISTOPADA 1935 R.

Nr. 43

PRACE ORYGINALNE

Wykłady kliniczne

Z oddziału chirurgicznego

Szpitala im. Prezydenta G. Narutowicza w Krakowie.

(Ordynator: Dr. med. Jerzy Jasiński).

Naczynia limfatyczne nerki.*)

Podał

Jerzy JASIŃSKI (Kraków).

(Dok. — patrz Nr. 42).

Wyjaśniewszy właściwości układu chłonnego zarówno miąższu nerki zdrowej, jak i zmienionej chorobowo, postaram się znów w kilku słowach na podstawie szeregu faktów, znanych z patologii ludzkiej, przedstawić, jaką rolę odgrywa ten układ w fizjologii nerki i jakie znaczenie posiada dla jej patologii. Wobec zmiennej czynności nerek, zarówno w warunkach normalnych, jak i patologicznych w związku z tem, czy innym zapotrzebowaniem ze strony ustroju — ilość chłonki, krążącej w nerkach w jednostce czasu, musi też być zmienna. Im więcej bowiem krwi przepływa przez nerki, tem więcej wytwarza się chłonki. Toteż różne zaburzenia krążenia, a dalej szereg czynników ogólnych i miejscowych, w ten, czy w inny sposób wpływających na pracę nerek, muszą pociągnąć za sobą zaburzenia w krążeniu chłonki. Przy ocenie tych zaburzeń chodziłoby głównie o ilość chłonki krążącej i o zmiany, zachodzące w samym układzie dróg chłonnych miąższu nerki, gdyż skład chemiczny chłonki nerek, niewątpliwie niejednorodny, nie jest nam właściwie jeszcze dotychczas znany. Jedyny pod tym względem wyjątek stanowiły te przypadki limfomoczu (chylurji), najważniejszego bodaj z powikłań choroby, wywołanej przez nitkowca ludzkiego (*filaria sanguinis*) w krajach zwrotnikowych, które posiadały niewątpliwie związek z patologią nerek.

Chodziło o przypadki, w których sekcja wykazała istnienie połączenia między kielichem nerkowym a pęknięciem, znacznie rozszerzonym jednym z naczyń chłonnych miąższu nerki, względnie istnienie połączenia między miedniczką, czy moczowodem a pękniętym w pobliżu wnęki odprowadzającym pniem chłonnym.

*) Wygłoszone na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego dnia 8 października 1935 roku.

Jeśli jednak chodzi o wykazanie składu chemicznego chłonki nerek, to badanie moczu o wyglądzie mlecznym wskutek domieszki chłonki nie rozwiązuje jeszcze całkowicie sprawy. Przedewszystkiem już sama ilość wydalanej z moczu chłonki może być zmienna; przeważnie część tylko chłonki, przepływającej przez nerkę, przedostawała się do moczu. Niejednokrotnie spotykano w tych przypadkach równoczesny krwimocz, co czyniło wynik badania jeszcze bardziej zawiłym.

Co więcej jednak — samo wydalanie chłonki było w tych przypadkach bardzo zmienne, występowało w mniejszych lub większych odstępach czasu i trwało różnie długo. Zawsze musiało więc być niezwykle trudno ocenić uzyskany wynik badania, jeśli chodziło o ilościową analizę chemiczną chłonki nerkowej.

Prościej już przedstawiała się sprawa analizy jakościowej. Znaleziono w moczu tych chorych wszystkie normalne składniki chłonki: tłuszcze zmydlone, białko, fibrynogen, pod mikroskopem zaś wykazano obecność krwinek białych, zwłaszcza limfocytów. Zawartość białka w moczu była bardzo zmienna, wynosiła bowiem od 0,3 do 14 gramów na litr moczu, w zależności zarówno od % ilości białka w wydalanej chłonce, jak i od samej ilości chłonki, wydalanej z moczem.

Skład chemiczny białka wykazywał obecność globuliny, pochodzącej z leukocytów chłonki, fibrynogenu, białka surowiczego, glukoproteidu i fosfoproteidu. Stwierdzono również obecność tłuszczów i cholesterolu, przyczem większą ilość tłuszczu znajdowano zwykle w moczu wkrótce po przyjęciu pokarmów, zwłaszcza pokarmów, obfitujących w tłuszczu. Wyjątkowo też wykazać było można obecność cukru. Osad moczu składał się zwykle z limfocytów, nielicznych białych ciałek wielojądrowych i krwinek. Obecność limfocytów była szczególnie charakterystyczna; ona też właściwie pozwalała jedynie na rozstrzygnięcie, że miano rzeczywiście do czynienia z limfomoczem, samo bowiem wykazanie tłuszczu w moczu bynajmniej jeszcze nie pozwala na tego rodzaju wnioski. Badania te nie dały więc zupełnie wyczerpujących wiadomości o składzie chemicznym chłonki nerek. Jeśli wszakże skład chemiczny chłonki, pochodzącej z różnych odcinków ciała, jest bardzo różnorodny, to zwłaszcza chłonka nerek z wielu względów winna po-

siadać pewne szczególne właściwości. Wszystko bodaj pod tym względem jedno, czy jest ona produktem filtracji płynu z kapilarów krwionośnych, jak chce L u d w i g, czy, odpowiadając teorii H e i d e n h e i n a, produktem sekrecji kapilarów krwionośnych, czy wreszcie, zgodnie z A s c h e r e m — produktem pracy narządu. Czynność nerki niewątpliwie okazywać musi wpływ na jej powstawanie i właściwości i, być może, nadaje jej piętno swoiste. Wyjaśnienie tej sprawy wielkie jednak napotyka trudności. Ani razu bowiem nie udało mi się zebrać w czasie moich doświadczeń czystej chłonki nerkowej, gdyż odprowadzające naczynia chłonne wnęki nerki psa okazały się tak cienkie, iż niepodobna wprowadzić do ich światła odpowiedniej grubości kaniuli. Toteż i badanie chemiczne zebranego płynu nie mogło dać wyników ścisłych i nie pozwoliło właściwie na żadne wiążące wnioski co do składu chemicznego chłonki nerek.

Należałoby w przyszłości eksperymentować na zwierzętach dużych. Wydaje się wszakże nie ulegać wątpliwości, iż skład chemiczny chłonki, krążącej w nerce zdrowej, jak również w nerce, chorobowo zmienionej, nie może być stały.

Wiemy, że wszelkie zmiany, zachodzące w składzie krwi, przede wszystkim odbijają się na składzie chłonki. Jeśli zaś niektóre schorzenia miąższu nerkowego niekiedy już w najwcześniejszych okresach choroby mogą wpłynąć ujemnie na skład chemiczny krwi, to bodaj przede wszystkim ulec musi zmianom skład chłonki nerkowej. Z drugiej strony, przyjąć też można, że zmiany, zachodzące w składzie chłonki nerek, nie pozostają bez wpływu na sam miąższ nerkowy.

Różne zaburzenia krążenia, a dalej szereg czynników ogólnych i miejscowych, w ten czy inny sposób wpływających na pracę nerek, pociągają za sobą zaburzenia w krążeniu chłonki. Tylko, gdy zaburzenia te są nieznaczne, względnie krótkotrwałe, drogi chłonne miąższu nerki mogą wyrównać niemal w zupełności powstałe zaburzenia w krążeniu chłonki; posiadają one tę szczególną właściwość, dzięki bardzo liczny gałązkom łączącym je wzajemnie ze sobą. Krążenie chłonki może też do pewnego stopnia wyrównać zaburzenia krążenia żylnego, przyczem samo niejednokrotnie ulega zaburzeniu. Zastój krwi żyłnej pociąga za sobą rozszerzenie się dróg chłonnych miąższu nerki i prowadzi do zastojów w nich chłonki. Poza zaburzeniami krążenia również szereg czynników mechanicznych i procesy zapalne mogą wywoływać zaburzenia krążenia chłonki miąższu nerkowego. Utrudniony odpływ moczu z górnych odprowadzających dróg moczowych, dalej sprawy o charakterze zapalnym ostrym, podostrym, czy przewlekłym, którym towarzyszy wysięk, względnie mniej lub więcej rozległy rozwój tkanki łącznej śródmiąższowej — upośledzają niejednokrotnie krążenie chłonki miąższu nerkowego i prowadzą do zastojów chłonki. Różnorodne te czynniki prowadzić mogą do gromadzenia się chłonki w naczyniach chłonnych miąższu i znacznego rozszerzenia tych naczyń. W przypadkach, w których zmiany chorobowe ograniczają się tylko do pewnych części nerki, w tych miejscach następuje znaczne rozszerzenie się dróg chłonnych. Rozszerzenie się kapilarów chłonnych prowadzi do eksudacji i obrzęku limfatycznego; chłonka przesiąka poza ściany naczyń, względnie pękają rozszerzone gałązki chłonne, powodując wylewy chłonki do miąższu.

W wytwarzaniu się wysięku zapalnego równoczesny biorą udział kapilary krwionośne i chłonne. Zaburzenia krążenia chłonki w naczyniach większego kalibru

odbijają się na krążeniu obwodowym, prowadząc do zastojów chłonki w kapilarach chłonnych. Zastój pociągając za sobą może cofanie się chłonki w kierunku wstecznym, co w sprawach zapalnych może być powodem ich rozszerzania się na dalsze odcinki miąższu.

Toteż układ chłonny miąższu nerki ważną odgrywa rolę w powstawaniu i postępowaniu spraw zapalnych o charakterze zakaźnym, toczących się w drogach moczowych. Przy utrudnionym odpływie moczu i jego zastojach w miedniczkach i systemie kanalików moczowych zakażenie wstępujące z pęcherza przenosi się najpierw na miedniczkę, potem zaś proces przechodzi na warstwę rdzenną nerki, przyczem główną rolę w jego rozszerzaniu się przypisać należy drogom chłonnym miąższu nerki.

Również w przypadkach, w których zakażenie miedniczki nerkowej powstało na drodze krwionośnej, przy dalszym postępowaniu sprawy zapalnej w nerce mamy do czynienia z procesem wstępującym drogami chłonnymi. Niezwykle obfite drogi chłonne odgrywają zasadniczą rolę w bezpośrednim posuwaniu się sprawy zapalnej na przylegające odcinki zdrowego miąższu, postępowaniu sprawy wzdłuż cewek, zarówno ku powierzchni, jak i wgłąb nerki. W postępowaniu sprawy zapalnej w powierzchniowych warstwach kory odgrywają szczególną rolę naczynia chłonne torebki. W samej nerce pierwsze śródmiąższowe nacieki zapalne rozszerzają się zawsze drogami chłonnymi wzdłuż zewnętrznych ścian naczyń krwionośnych. Układ dróg chłonnych w tkance łącznej śródmiąższowej tłumaczy zarówno usadowienie śródmiąższowych nacieków zapalnych, jak i rozwój nerki marskiej.

Ścisły związek tkanki łącznej śródmiąższowej z cewkami i naczyniami, niemal zupełnie ściśle przylegającymi do siebie, sprawia, że w obrzęku zapalnym, względnie zastoinowym nerki łatwo zostają uciśnięte tak ważne dla prawidłowej jej sprawności czynnościowej elementy histologiczne miąższu nerkowego.

Drogi chłonne miąższu nerki wielką też odgrywają rolę w przebiegu i zejściu przerzutowych prosówkowych ropni nerki, powstałych na drodze krwionośnej i występujących w ich następstwie ropni okołonerkowych. Zakażenie tłuszczowej tkanki okołonerkowej z pierwotnego ogniska, znajdującego się w korze, następuje na drodze chłonnej dzięki istnieniu połączeń między splotami chłonnymi miąższu nerki i jej otoczek. Właściwości układu chłonnego miąższu nerki i jej otoczek tłumaczą nie tylko rozszerzanie się sprawy zapalnej ropnej z nerki na tkankę tłuszczową okołonerkową, lecz i odwrotnie — czynią możliwym przejście sprawy ropnej, toczącej się dokoła nerki, na samą nerkę. Również w części przypadków gruźlicy chodzi o przeniesienie się sprawy drogami chłonnymi miąższu nerki na otaczającą ją tkankę tłuszczową. W kilku przypadkach gruźlicy nerki miałem sposobność stwierdzić, że tkanka tłuszczowa okołonerkowa, napozór niezmienniona, zawierała mikroskopowe gruzełki.

Również istnienie podtorebkowej przestrzeni szczelinowatej, otaczającej zewnętrzną powierzchnię nerki, posiada uzasadnienie biologiczne. Przestrzeń ta pozostaje w związku z tkanką łączną śródmiąższową, gdyż w ostrych lub podostrych sprawach zapalnych obserwujemy niejednokrotnie pod torebką obrzękłej nerki gromadzenie się płynu surowiczego o składzie chemicznym chłonki, jak to wykazał M i n k o w s k i. Podtorebkowe wysięki chłonne pozostają w ścisłym związku z procesami zapalnymi, toczącymi się w samej nerce, a zrosty torebki w następstwie przebytego procesu zapalnego na-

leży sprowadzić do organizacji wysięków podtorebkowych. Działanie dekapsulacji sprowadza się więc do otwarcia sieci naczyń chłonnych mięszu nerki do przestrzeni pozaotrzewnowej, a skuteczność jej tłumaczy się powstałym drenażem śródmiąższowej tkanki łącznej nerki. Toteż pomyślny wynik dekapsulacji obserwujemy w przypadkach, w których zrosty torebki z powierzchnią nerki nie pozwalają na odpływ płynu z tkanki łącznej śródmiąższowej do przestrzeni podtorebkowej, wzgl. w których wskutek obrzęku nerki torebka zbyt ściśle do niej przylega. Z drugiej zaś strony zabieg ten nie może okazać się skutecznym w bujaniu tkanki śródmiąższowej, jej sklerozie, jak się to dzieje w nerce marskiej lub w przewlekłym zapaleniu nerek, gdyż normalne drogi odpływu, znajdujące się w samej nerce — jej drogi chłonne — uległy zniszczeniu wskutek zmian, które zaszły w śródmiąższowej tkance łącznej.

Jeśli jednak drogi chłonne tak ważną odgrywają rolę w powstawaniu i rozszerzaniu się w nerce sprawy zapalnej o charakterze zakaźnym, to niepodobna również nie wspomnieć o tem, za czym przemawia doświadczenie kliniczne, że układ chłonny dopomaga też ustrojowi w walce z zakażeniem, zwłaszcza zakażeniem lekkiem. Oddziaływa on przecie na każde wtargnięcie zarazków chorobotwórczych nie w mniejszym, lecz w większym jeszcze bodaj stopniu od układu krwionośnego. I, jeśli właściwa walka ustroju z zakażeniem rozgrywa się przeważnie dopiero w gruczolach chłonnych, to jednak wcześniej już występuje odczyn zapalny ze strony naczyń chłonnych — i w każdym przypadku zaznaczony jest zupełnie wyraźnie.

Układ chłonny poważną też odgrywa rolę w gruczolicy nerki. Wprawdzie w braku gruczolicy drugiej nerki i pęcherza nerka wyjątkowo tylko może ulec zakażeniu gruczliczemu na drodze chłonnej. Ogniska gruczlicze, znajdujące się w pobliżu nerki: ropnie opadowe w próchnicy kręgosłupa, czy też zropiałe gruczoły zaotrzewnowe mogą jednak za pośrednictwem dróg chłonnych kierować się ku nerce i nawet przebić do jej miedniczki. Mówi się zwykle w tych przypadkach o bezpośrednim przebicu się do miedniczki sąsiedniego ogniska gruczliczego, wzgl. o przeniesieniu się na nią sprawy swoistej, dzięki bezpośredniej styczności z ogniskiem pierwotnym i zrostom. Niewątpliwie jednak i w tych przypadkach sprawa postępuje drogami chłonnymi. W przypadku zaś gruczolicy drugiej nerki i pęcherza proces może się przenieść za pośrednictwem dróg chłonnych na dolny odcinek moczowodu nerki drugiej, nie jest też wykluczonem, iż może wstępować w ten sam sposób wyżej, aż do miedniczki. Wiemy przecież, że drogi chłonne moczowodu łączą się bezpośrednio z jednej strony z drogami chłonnymi miedniczki nerkowej i nerki, z drugiej zaś — pęcherza. To też w zakażeniu wstępującem nerki drogą chłonną możemy nie znaleźć żadnych zmian gruczliczych w śluzówce moczowodu. Istnieją też bezpośrednie połączenia między drogami chłonnymi nerki i nie tylko narządów sąsiednich, lecz i odległych, między innymi — jądra i jajnika. U kobiet stwierdzono istnienie wspólnych przewodów zbiorczych dla trąbek i tkanki okołonerkowej. Toteż bóle, często występujące w okolicy nerek w przebiegu zapalenia trąbek, mają się tłumaczyć toczącą się niejednokrotnie w tych przypadkach w tkance okołonerkowej sprawą zapalną o przebiegu łagodnym. Wiadomo też, że rozszerzanie się gruczolicy z ograniczonego ogniska na brodawce, powstałego na drodze krwionośnej, może postępować trzema drogami: moczową, chłonną lub krwionośną, proces może nawet równocześnie rozszerzać się róż-

nemi drogami. Niewątpliwie częściej, niż za pośrednictwem dróg moczowych, rozszerza się gruczlica nerki drogami chłonnymi. Świadczą o tem wczesne zmiany gruczlicze — przedewszystkiem charakterystyczny układ gruczelków w kształcie sznura pereł wzdłuż ściany drobnych naczyń tętniczych, wielokrotnie obserwowany zarówno w warstwie korowej, jak i rdzennej nerki. Jako ważny dowód, potwierdzający słuszność tych poglądów, przytoczyć można obserwacje, z których wynika, że w dalej posuniętych okresach gruczolicy nerki prątki znajdują się mogą w świetle dużych naczyń chłonnych, i że prawie zawsze w tych przypadkach znajdujemy zmiany gruczlicze w sąsiednich gruczolach chłonnych. Słuszność też ma N i c o l e s c o, przypominając fakt, oddawna znany, że początkowe ogniska gruczolicy nerki osadwiają się w kącie kielichowo - brodawkowym, i podkreślając niewątpliwą związek dalszego postępowania sprawy z niezwykle obfitą siecią spotykanych tu naczyń chłonnych.

Poza niewątpliwym wpływem dróg chłonnych mięszu nerki na przenoszenie się i rozwój spraw zapalnych o charakterze zakaźnym — posiadają one również znaczenie i dla innych schorzeń. Odgrywają one ważną rolę w rozszerzaniu się pierwotnego raka nerki i mogą być powodem powstawania w nerce wtórnych ognisk nowotworu. W roku 1931 V o g e l na podstawie badań, przeprowadzonych w przypadku raka trzustki z przerzutami drogą chłonną w kierunku wstecznym do nerki, potwierdził tem samem istnienie naczyń chłonnych jej mięszu. Wiemy, że komórki nowotworowe lub bakterie chorobotwórcze mogą przedostawać się niekiedy do dróg chłonnych mięszu nerki, dążąc w kierunku odwrotnym do prądu chłonki.

Cofaniu się chłonki w kierunku wstecznym sprzyja przedewszystkiem jej zastój, połączony ze znaczniejszym rozszerzeniem się naczyń chłonnych; zaburzenia te zaś powstają w razie istnienia przeszkody mechanicznej dla normalnego odpływu chłonki. Można przytem doszukać się wpływu momentów mechanicznych, utrudniających odpływ chłonki, nie tylko poza układem chłonnym, lecz również i w samych naczyniach i gruczolach chłonnych. Guzy, uciskające odzewnątrż duże pnie chłonne, powiększone gruczoły chłonne, względnie zamykające odzewnątrż światło naczyń chłonnych zakrzepy, czy bujania śródbłonka (*endolymphitis obliterans*), wreszcie przerost komórek nowotworowych — mogą wywoływać zastój chłonki, rozpoczynający się w grubszych pniach chłonnych, przechodzący na najcieńsze, i mogą być powodem cofania się chłonki w kierunku wstecznym — i powstawania przerzutów nowotworu, względnie sprawy zapalnej w mięszu nerki.

Osobliwości krążenia nerki, właściwości jej układu chłonnego, wykazany szereg zmian, zachodzących w drogach chłonnych mięszu nerki w różnorodnych schorzeniach narządu, z drugiej zaś strony zestawienie szeregu faktów, znanych z patologii ludzkiej, pozwoliły mi na wykazanie, jak wielką drogi te muszą odgrywać rolę w fizjologii nerki i jak wielkie znaczenia posiadają w jej patologii. Żadne ze schorzeń nerek, jakie zna patologia, nie pozostaje bez wpływu na układ chłonny mięszu nerki w całości, względnie na pewne jego odcinki.

I odwrotnie też — zmiany, które zaszły w tym układzie okazują wpływ bezsprzeczny na przebieg każdego ze schorzeń nerki.

Rozpoczynając ten nowy rozdział fizjologii patologicznej nerek, nie wyjaśniłem wszystkiego, co zamie-

rzałem. Rozdział ten, bądź co bądź, jest już otwarty i powinien zachęcić do dalszych badań.

Poza wyjaśnionymi już kwestjami nasuwa się cały szereg niewyczerpanych możliwości, wymagających właściwego rozwiązania. Dopóki to nie nastąpi, nie będziemy mogli uważać naszych wiadomości o fizjologii i patologii nerki za zamknięte rozdziały nauki.

Z klinik, szpitali i pracowni

Z Oddziału Chirurgicznego Męskiego Połtawskiego
Gubernjalnego Szpitala Ziemskiego.

(Ordynator: Dr. A. M. Orłowski)

i

z pracowni chemiczno-analitycznej Połtawskiego
Ziemstwa Gubernjalnego.

(Kierownik: Magister Farmacji L. I. Czekałowicz).

O własnościach trujących kseroformu*).

Podał

Stanisław JUSTMAN (Łódź).

Leczenie ran i owrzodzeń wciąż jeszcze nie wyszło z okresu antyseptycznego pomimo zalet aseptyki z jednej strony, a licznych ujemnych stron zwykle stosowanych środków odkażających z drugiej. W poszukiwaniu środka odkażającego, mającego same tylko zalety, a pozbawionego szkodliwych dla ustroju własności, stopniowo przechodzono od mocno działających (pierwotny Carbol - spray Listera) do słabiej działających. Z preparatów ostatniej kategorii z szczególne upodobaniem stosowano na męskim oddziale chirurgicznym Połtawskiego Gubernjalnego Szpitala Ziemskiego kseroform w postaci 10% maści lub gazy.

Kseroform jest związkiem chemicznym bismutu z fenolem, w którym 3 wodory zastąpione są bromem. Uważany był dotychczas za środek niewinny, chociaż ze względu na swój skład chemiczny nie może *a priori* być uważany za obojętny.

2 przypadki, spostrzegane przeze mnie na oddziale w grudniu 1914 r. i w początku 1915 r., przekonały mnie dopiero, że kseroform ma niewątpliwie własności toksyczne, z początku, prawda, mało widoczne, z czasem jednak rzucające się w oczy swym wpływem zarówno na stan ogólny ustroju, jak i na proces gojenia, ulegający całkowitemu zahamowaniu. Oczywiście, działanie toksyczne kseroformu jest tem wydatniejsze, im większa jest powierzchnia wchłaniająca, i im delikatniejszy lub słabszy jest ustrój.

Przypadek 1-szy. 12-go grudnia 1914 r. przyjęty został 4-letni Paweł G., oparzony poprzedniego dnia ukropem.

St. pr. Na lewej dłoni i lewym udzie oparzenie II stopnia, na zewnętrznej 1/2 powierzchni dłoniowej lewego przedramienia i na lewej 1/2 przedniej powierzchni brzucha oparzenia I stopnia, w dolno-zewnętrznej części tejże lewej 1/2 brzucha i na kroczu oparzenie III stopnia. Miejsca oparzone opatrzone gazą z 10% maścią kseroformową.

15.XII. T° podniosła się do 40°, jednocześnie wokoło miejsc oparzonych wystąpił rumień rozlany, dalej plamisty.

*) Odczyt, wygłoszony na posiedzeniu Połtawskiego Towarzystwa Lekarskiego 25.VI.1915 r. i na posiedzeniu Towarzystwa Lekarzy Rosyjskich w Moskwie dnia 25.XI.1916 r. Praca niniejsza nie straciła swej aktualności i dzisiaj, co skłania mnie do ogłoszenia jej w 20 przeszło lat po jej napisaniu.

PIŚMIENNICTWO:

J. J a s i e ń s k i — Les lymphatiques du rein sain. Journal d'urologie, 1935. — J. J a s i e ń s k i — Les lymphatiques du parenchyme des reins lésés. — Journal d'Urologie (w druku). — J. J a s i e ń s k i — Le rôle et la signification des lymphatiques du parenchyme rénal dans la physiologie et pathologie du rein — Journal d'Urologie (w druku).

16.XII. Rumień rozleglejszy. Maść kseroformową zastąpiono *linimento calcareo*.

18.XII. Rumień widocznie przechodzi.

19.XII. T° opadła do normy.

20.XII. Łuszczenie w miejscach dawnego rumienia. Gojenie oparzeń III stopnia *per granulationem* postępuje.

24.XII. Łuszczenie ustało.

3.I.1915. Siostra przez omyłkę ponownie zastosowała maść kseroformową; 4.I. zrana T° 38.4, po zdjęciu opatrunku opadła ku wieczorowi do 37.6°, nazajutrz rano 37°, poczem gojenie szybko postępowało pomimo wystąpienia 19.I. objawów odrzy, z powodu której pacjent został przeniesiony na oddział zakaźny.

Przypadek 2-gi. 2-giego października 1914 r. przyjęty został 13-letni Andrzej G. Zachorował miesiąc temu na bóle i obrzęknięcie prawego podudzia, 2 tygodnie temu zrobiło 2 cięcia.

St. pr. W górnej części prawego podudzia szerokie podłużne cięcie, 7 cm. długie, niżej drugie, mniejsze — w obu widoczna obnażona na dużej przestrzeni kość. Ropa płynna. Rozpoznanie: *Osteomyelitis tibiae dextrae*.

6.X. *Sub narcosi chloroformica* cięcie przez całą grubość do obnażonej kości. Z otworu trepanowanej kości sączy się ropa. T° opadła w dzień operacji do normy, nazajutrz wieczorem 39.7° i dalej utrzymywała się na tym samym poziomie z porannymi remisjami. Cały czas stosowano tampony kseroformowe.

10.X. Zarysy stawu kolanowego prawego zaokrąglone, *recessus* napięte, chelbotanie elastyczne.

1.XI. Nakłucie próbne wykazało ropę. *Sub narcosi bromethylica* 2 cięcia boczne.

29.XI. Usunięto martwak.

6.XII. Ziarnina biała i wiotka, ropa obfita. Obrzęk stóp. Niedokrewność.

16.XII. Obrzęk ogólny. W moczu o c. wł. 1012, odczynie zasadowym, dużo białka, w osadzie krwinki czerwone, ciała ropne, komórki nabłonka nerkowego, wałeczki szkliste i z krwinek czerwonych.

2.I.1915. W moczu prócz poprzednich składników morfologicznych wałeczki ziarniste, nabłonkowe i pojedyncze woskowate.

12.I. Ziarnina biała, wiotka, część środkowa rany pokryta żółtawym, suchym, nieco połyskującym, jakby woskowym nalotem.

Przypuszczając przez analogię z przypadkiem 1-szym toksyczny wpływ kseroformu, poleciłem 19.I. zamienić gazę kseroformową gazą nieimpregnowaną. Pomyślniejszy efekt nie dał długo czekać na siebie. Chory, uważany już za straconego, zaczął się poprawiać, t° szybko opadła do normy, podnosząc się tylko wtedy, gdy siostra z przyzwyczajenia zastosowała gazę kseroformową.

Dalszy przebieg choroby był następujący:

24.I. Ziarnina świeższa, nieco krwawi, pokryta woskowatym nalotem część rany zmniejsza się.

4.II. Cała powierzchnia rany pokryta świeżą ziarniną. Chory wygląda znacznie lepiej. W moczu ślady białka, krwinki czerwone i ciała ropne, wałeczków nie wykryto.

28.II. Zbliżanie z brzegów całkiem czystej rany szybko postępuje. W moczu o c. wł. 1010, odczynie obojętnym, białka 0.25%, w osadzie czerwone krwinki, wałeczki szkliste, ziarniste i z krwinek czerwonych.

5.III. Zastosowana poprzedniego dnia maść czerwona (pellidolowa) wobec podniesienia się ciepłoty zaniechana.

16.III. Ziarnina soczysta, krwawi. Rumieńce na twarzy. Obrzęk prawej stopy mniejszy.

10.IV. Obrzęk ogólny znikł bez śladu. Mocz o c. wł. 1015 zawiera białka ślady, w osadzie czerwone krwinki, wałeczki szkliste, ziarniste i z krwinek czerwonych.

18.IV. Powtórnie zastosowaną maść czerwoną wobec zwiększonego ropienia zarzucono. W moczu ślady białka i krwinki czerwone, wałeczków nie wykryto.

3.V. Rana się goi. C. wł. moczu 1010, białka ślady, krwinki czerwone, wałeczki szkliste i z krwinek czerwonych, pojedyncze komórki nabłonka nerkowego. Wypisuje się jako ozdrowienie.

Epicrisis. Przypadki powyższe są tak wymowne, że warto zastanowić się nad nimi. W przypadku pierwszym tak uderzające objawy, jak skok T° do 40° i rumień, umiejscowieniem swym wskazujący na niewątpliwą związek z zastosowaną maścią kseroformową, odrazu skłoniły do zastąpienia jej maścią obojętną, poczem ciepłota spadła do normy, a rumień stopniowo znikł. Łączność tych objawów z kseroformem stała się jeszcze niewątpliwsza, gdy siostra 3.I.1915 zrobiła mimowolne doświadczenie i znów zastosowała maść kseroformową. T° podskoczyła nazajutrz do 38.4° i opadła po usunięciu opatrunku.

Warunki dla wykazania toksycznego działania kseroformu były w 2-gim przypadku mniej sprzyjające, gdyż Andrzej G. cierpiał na chorobę, przebiegającą z wysoką gorączką. Pomimo to już od stycznia 1915 r. coraz bardziej byłem skłonny objaśnić wpływem toksycznym kseroformu zarówno dalsze trwanie wysokiej ciepłoty po zabiegu, jak i stopniowe pogorszenie wyglądu rany, objawy nerkowe i ogólne. Że tak jest rzeczywiście, przekonałem się, usuwając kseroform: t° niezwłocznie opadła, rana zaczęła się oczyszczać, ukazała się różowa ziarnina, krwawiąca przy zmianie opatrunku, znikł woskowaty nalot środkowej części rany, jednocześnie stan nerek uległ poprawie: białko w moczu znikło całkiem prawie, wałeczki stały się rzadsze, pozostały ostatnie ślady podrażnienia nerek: krwinki czerwone i białe ciała. Ześmy mieli w danym razie do czynienia ze sprawą toksyczną w nerkach, a nie ze skrobiowatością nerek, dowodzi, zdaniem moim, fakt szybkiej poprawy stanu nerek po odstawieniu kseroformu, gdy skrobiowatość, jako sprawa charłacza, jest w swej istocie sprawą postępującą, wyłączającą *restitutio ad integrum*. Nie do pomyślenia byłby również w skrobiowatości nerek ten nagły zwrot ku lepszemu w ogólnym stanie chorego. Patrząc na obrzękłą, przezroczystą prawie twarz jego, ogólne obrzęki, sinicowoblade wargi, apatię i przygnębienie, uważałem go ku wielkiemu memu żalowi za straconego. Tem więcej zadowolenia sprawiła mi rzucająca się w oczy zmiana ku lepszemu również w stanie ogólnym chorego: wargi zaróżowiły się, obrzęki otęchły, psyche stała się żywsza i pogodniejsza. Doświadczenie, dowodzące związku stosowania kseroformu z podniesieniem ciepłoty, i w tym przypadku było zrobione nieświadomie przez siostrę kilkakrotnie, gdy nie miałem możliwości być obecnym przy zmianie opatrunku.

2 powyższe przypadki, wprowadzie dla mnie osobście przekonywające, można było jednak rozmaicie interpretować: można było objaśniać działanie toksyczne kseroformu wiekiem dziecięcym, idiosynkrazją, przebytą przedtem chorobą lub względną albo absolutną niewydolnością narządu wydzielniczego — nerek. Miałem więc przed sobą zadanie uzasadnić ściśle naukowo moje przypuszczenie toksyczności kseroformu, wyjaśnić: 1) o ile ta toksyczność jest zjawiskiem stałym, niezależnym od wieku, ani od indywidualności, 2) na czym polega działanie toksyczne kseroformu, i nakoniec 3) która część składowa kseroformu jest przyczyną jego toksyczności. Wyjaśnieniu jednak wszystkich tych kwestyj stała na przeszkodzie okoliczność, że od stycznia 1915 r. zmniejszono i wkrótce całkiem zniesiono stosowanie gazy kseroformowej na oddziale. Z konieczności tedy musiałem narazie zadowolić się tylko badaniem moczu chorych i rannych, u których jakiś czas stosowano gazę kseroformową. Okazało się, że we wszystkich bez wyjątku zbadanych przez mnie przypadkach w osadzie moczu były czerwone krwinki, a w przypadkach stosowania kseroformu przez czas dłuższy i na większej powierzchni rany znajdowano również wałeczki. Ponieważ jednak dane te były niedostateczne, zdecydowałem się zrobić bezpośrednie doświadczenie, wykazujące naocznie toksyczność kseroformu.

W tym celu w myśl naszych przesłanek potrzebny był człowiek dorosły, mający narządy wewnętrzne, szczególnie zaś nerki, zdrowe, przytem zaś dużą ranę.

Osobnik taki wkrótce się nadarzył w osobie młodszego podoficera 42-go pułku Jakuckiego, Pawła P., przyjętego do lazaretu Związku Ogólnosiemskiego przy Połtawskim Szpitalu Ziemskim 23-go marca 1915 r. Jego historia choroby jest następująca. Ranny 17-go grudnia 1914 r. w bitwie kulą wybuchową (dum-dum) w pierś. Z rany, jak mówi, usunięto odłamki kości. St. pr. Na piersi na wysokości 2-gich żber poprzeczna rana 3—5 ctm. szeroka, sięgająca od *l. mamillaris dextra* do *l. mamillaris sin.* Brak dolnej części rękkości mostka, zmiażdżonej i usuwanej kawałkami przy dotychczasowych opatrunkach.

Opatrunek aseptyczny.

28.III. Rana z brzegów wykazuje tendencję do gojenia.

W prawej części rany znaleziono przetokę, idącą wglęb i nazewnątrż i kończącą się na nieobnażonym żebrze.

6.IV. Mocz kwaśny, o ciężarze właściwym 1014, nie zawiera białka, w osadzie zwiększona tylko ilość szczawianów wapnia (wchłanianie odłamków kości)

7.IV. Zaczęto opatrzywać ranę gazą kseroformową.

14.IV. Mocz bez zmian.

18.IV. Powierzchnia rany stała się gładka, wiotka, jak rzadkie ciasto. Pacjent skarży się na ból w piersiach.

22.IV. W moczu o c. wł. 1012 ślady białka, w osadzie krwinki czerwone, wałeczki szkliste i z krwinek czerwonych. Zaniechano stosowania gazy kseroformowej i zastąpiono ją jałową, nieimpregnowaną.

26.IV. Bóle w ranie.

2.V. Wobec wiotkości powierzchni rany tkanki częściowo ścięto nożyczkami. Mocz bez składników chorobowych.

10.V. Ból w piersiach mniejszy, rana świeższa.

18.V. Ból w piersiach nieznaczny, rana zmniejsza się, ziarnina soczysta.

A więc bezpośrednie doświadczenie wykazało, że u człowieka dorosłego z dużą raną postrzałową przedniej ściany klatki piersiowej, poza tem zdrowego, specjalnie zaś mającego zdrowe nerki, wystąpiły pod wpływem kseroformu objawy zatrucia zarówno miejscowe, jak i ogólne. Powierzchnia rany, przedtem pokryta zdrową

ziarniną, po 2-ch tygodniach stosowania gazy kseroformowej rażąco się zmieniła: zbladła, zwiotczała, stała się gładka, wystąpiły bóle, których chory nie umiał dokładnie umiejscowić: w piersiach, czy w samej ranie. Jednocześnie w moczu wykryto ślady białka, w osadzie krwinki czerwone, wałeczki szkliste i z krwinek czerwonych, ciężar właściwy obniżył się. Zauważyć muszę, że nerki naszego pacjenta były widocznie dość odporne, bo po tygodniu stosowania kseroformu wynik analizy moczu poza obniżeniem ciężaru właściwego żadnych zmian chorobowych nie wykazał. Trzeba było dopiero 1½ tygodnia stosowania środka, by otrzymać pierwsze objawy uszkodzenia rany i nerek. Gdyby kseroform stosowano dalej, to napewno doszłoby do postępującego uszkodzenia mięśzowego nerek, którego obraz widzieliśmy u 13-letniego Andrzeja G. Toksyczne działanie kseroformu nie zależy więc od wieku, ani od idiosynkrazji, ani od małej odporności ustroju lub poszczególnych jego narządów (nerek), lecz objaśnia się wyłącznie własną tegoż kseroformu jadowitością. Jeżeli uprzedzimy sobie jeszcze trudną rozpuszczalność kseroformu w wodzie i cieczach ustroju, to przyjdziemy do przekonania, że kseroform stanowi silną truciznę dla ustroju ludzkiego.

Pozostawało mi jeszcze wyjaśnić, jaka część składowa kseroformu wywołuje te ciężkie objawy zatrucia: fenol czy bismut. Dla wykonania analizy chemicznej moczu chorego P. zwróciłem się do magistra farmacji L. I. C z e k a n o w i c z a, kierownika Połtawskiej Ziemskiej Pracowni Chemiczno-analitycznej, który nie tylko pozwolił mi korzystać ze swej pracowni, lecz wziął żywy czynny udział w mej pracy, co z wdzięcznością wspominam.

Przebieg analizy był następujący.

Do małej ilości moczu dodajemy kroplami rozcieńczonego roztworu półtorachloru żelaza: barwa nie zmieniła się, a więc, wolnego fenolu w moczu niema.

Do 150 ccm moczu dodano kroplami 7,5 czystego kwasu siarczanego, mieszaninę destylowano na kąpeli wodnej tak długo, póki destylat po zadziałaniu wodą bromową wykazywał odczyn na wolny fenol. Do całego destylatu dodano wody bromowej do otrzymania stałego zabarwienia żółtego, przyczem tworzył się żółtawy osad trójbromfenolu, poczem dodano również osady, otrzymane przy kolejnych reakcjach jakościowych. Po 24 godzinach stania cały osad trójbromfenolu zebrano na uprzednio dokładnie wysuszonym nad stężonym kwasem siarczanym w ekssykatorze i zważonym filtrze, który potem wraz z osadem był poddany wysuszeniu i zważony, przyczem trójbromfenolu znaleziono 0,0016, co odpowiada 0,00045 fenolu, zawartego w 150 ccm moczu. A więc w dobowej ilości moczu (przeciętnie 1500 ccm.) fenolu było 0,0045.

Dla wykrycia bismutu moczu, pozostały po destylowaniu fenolu, nagrzewano z kwasem solnym i solą B e r t h o l e t a w celu zniszczenia substancji organicznych. Po odpędzeniu chloru nasycano przez dobę przecedzoną gorącą cieczą przemytą w wodzie siarkowodorem, przyczem powstał niewielki ciemno-żółto-bury osad. Ostatni zebrano na filtrze, przemyto wodą i rozpuszczono w gorącym siarczku amonu, poczem na filtrze pozostał nieznaczny ciemno-bury osad, który po przemyciu wodą rozpuszczono gorącym kwasem solnym. Ciecz otrzymaną wyparowano na kąpeli wodnej do połowy objętości, poczem dodano wody w nadmiarze, powstał wtedy biały męt, a po odstaniu biały osad. Osad ten rozpuszczono ponownie w kwasie solnym, do rozczy-

nu dodano ługu gryzącego w nadmiarze i roztwór chloru cyny, przyczem otrzymano nieznaczny czarny osad. W ten sposób stwierdzono niewątpliwie ślady bismutu w moczu pacjenta, który był przedmiotem naszego doświadczenia. Drugim ciekawym wynikiem naszej analizy było stwierdzenie znacznego zmniejszenia (sześciokrotnego w stosunku do przeciętnej normy) wydzielania fenolu w postaci kwasu eterosiarczanego.

Jak objaśnić i powiązać te fakty? Zdaje mi się, najprościej można to zrobić w sposób następujący. Pod wpływem wydzieliny rany następuje rozkład kseroformu, zawartego w gazie lub maści albo wprost posypanego *in substantia* na ranę. Powstający fenol ulega tuż na miejscu związaniu dostarczanym przez krew kwasem siarczanym, wchłania się i wydziela przez nerki w zwykłej swej postaci. Można tedy całkiem słusznie przypuścić, że w początku stosowania kseroformu ilość wydzielanego kwasu fenolosiarczanego nie tylko nie zmniejsza się, lecz, przeciwnie, wzrasta. Znacznie trudniej rozpuszczalny bismut ulega z początku związaniu na miejscu, tworząc albuminaty, które zrazu działają czysto miejscowo żrąco i doprowadzają do martwicy powierzchownych warstw rany, tworzących po jakimś czasie żółtawy przeświecający strup. W tym nekrotyzującym wpływie dzielnie pomaga bismutowi coraz to obficiejszemu tworząc się i wskutek zmian chorobowych powierzchni rany coraz powolniej wchłaniający się fenol, którego własności nekrotyzujące znane są już od czasów L i s t e r a. W miarę wchłaniania się drogą bardzo złożonych i nieznanych jeszcze procesów chemicznych rozpuszczonych związków bismutu następuje drugi okres działania trującego. Bismut, wydzielany przez nerki, upośledza przedewszystkiem czynności nabłonka nerkowego, przez co spada ciężar właściwy moczu, zjawiają się w moczu ślady białka, krwinki czerwone i komórki nabłonka nerkowego, z czasem jako dalszy wyraz postępującego uszkodzenia nerek ilość białka wzrasta, występują wałeczki, z początku szkliste, potem ziarniste, nabłonkowe, z krwinek czerwonych i na koniec woskowate; ciężar właściwy moczu coraz bardziej spada, świadcząc o coraz głębszym upośledzeniu czynności wydzielniczej nerek. W ustroju nagromadza się coraz więcej fenolu zarówno egzo-, jak i endogenego, obok zwykłych produktów przemiany materji, otrzymujemy objawy przewlekłego zatrucia zarówno fenolem w postaci apatii, senności, słabości ogólnej i postępującej niedokrewności, jak również objawy mocznicy, dające prócz powyższych objawów również obrzęki ogólne, bóle głowy, mdłości i wymioty. Zastanawiający jest fakt, iż własności trujące fenolu i bismutu, oddzielnie branych, względnie niewielkie, w kseroformie ulegają nie prostemu zsumowaniu, jeno wielokrotnemu wzmoczeniu. Lecz nawet tak posunięty obraz zatrucia kseroformem, jaki spostrzegaliśmy u Andrzeja G., może jeszcze ulec zmianie ku lepszemu z chwilą usunięcia trucizny. Oczywiście, *restitutio ad integrum* nerek, uległych zatruciu kseroformem, tem bardziej jest możliwe, im krótszy był czas stosowania kseroformu. Dlatego pacjent, który posłużył nam za przedmiot naszego doświadczenia, odniósł jedynie szybko przemijające objawy podrażnienia nerek i czasowe zahamowanie procesu gojenia rany, podczas gdy u Andrzeja G. usunięcie kseroformu dopiero po długim jego stosowaniu umożliwiło wprowadzić zagojenie rany, lecz przyszło, niestety, już zbyt późno, aby nerki mogły całkowicie wrócić do stanu normalnego: u naszego pacjenta rozwinął się obraz przewlekłego zapalenia nerek mięśzowego. Sądzę, że wiele etjologicznie ciemnych przewlekłych zapaleń ne-

rek możnaby było objaśnić zastosowaniem w przeszłości chorego toksycznych środków lekarskich, oraz że skrobiowatość nerek, spostrzegana w przypadkach długotrwałego ropienia, zależy nie od tegoż ropienia, lecz ma wraz z ropieniem wspólne źródło przyczynowe w charakterze, spowodowanym ogólnym ciężkim schorzeniem (gruźlica, nowotwór złośliwy, kiła złośliwa), lub w istnieniu martwaka, niezauważonego w ranie, lub nakoniec, i kto wie, czy nie najczęściej, w stosowaniu toksycznych środków odkażających przy opatrunkach.

Wyżej powiedziane uprawnia do następujących wniosków:

1. Kseroform, jako związek fenolu z bismutem,

Kartki kliniczne

Z Oddziału Wewnętrznego Szpitala Żydowskiego
we Włocławku.

(Ordynator: Dr. L. F u k s).

Dodatni odczyn Weil-Felixa w przypadku braku objawów klinicznych duru plamistego.

Podał

Dr. L. FUKS (Włocławek).

H. B., l. 11, zachorował nagle dnia 26.IV.1935 r. Choroba rozpoczęła się wysoką gorączką, bólami głowy, kilkukrotnymi wymiotami i bardzo wybitną sztywnością karku. W dwa dni potem chłopiec skierowany był do mnie na oddział wewnętrzny. Przy badaniu obiektywnym stwierdziłem: temperatura 39,5°; tętno 116, znaczna sztywność karku, wybitny Kernig, przeczulica, brak wysypki. W płucach, sercu i organach brzusznych brak zmian. Odczyn djazo ujemny. Z wzoru krwi: 22.000 leukocytów, w tem wybitna neutrofiloza, eozynofilów 1%. Przy nakłuciu łędźwiowym wydostaje się pod dużym ciśnieniem bardzo mętny płyn, którego mikroskopowe badanie wykazuje niewątpliwą obecność śródkomorowo położonych gram-ujemnych meningokoków. Dokonywano w ciągu 12 dni nakłuć łędźwiowych, a płyn poddawano badaniu co drugi dzień. Płyn przy codziennym zastrzykiwaniu dołędźwiowo i domięśniowo surowicy meningokokowej jaśnieje z dnia na dzień. W pierwszych pięciu badaniach płyn zawiera, wprawdzie w coraz mniejszej ilości, meningokoki. Dziecko stale 2 razy dziennie badane przezemnie nie wykazuje ani śladu jakiegokolwiek wysypki. W dniu piętnastym po zachorowaniu ujawnia się zupełnie typowa posurowicza wysypka o charakterze pokrzywki, ciepłota jednocześnie podnosi się. Po czterech, pięciu dniach wysypka zupełnie znika. Wysoka temp., jak również wspomniane powyżej objawy oponowe, wprawdzie w stopniu znacznie osłabionym, jednak dalej trwają. Przy 12-tej rzędu punkcji płyn jest już zupełnie jasny i meningokoków więcej nie zawiera. Zastanawia mnie wtedy przedewszystkiem dalej trwająca wysoka ciepłota. Szukam powikłań i nigdzie nic nie znajduję. Odczyn dwuazowy Ehrlicha nadal jest ujemny, badany ponownie wzór krwi wykazuje: 7.000 leukocytów i brak eozynofilów. Zwracają również uwagę moją bole brzucha, stolce rzadkie, trwające kilka dni. Brak eozynofilów w związku z biegunką naprowadza mnie na myśl o ewentualnym istnieniu zakażenia mieszanego. Myślę przedewszystkiem o durze brzuszonym, wzgl. rzekomym. Wówczas przesyłam krew do badania do Państwowego Zakładu Higieny w Warszawie.

W kilka dni później nadchodzi wynik badania z zupełnie nieoczekiwanym dodatnim Weil-Felixem. Wezwany poprzednio na poradę kol. Hermana z Warszawy stwierdza również na podstawie dotychczasowego przebiegu

jest środkiem, w którym własności toksyczne jego części składowych ulegają wielokrotnemu spotęgowaniu.

2. Stosowanie kseroformu wykracza przeciw najpierwшему i najwyższemu nakazowi lecznictwa: *Primum non nocere*.

3. Kseroform tak samo powinien być usunięty z użycia w lecznictwie zewnętrznym, jak to się stało naprz. z maretyną w lecznictwie wewnętrznym. Ojcem obu środków była nie ich rzeczywista potrzeba, jeno chęć fabrykanta wypuszczenia na rynek lukratywnego dla swego producenta środka (kseroform jest drogi!).

4. Zasadniczo rany należy opatrywać czystą gazą wyjałowioną, jako najlepiej wchłaniającą wydzielinę rany oraz wolną od szkodliwego działania ubocznego.

i dokonanych analiz, że mieliśmy do czynienia bezwzględnie z magminem zapaleniem opon, konstatuje nadto u dziecka istniejące objawy wodogłowia, jako pozostałości meningitis. Trwającą jednak mimo ujemnego rezultatu ostatniego nakłucia temperaturę skłonny jest kol. Herman wraz ze mną przypisać dalej w zamkniętej komorze trwającej infekcji meningokokowej, ew. infekcji do datkowej. Od wypowiedzenia ostatecznej opinii co do natury tej infekcji narazie się wstrzymujemy ze względu na niezakończony przebieg choroby i brak wyniku posiewu krwi.

Tymczasem narzekania chorego na bóle, szczególnie lewej połowy brzucha, stają się coraz silniejsze. Badaniem palpacyjnym nie daje się w brzuchu nic szczególnego wykryć. W najbliższym jednak czasie pokazują się w lewej pachwinie 2 duże, wielkości orzecha włoskiego, bardzo na ucisk bolesne gruczoły.

Wezwany do dziecka chirurg, kol. Rotha, znajduje pozbawiony lekki ograniczony naciek na przedniej powierzchni uda lewego; w miejscu tem są ślady wielokrotnych wstrzykiwań podskórnych. Kol. Rotha skłonny jest razem ze mną dopatrzeć się w tym nacieku źródła ostatnich objawów chorobowych dziecka.

W pięć tygodni od początku choroby dziecko jest wolne od wszelkich objawów chorobowych przedmiotowych i podmiotowych.

Niezwykłość streszczonego przebiegu choroby polega, oczywiście, na obecności dodatniego odczynu Weil-Felixa w przypadku, pozbawionym wszelkich cech duru plamistego. Ze względu na tę niezwykłość, krew poddano badaniu 2-krotnie i, jak łaskawie zakomunikował mi p. Docent Przemycki z Państwowego Zakł. Higieny, zostaje ona za drugim razem, celem uniknięcia wszelkich wątpliwości, zbadana z surowicą ogrzewaną (w myśl badań Felixa). Obydwa badania wykazały jednak wybitnie dodatni odczyn Weil-Felixa w stosunku 1:800.

Nasuwać się przeto nast. zagadnienia: czy przypadek nasz nie wykazywał w I-ym, czy w II-gim okresie swego 5-cio tygodniowego przebiegu chociażby jakiegokolwiek rudymetarnych objawów duru wysypkowego? A jeżeli nie, to czy są w wywiadach pacjenta, jakiegokolwiek momenty, które budziłyby podejrzenie, że przechodził on dur plamisty? Nim jednak przystąpimy do omówienia tych zagadnień, czuję się zmuszonym złożyć nieskromne o sobie zdanie, że w rozpoznaniu klinicznym duru wysypkowego posiadam dość bogate doświadczenie, nabyte w czasie wojny i w okresie powojennym. Moje rozumowania idą więc w następującym kierunku:

I. Czy możliwym jest, aby chory był od początku zachorowania dotknięty durem plamistym, zapoczątkowanym zapaleniem opon? Przeciw temu przypuszczeniu przemawia szereg następujących spostrzeżeń:

a) od chwili zachorowania do 15-go dnia choroby pacjent nie miał ani śladu jakiegokolwiek wysypki. Widywałem wprawdzie podczas epidemii sporo przypadków duru plamistego u dzieci z krótko trwającymi, przemijającymi wysypkami. Chory był jednak w ciągu całego przebiegu choroby stale 2 razy dziennie przeze mnie badany, i jest rzeczą zupełnie niemożliwą, by wysypka mogła ująć mojej uwadze. O istnieniu duru plamistego bez wysypki, muszę, na podstawie bardzo licznych moich obserwacji, wątpić.

Pogląd ten znajduje zupełne poparcie w analogicznej opinii wybitnego epidemiologa J ü r g e n s a.

A jeżeli nawet przypuścić możliwość istnienia duru plamistego bez wysypki, to w każdym razie nie w przypadku o tak ciężkim klinicznym przebiegu, jakim nasz się wyróżniał.

b) Brak przez cały czas choroby nastrzyknięcia spojówek i nieżyty oskrzeli, które, jak wiadomo, stale towarzyszą durowi plamistemu.

c) Obecność w naszym przypadku w 5-tym dniu choroby eozynofiliów również nie jest właściwa durowi plamistemu.

d) Przy braku wszelkich klinicznych objawów duru plamistego mamy natomiast przed sobą niedwuznaczny obraz kliniczny i bakteriologiczny *meningitis epidemica*.

II. Czy można przypuszczać, że zakażenie durem plamistym powstało w Szpitalu podczas zapalenia nąmin. opon? Na to pytanie muszę odpowiedzieć bezwzględnie przecząco.

a) Występuje wprawdzie u naszego chorego w 15-tym dniu choroby wysypka, lecz, jak już wspomniałem, ma ona zupełnie jasny, niedwuznaczny charakter wysypki posurowiczej. Przeskakując szybko z miejsca

na miejsce, występuje ona w postaci dużych, zlewających się plam i grupuje się głównie w okolicy stawów.

b) Obraz krwi, dokonany powtórnie w drugiej połowie choroby, mimo że brak w nim eozynofiliów, nie przemawia za durem plamistym, gdyż z drugiej strony nie wykazuje on właściwej temu durowi leukocytozy.

c) Brak nastrzyknięcia spojówek, nieżyty oskrzeli, odczynu dwuazowego o których już wspomnieliśmy, przemawiają tym razem przeciwko durowi plamistemu.

III. Czy są w wywiadach jakiegokolwiek momenty, które budziłyby podejrzenie, że chory w swoim życiu przechodził dur plamisty, skąd pochodziłby obecnie dodatni odczyn W e i l - F e l i x a? Następujące spostrzeżenia i rozważania przemawiają przeciwko temu.

a) Z zupełnie ścisłych opowiadań nader troskliwej i inteligentnej matki dowiadujemy się, że oprócz odry w roku 1933, ostrego zapalenia stawów i obecnie przez nas opisaną chorobę chłopiec żadnej innej choroby nie przechodził, a na jakikolwiek dur wogóle nikt w tej rodzinie nigdy nie chorował.

b) Nasz pacjent urodził się w roku 1924, a od roku 1923 do grudnia 1934 nie był notowany we Włocławku żaden przypadek duru plamistego.

Od grudnia dotąd zarejestrowano we Włocławku 9 przypadków duru wysypkowego, chłopiec jednak był do obecnego zachorowania zupełnie zdrowy.

c) Celem dodatkowych wyjaśnień wywiadów pacjenta i jego rodziny poddana została badaniu również surowica matki i brata jego. Wynik ujemny.

Reasumując wszystko, co dotąd powiedziano, staje się dla nas zupełnie jasne, że chłopczyk ani w domu, ani w szpitalu duru plamistego nie przechodził. W wystąpieniu natomiast w jego surowicy dodatniego odczynu W e i l - F e l i x a należy widzieć niezbitą dowód, iż odczyn ten nie jest w 100% swoisty dla duru plamistego. Występuje on widocznie dodatnio i w niektórych innych stanach chorobowych.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GĄNTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

Postępy w nauce o gruźlicy górnych dróg oddechowych i uszu za rok 1934. *)

Podał

M. WEINTAL (Warszawa)

Zarówno w wiadomościach z etiologii, patogenety, jak i terapii gruźlicy górnych dróg oddechowych niewieleśmy się posunęli naprzód w ciągu ubiegłego roku. Prac na ten temat ukazało się dużo (około 100 w dostępnym piśmiennictwie), większość jednak ma charakter kazuistyczny. Tem niemniej szereg spostrzeżeń i wniosków zasługuje na baczniejszą uwagę i, jeśli nawet nic nowego nie wnosi, to jednak umacnia lub prostuje dużo dawnych poglądów na różne kwestje.

Z dziedziny etiologii i patogenety prac mamy niewiele. Zwraça uwagę praca rosyjskich badaczy M i l c h s t e i n a i P u g a c z a z Leningradu, którzy wywoływali u królików doświadczalnie gruźlicę krtani

*) Referat, wygłoszony na zebraniu oddziałowym Oddziału Otolaryngologicznego Szpitala Żydowskiego — Ordynator: Dr. B. K a r b o w s k i.

i z badań histologicznych doszli do przekonania, że w walce z chorobą odgrywa rolę nie tylko tkanka łączna, ale i nabłonek, który bierze udział w procesie otorbienia ogniska chorobowego. Toteż odporność miejscowa nabłonka ma znaczenie nie mniejsze może, niż odporność ogólna, oraz zjadliwość zarazka.

L a n g e z Berlina poddaje rewizji dotychczasowe nasze poglądy na sposób zakażenia gruźlicą; dochodzi on do przekonania, że zakażenie kropelkowe zachodzi stosunkowo rzadko, najczęściej (w 90%) następuje ono bezpośrednio z powietrza, w 10% przez kontakt, pożywienie i t. p., t. j. drogą przez usta; w ten ostatni sposób zakażone osobniki naogół przechodzą chorobę łagodniej; jest to dowodem, że w walce organizmu z gruźlicą decyduje nie odporność specyficzna, lecz odporność ogólna; pogląd ten umacnia również fakt, że najniebezpieczniejsza jest gruźlica, występująca w okresie zmniejszonej odporności, w niemowlęctwie i okresie dojrzewania płciowego.

Niepozbowiony znaczenia jest pogląd L ö w e n s t e i n a z Wiednia, „pioniera ostatnich czasów w bak-

terjologii gruźlicy, który twierdzi, że oprócz gruźlicy jawnej, pewnej, z typowym obrazem klinicznym i anatomico - histopatologicznym, mamy postaci gruźlicy ukrytej, objawiającej się zapaleniem niespecyficznym, jednak niewątpliwie na tle specyficznym, gdyż towarzyszy im bacyllemja gruźlicza.

Pogląd ten mógłby być uzupełnieniem badań sekcyjnych włośca G i u f f r i d a, który stwierdził u 90% wszystkich chorych na gruźlicę płuc zmiany nacieczeniowe specyficzne w krtani, niedostrzegalne makroskopowo. Jednak z enuncjacji S t r e m p l a w prasie szwajcarskiej wynika, że badania L ö w e n s t e i n a z trudem dają się potwierdzić (jeden raz udało mu się wyhodować prątki K o c h a z krwi).

Kilka prac omawia sprawy, związane z dagnostyką gruźlicy górnych dróg oddechowych. R u b e n s t e i n z San Francisco skonstruował przyrządek, podobny do kolorimetru hemoglobinowego, przy którego pomocy na zasadzie klasyfikacji zabarwienia śluzówki krtani wyciąga wnioski prognostyczne w danym przypadku. Opiera się ten pomysł na spostrzeżeniu, że zabarwienie śluzówki krtani jest bardzo czułym wskaźnikiem zmian, zachodzących w organizmie gruźliczym. Bliższych szczegółów i wyników tych obserwacji autor jednak narazie nie podaje.

G i a n n i zwraca uwagę na wpływ zmian w górnych drogach oddechowych na dagnostykę stetoakustyczną gruźlicy płuc. Objawy akustyczne mogą być zupełnie zniekształcone. Podobnie B a c c a r a n i omawia kwestję rynobronchitów i maskowania obrazu wysłuchowego płuc. G i a n n i tłumaczy sobie różnicę w obrazach laryngoskopowych w krótkich odstępach czasu towarzyszącymi wszystkim zmianom specyficznym niespecyficznymi, odczynowymi zmianami zapalnymi, mogącymi szybko powstawać i szybko zniknąć. Z a m i o stwierdza, że gruźlica gruczołów podszczękowych często o kilka tygodni wyprzedza ujawnienie się prosówki gruźliczej. Wreszcie M a n a s s e tłumaczy żółtobłade zabarwienie podniebienia u gruźlików nie tylko anemią, lecz głównie gromadzeniem się tłuszczu, powstałym wskutek zwyrodnienia tłuszczowego tkanek.

Szereg autorów zajmuje się dagnostyką różniczkową gruźlicy, raka i kiły krtani. Poza szeregiem prac kazuistycznych, dotyczących trudności rozpoznawczych niecodziennych, zresztą, przypadków (A r d o u i n, P r o b y, M a r s i g l i, A u b i n) zwraca uwagę przypadek dwóch brazylijczyków, M a r i n h o i M o n t e i r o; w przypadku tym stwierdzono cztery owrzodzenia gardzieli, z których 3 miały charakter kiłowy, a jedno gruźliczy; potwierdziło to zarówno kilkakrotne badanie histologiczne i bakterjologiczne, jak i wynik terapii przeciwkiłowej i przeciwgruźliczej.

Obszerna praca R e b a t t u, M o u n i e r - K u h n a i G r o u e s a dotyczy zagadnienia: rak - gruźlica. Na zasadzie własnych przypadków (15) i literatury autorzy dochodzą do wniosku, że nie ma żadnego antagonizmu między temi cierpieniami. Współistnienie tych dwóch cierpień jest najczęściej przypadkowe, chociaż charłactwo rakowe może uspasabiać do gruźlicy, a podrażnienie przewłękłą sprawą zapalną gruźliczą może być podkładem do rozwoju raka. Przebieg tych dwóch cierpień jednocześnie jest taki sam, jak przy ich występowaniu oddzielnym; ciekawe jest spostrzeżenie, że rak u chorych na gruźlicę zwykle nie daje przerzutów, dysfagji i duszności. W rokowaniu należy kierować się gruźlicą, gdyż to cierpienie jest zwykle przyczyną zejścia śmiertelnego.

Z prac powyższych, jak i innych (C h e v a l i e r, G u i c h a r d, B o n n e m o u r, P r e d a r o l i) wynika, że miarodajne jest jedynie rozpoznanie histologiczne z wycinka, że zupełnie nie wystarcza zadowolenie się wynikiem badania jednostronnego (odczyn W a s s e r m a n n a, stwierdzenie prątków K o c h a w płwocinie i t. p.). W żadnym razie nie wolno poprzestawać na badaniu laryngoskopowym.

Z prac, dotyczących dagnostyki, wymienię jeszcze proponowaną przez W a s o w s k i e g o z Wilna nomenklaturę graficzną różnych zmian gruźliczych w krtani.

Najwięcej uwagi poświęcają autorzy t e r a p j i gruźlicy krtani. Temat stary, wertowany oddawna i do dnia dzisiejszego nie tylko definitywnie nierozwiązany, ale pozbawiony nawet wyraźnych wytycznych. W literaturze roku ubiegłego zaznacza się jednak pewien kierunek leczniczy i, co znamienne, prawie ze wszystkich stron jednakowy. Zerwano niemal zupełnie z nihilizmem terapeutycznym, który ma niewielu zwolenników. Wszyscy autorzy, zarówno europejscy, jak amerykańscy i z pozostałych stron świata, wyraźnie dają przywilej, a niektórzy uznają wyłącznie galwanokaustyki. Będą to albo entuzjastyczni zwolennicy tej metody, jak V a n d e w e r e (El Paso), włosi G i a n n i i D a l l O l l i o i V a n P o o l e z Honolulu, lub przyznający jej jedynie pierwszeństwo obok metod innych (D w o r e c k i z New Yorku, M a r s c h i k, H a m b e r t). K e k a l o z Kijowa proponuje tuszowanie brzd po galwanokaustyce 2% pyoktaniną¹⁾. Inni kombinują galwanokaustykę z leczeniem sztucznym światłem różnego rodzaju. Naogół uważają, że wskazań do tej terapii jest znacznie więcej, niż się powszechnie sądzi, trudny jest jedynie wybór najodpowiedniejszego momentu do jej przeprowadzenia. Jeśli chodzi o technikę, nie trzeba starać się o całkowite zniszczenie chorej tkanki, lecz jedynie o pobudzenie do kalcyfikacji i rozwoju tkanki łącznej oraz wzmoczenie odporności ogólnej²⁾.

Osłabł do pewnego stopnia zapal do leczenia światłem. Chociaż mamy wyjątkowo zachęcającą pracę W o t z i l k i z Aussig o leczeniu krtaniową lampą kwarcową w warunkach sanatoryjnych i w dalszym ciągu entuzjastyczne uzupełnienia autora tej metody C e m a c h a. Z dużą rezerwą do tej metody odnosi się hiszpan C a r r a s c o, który nie widział ani jednego przypadku wyleczenia bez poprawy stanu płuc, oraz R ü d i z Davos, który jednak przyznaje krtaniowej lampie C e m a c h a duże walory. Zresztą, autor ten ma do rozporządzenia lepszy czynnik leczniczy, jakim jest wysokogórski klimat ze słońcem stale do dyspozycji. Austriak A d l e r z powodzeniem leczy wilka śluzówek lampą C e m a c h a. Wyniki leczenia lampą W e s s e l y e g o omawia S p i r a z Krakowa, który w tej metodzie widzi możliwość leczenia skutecznego niektórych wybranych przypadków gruźlicy gardzieli i krtani, ale daleki jest od oceny, jaką daje tej metodzie jej twórca; sam W e s s e l y demonstrował w Wiedeńskim Towarzystwie Laryngologicznym przypadek rozległej gruźlicy języka i nosa u osobnika z jamistą gruźlicą płuc, wyleczony zupełnie w ciągu 2½ miesięcy przy pomocy jego lampy. Uważał go jednak

¹⁾ Było to stosowane już przeszło 40 lat temu, u nas H e r y n g polecał małachitgrün (Redakcja).

²⁾ Również dawniejsze poglądy (G r ü n w a l d i inni — Redakcja).

widać za rzadkość, skoro zakwalifikował do demonstacji. Również na zjeździe Amerykańskiego T-wa Laryngologicznego wystąpił C a r m o d y z krytyką leczenia światłem.

Z innych metod leczenia energią promienistą rentgenoterapia zyskała sobie gorliwych zwolenników i propagatorów w osobach Włocha F e r r e r i i Z a n g e g o z Jeny. Pierwszy w obszernym artykule w Revue P o r t m a n n a na zasadzie 40 leczonych przypadków uznaje tę metodę za metodę z wyboru w leczeniu gruczłicy krtani z zastrzeżeniem, że będzie ono spoczywało w rękach doświadczonego w dawkowaniu specjalisty. Drugi — na ostatnim zjeździe niemieckich przyrodników i lekarzy uważa leczenie R o e n t g e n e m gruczłicy krtani za jedyną bezpieczną (w odpowiednich rękach) metodę, jedyną, której nie trzeba i nie należy kombinować z innemi, np. z galwanokaustyką, zabiegiem według niego zupełnie nieobojętym i często w skutkach nieobliczalnym. Wreszcie leczenie naturalną energią promienistą, jaką jest słońce, ma swoich rzeczników w osobach prof. M a r o n i i K o w l e r a z Mentony. Zadowolenie z metody zrozumiałe, jeśli uwzględnić warunki klimatyczne, w których obaj pracują, zresztą, metodę tę kombinują niekiedy z innemi i nie stosują jej w przypadkach daleko posuniętych zmian w płucach. K o w l e r i D' H a l l u d i uważają, że w leczeniu słońcem promienie pozafokowe mają mniejsze znaczenie, niż się przypuszcza. Na jedno zgadzają się wszyscy, którzy stosowali energię promienistą w tej, czy innej postaci: na niezawodny prawie środek w walce z dysfagią.

Poglądy na wpływ leczenia złotem gruczłicy krtani są podzielone: gdy R o s i e r, M a y o u x, M o l l a r d i C a m m i t i przypisują złotu wpływ bardzo korzystny na gruczłicę krtani, B e c k odmawia tej metodzie większego znaczenia.

Leczeniu gruczłicy krtani przez unieruchomienie całego organu zostały poświęcone 2 artykuły: jeden prof. V e r n i e u v e z Gandawy, proponujący rzecz zupełnie nową: kłapso-terapię połowiczą krtani przez zastrzyknięcie 98% alkoholu do nerwu zwrotnego (oczywiście tylko w sprawie jednostronnej). Przytacza jeden jedyny w ten sposób leczony przypadek z bardzo dobrym wynikiem. Praca druga, podana przez D e l a s z kliniki P o r t m a n n a, w bardzo obszernym zestawieniu omawia starą metodę unieruchomienia krtani przez tracheotomię. Autor po rozważeniu wszystkich „za” i „przeciw” uważa za możliwe stosowanie tej metody jedynie, jako *ultimum refugium* w zwężeniu krtani, jakkolwiek przyznaje, że w niektórych przypadkach daje się stwierdzić niewątpliwe działanie lecznicze tego sposobu postępowania na sam proces chorobowy. M u s k a t ze Stanów Zjednoczonych jest zwolennikiem rezekcji nerwu krtaniowego górnego w przypadkach dokuczliwej, niedającej się opanować innemi środkami dysfagji.

Zanotować należy 2 propozycje zwalczania dysfagji; jedną, podaną przez S o b i n a z Moskwy, polegającą na pendzlowaniu krtani bez uprzedniego znieczulenia kokainą mieszaniną taniny i alkoholu aa 10,0 z 3,0 anestetyczny. Sposób, sprawdzony przeze mnie, daje niekiedy zmniejszenie bólu, entuzjazm autora zdaje się jednak być przesadzony. V a n W a g e n e n ze Stanów Zjednoczonych proponuje karmienie chorych z dysfagią w pozycji leżącej na brzuchu, gdyż wtedy krtani odciąga do dołu przednią ścianę przełyku. Skonstruował do tego celu odpowiednią podstawkę.

Zrobić resumé z tego krótkiego przeglądu głosów na temat terapii gruczłicy krtani w roku ubiegłym—to uznać za słuszne i wskazane kombinowane leczenie światłem wszelkiego rodzaju z galwanokaustyką, nie zarzucając, oczywiście, leczenia objawowego i przedewszystkiem chorego, jako całości, t. j. głównie jego sprawy płucnej. D w o r e c k i zwraca uwagę na wybitnie korzystny wpływ kłapsoterapii płuc na gruczłicę krtani i temu jedynie sposobowi postępowania przypisuje zmniejszenie się odsetka chorych na krtani gruczłików z 25,6% do 14,6% w ciągu ostatnich lat 20 (w jego materiale).

Jeśli chodzi o orientację przebiegu leczenia i wybranie odpowiedniego do leczenia momentu, skłaniają się autorzy do opierania się raczej na wzorze morfologicznym krwi, niż na odczynie szybkości opadania krwinek czerwonych, jako wskaźniku odporności chorego (A r o l d, B r ü g g e m a n n, V i d e b e e r).

F e u z z Lozanny i A p f e l d w związku z obserwowanymi przypadkami omawiają dość rzadko występującą, a jeszcze rzadziej rozpoznawaną gruczłicę ślinianek. Najczęściej dotyczy ona przyusznicy; dla F e u z a w rozpoznawaniu decydujące jest badanie lipjodolem pod R o e n t g e n e m; A p f e l d uważa, że jedynie histologicznie można tę sprawę z pewnością rozpoznać. Leczenie wyłącznie chirurgiczne, sprawa bowiem jest zwykle pierwotna.

Na temat gruczłicy ucha środkowego ukazało się kilka prac kazuistycznych. Obszerna praca M i l l e r a, wygłoszona w Amerykańskim T-wie Laryngologicznym, nie wnosi do tego tematu absolutnie nic nowego, nie będę jej więc referował.

Zajmę się obecnie kilku opisanymi obserwacjami kazuistycznymi, zasługującymi na uwagę. A więc Japończyk K a s u g a podaje przypadek niezwyklej wielkości ziarniniaka gruczłiczego wejścia do krtani, usuniętego pętlą gorącą. Jego rozmiary:

3,5 cm x 2 cm x 1,5.

B a t a w j a i S z a n i a w s k i — dość rzadki przypadek rozległej wrzodziejącej gruczłicy gardzieli i krtani u 6-letniego dziecka z zejściem niepomyślnym.

A d l e r — przypadek rozległego wilka nosa, gardzieli i krtani, wyleczony djetą bezsolną G e r s o n a.

C h e v a l i e r J a c k s o n — przypadek gruczłiczego zwężenia krtani, w którym w 2 lata po zupełnym zagojeniu sprawy płucnej dokonano laryngotomji celem umożliwienia dekaniulacji; w następstwie rozszkiewania sprawy i śmierć z powodu gruczłiczego zapalenia opon mózgowych. W dyskusji w związku z tym przypadkiem zgodnie wyrażono opinię, że jednak brak prątków w płwocinie i wygojenie sprawy płucnej jest dostatecznym usprawiedliwieniem do wykonania zabiegu, jeśli istnieją do niego wskazania.

G r e i f f e n s t e i n opisuje przypadek badanej histologicznie niewątpliwie pierwotnej gruczłicy migdałka, skąd nastąpiło rozsianie po całym organizmie — skończony niepomyślnie.

P a r i o t, L e r r a t i G u i c h a r d — przypadek pierwotnej gruczłicy przełyku, zbadany histologicznie.

Rosjanka P o w a r n i c y n a opisuje przypadek gruczłicy ucha środkowego, powikłany błonicą.

K r e p u s k a z Budapesztu podaje rzadki, badany sekcyjnie przypadek pierwotnej gruczłicy ucha środkowego, powikłany zapaleniem opon mózgowych u 11-tomiesięcznego dziecka, u którego pozatem w organizmie nie znaleziono śladu infekcji gruczłiczey.

Streszczenia pojedyncze.

Bakterjologia i Serologia.

Fred BOERNER i Stuart MUDD. **Określanie siły żernej krwi całkowitej lub mieszanin leukocytów z osoczem dla celów klinicznych lub doświadczalnych.** Opis ulepszonej metody. (Amer. Journ. Med. Sciences, 1935, t. 189, z. 1).

Dla wywołania niekrzepnięcia krwi używają autorzy roztworu oczyszczonej heparyny — 25 mg. w 5 cm³ 0.85% roztworu chlorku sodu; z tego 0.05 cm³ na 1 cm³ krwi ludzkiej, 0.10 cm³ na 1 cm³ krwi psa. Heparyna zupełnie nie przeszkadza fagocytozie, podczas gdy ciała, wiążące wapń, działają ujemnie. Zawiesiny bakteryjne otrzymywano z młodych hodowli buljonowych, przed sterylizacją doprowadzone do Ph 8 za pomocą fosforanowej mieszaniny buforowej, później dwukrotnie przemyte buljonem buforowanym. Zawiesinę pneumokoków robiono w ten sposób, żeby w 1 cm³ było 6 bilionów bakterij. Próbę wykonywuje się w trzęsawce, poruszającej się z szybkością 280 wahań na minutę i urządzonej w ten sposób, że utrzymuje się w niej stała ciepłota około 37°C. Próbę wykonywuje się w sposób następujący: 1) do każdej próbki daje się po 0.05 roztworu heparyny, 2) rozlewa się po 1 cm³ krwi, uzyskanej z żyły i dokładnie miesza, 3) 0.5 lub 1 cm³ krwi heparynowanej wlewa się do krótkiej próbki (15 × 85 mm.) i umieszcza w łaźni wodnej trzęsawki, 4) dodaje się 0.1 zawiesiny bakteryjnej i puszcza w ruch trzęsawkę, 5) co 3 (czasami co 1) min. pobiera się nieco krwi zapomocą pipety kapilarnej i robi się rozmaz na szkiełku podstawowym, który się — 6) utrzuwa w alkoholu metylowym przez 10 min., 7) barwi się Giemsa, 8) bada się brzegi rozmazu (gdzie jest więcej neutrofilów), określając jako dodatnie — ciała z bakteriami, jako ujemne — bez; oblicza się przynajmniej 100 ciałek, 9) wreszcie można uzyskać krzywe, umieszczając odpowiednio % komórek dodatnich. W podobny sposób przeprowadza się próbę z mieszaninami leukocytów i osocza. Leukocyty uzyskują autorzy przez sedymentację krwi niekrzepnącej, z której poprzednio usunęli za pomocą wirowania połowę erytrocytów; w odpipetowaniu osoczu znajduje się 20 — 60% leukocytów, zawartych we krwi całkowitej.

H. M a k o w e r.

L. SPARTZ. **Drogi przenikania zarazka gruźlicy u cieląt. Znaczenie dróg oddechowych w powstawaniu gruźlicy cieląt.** (Bull. Acad. veter. de France tom VII, 1934).

Obserwacje, zebrane w rzeźni w Luxemburgu wykazały częstość gruźlicy u cieląt = 1,286% w 1933 r. Cielęta miejscowe zabijane były w wieku 4 — 8 tygodni, pochodzące zaś z Belgii w wieku 2 — 3 miesięcy. Wśród tych ostatnich spotykano częściej osobniki gruźlicze. Pewne jest, że większość cieląt gruźliczych była zakażona zaraz po urodzeniu, lecz obecność makroskopowych gruczek w śledzionie u niektórych cieląt 4 — 6 tygodniowych każe przypuszczać u nich zakażenie płodowe. Częstość występowania u cieląt gruźlicy w gruczołach płucnych, lecz nie w tkance płucnej, względna zaś rzadkość gruźlicy wątroby każe autorowi przypuszczać, że w powstawaniu gruźlicy u cieląt większą rolę odgrywa droga oddechowa niż pokarmowa.

Julja S e y d e l.

H. D. BOER. **Aktywowanie postaci przeczyszczalnej pr. gruźliczych przez dodanie wyciągu acetonowego pr. Kocha.** (C. R. Soc. de Biol. t. 117, r. 1934).

Autor powtórzył doświadczenia L. N e g r e, J. V a l t i s a i F. V a n D e i n s e, którzy wykazali, że przeczyszczalna forma pr. gruźliczych, zastrzyknięta świnkom, staje się znowu zjadliwa, o ile zwierzę poddać działaniu wyciągu acetonowego pr. K o c h a. Na cztery przypadki w trzech okazało się, że świnki, zakażone dootrzewnowo zjadliwymi przeczyszczkami pr. K o c h a pochodzenia ludzkiego, a następnie

poddane parokrotnym zastrzyknięciom wyciągu acetonowego pr. K o c h a, miały zmiany gruźlicze. Tymczasem świnki kontrolne, zakażone tym samym przesączem lecz bez wyciągu acetonowego, pozostały zdrowe. Droga posiewów narządów tych świnek na podłożu L o e w e n s t e i n a otrzymał autor szczepki pr. gruźliczych typu kolonij chropawych a w jednym przypadku typu kolonij gładkich. Kolonie chropawe były chorobotwórcze dla świnek i w pewnym stopniu również i dla królików, podobnie jak i szczepki wyjściowe.

Julja S e y d e l.

S. NICOLAN, L. KOPCIOWSKA. **Badanie stanu rozprzelenia ulicznego zarazka wścieklizny, zastrzykniętego do nerwu obwodowego.** (C. R. Soc. de Biol. t. 115, 1934).

Autorzy starali się rozwiązać następujące zagadnienie: czy zarazek uliczny wścieklizny, wprowadzony do nerwu kulszowego królika, przenika spoczątku do mózgu, drogą nerwową wstępującą dośrodkową aby następnie przedostać się drogą odśrodkową zstępującą do nerwu kulszowego, po stronie przeciwnej od miejsca zastrzyku, czy też zarazek wybiera drogę krótszą i wykryć go można w pierw w nerwie kulszowym, po stronie przeciwnej od miejsca zastrzyku, a następnie dopiero w mózgu. Doświadczenia wykazały, że zarazek wścieklizny przedostaje się w tym samym czasie do mózgu i do nerwu kulszowego, po stronie przeciwnej od miejsca zastrzyku (około 8-go dnia). Zarazek wścieklizny rozprzasa się jednocześnie w całym systemie nerwowym, zarówno ośrodkowym jak i obwodowym.

J. S e y d e l.

D. JONESCO. **Rozpoznanie wścieklizny drogą zastrzyknięcia śródgonowego myszce.** (C. R. Soc. de Biol. t. 116, r. 1934).

G. P r o c a próbował zakazić myszki śródgonowo zarazkami wścieklizny. Technika ta istotnie powinna być wzięta pod uwagę przy rozpoznawaniu wścieklizny. Jest ona również pewna jak i szczepienia drogą podoponową królikom, prztem jest szybsza i bardziej ekonomiczna. Należy szczepić każdą próbę dwóm myszkom jednocześnie.

J. S e y d e l.

Lecznictwo.

K SUGIMOTO. **Wskazania do stosowania Percainalu.** (Rinsho to Yakubutsu T. 3, Nr. 9, 15 wrzesień 1935 r.).

Autor stosował percainal w wielkiem powodzeniem w *ulcus molle* i *ejaculatio praecox*. *Ulcus molle* — 9 przypadków. Codzienne stosowanie wody utlenionej, potem stosowanie percainalu i nałożenie bornej maści. Dzięki temu występuje szybkie uśmierzanie bólów, nie tworzą się strupy, i nie pogarsza się stan gruczołów. *Ejaculatio praecox* — 5 przypadków. Przez posmarowanie członka percainalem i wytarcie po 5 minutach czas do wystąpienia ejakulacji może być znacznie przedłużony. To symptomatyczne leczenie obok leczenia właściwego osłabienia nerwowego w sferze płciowej jest godne polecenia. Zastosowanie percainalu umożliwia bezbolesne badanie uretroskopem; po upływie 5-ciu minut może być wykonana parauretromija.

F. M i k u l s k a.

G. KAHLSON. **Farmakologia niedomogi naczyniowej.** (Nordisk Medicinsk Tidskrift. T. 9. Nr. 18, 4 Maja 1935 r.).

Wspólnym objawem wszystkich zapaści jest porażenie naczyń, które może spowodować osłabienie serca. Dla wpływu terapeutycznego na ten objaw wskazane są środki, któreby miały następujące własności: 1. wywoływały kurcz kapilarów, małych tętniczek i żył; 2. zwiększały ilość krążącej krwi; 3. nie wywoływały kurczu naczyń wieńcowych serca. Środkami temi są glukozidy naparstnicy, adrenalina i podobne związki, jak: efedryna, sympatol, kamfora, hexeton. Szczep-

gólnie wartościowymi środkami przeciw zapaściom są coramina i cardiazol. Cardiazol i coramina muszą być stosowane, zależnie od stanu chorego, co 10, 20, 30 minut bez przerwy dzień i noc. 100 wstrzyknięć może uratować chorego, podczas gdy 50 może być niewystarczające, jak wskazują przypadki S c h o e n a i P o p p e r a. F. M i k u l s k a.

Choroby serca i naczyń.

E. C. EPPINGER i S. A. LEVINE. **Dławica bolesna. Rozważania kliniczne ze szczególnym uwzględnieniem rokowania.** (Arch. Int. Med., 1934, 53, Nr. 1).

Zbadano historie choroby 141 chorych, którzy zmarli na dławicę piersiową. Wśród nich było 111 mężczyzn i 30 kobiet. Przeciętny wiek rozpoczynania się choroby wynosił 56 lat u mężczyzn i 58 u kobiet, przeciętny czas trwania — 4,6 wzgl. 4,5 lat. Kobiety miały przeciętnie znacznie większe ciśnienie krwi niż mężczyźni (190/102 mm. Hg. zamiast 149/89). 46 mężczyzn miało ciśnienie skurczowe poniżej 140 mm., wszystkie kobiety miały ciśnienie wyższe. Rzadkość normalnego ciśnienia u kobiet z dławicą ma znaczenie rozpoznawcze. Choroba rozpoczyna się u hipertoniców o 4 lata później niż u normotoniców i trwa nieco krócej; umierają oni w wieku średnio o 3 lata starszym od normotoniców. Dłużej od czasu rozpoczęcia choroby żyją naogół ci chorzy, u których dławica zaczęła się w wieku młodszym. W grupach chorych, żyjących mniej niż rok i przeszło 5 lat, nie było wyraźnych różnic w ciśnieniu krwi. Długość życia od powstania choroby, wiek przy śmierci i ciśnienie krwi były podobne u chorych z „angine d'effort” i u chorych z „angine de decubitus”. Czynniki dziedziczne odgrywa dużą rolę. Wyluszczenie migdałków nie miało wpływu na przebieg choroby. Dławica często nie zniknęła wraz z rozwojem niedomogi serca. Częstszą jest niedomoga serca u hipertoniców, wobec czego spotyka się ją częściej u kobiet. Trwanie życia od czasu rozpoczęcia choroby było o rok dłuższe u tych chorych, którzy mieli w przebiegu jej niedomogę serca. Otyłość jest bez wpływu na wiek rozpoczęcia się choroby i długość jej trwania, zapewne jednak odpowiada typowi konstytucjonalnemu, specjalnie skłonnemu do dławicy. Z 104 chorych, zbadanych elektrokardiograficznie, u 20 były elektrokardiogramy normalne; trwanie życia od początku choroby było u nich dłuższe o rok od poziomu średniego, ale zmarli w wieku wcześniejszym od tych, którzy mieli zmiany w elektrokardiogramie. Około 50% chorych zmarło nagle, około 30% następnych od zakrzepu tętnic wieńcowych, nieco mniej niż 10% od niedomogi serca. (Badania statystyczne autorów mają wartość zmniejszoną z powodu nieuwzględnienia najmniejszego błędu prawdopodobnego. Uwaga referenta).

H. M a k o w e r (Łódź).

E. JUERGENSEN. **Spostrzeżenia kapilaroskopowe w plamicy.** (Dtsch. Arch. klin. Med. t. 175, z. 5).

Na podstawie obserwacji klinicznej przypadku plamicy (*purpura*), w którym wytwarzanie wylewów krwawych można było spostrzegać mikroskopowo we wszelkich szczegółach, rozwikłano zagadnienie warunków, które prowadziły do gotowości krwotocznej w końcowych odcinkach naczyń krwionośnych w skórze. Udało się wykazać, że bodźcem, wywołującym plamicę, było zimno. Wylewy krwawe następowały wyłącznie w okach sieci żył podbrodawkowych. Krwawień włosniczowych nie udało się wykryć w żadnym z wielu po kilka razy kontrolowanych miejsc skóry. Miało się do czynienia z miejscowymi ograniczonymi zaburzeniami naczyńnowymi. Są one uwarunkowane przez odpowiednio ograniczone zaburzenia przemiany materii skóry. Zaburzenia przemiany materii skóry zostają wywołane przez mniej ważne same przez się nieprawidłowości w przebiegu gospodarki ustroju. Według poglądu autora nieprawidłowe ciała chemiczne prowadziły w miejscu

swego powstania, a mianowicie w tkance skórnej w warstwie podbrodawkowego spłotu żylnego, do nadpobudliwości dających się tam zaatakować komórek drobnych żył. Stwarzało to gotowość krwotoczną. W powstałym w ten sposób stanie odczynowym wystarczał nieznaczny bodziec zimna, ażeby wywołać plamicę. Powstawała ona w miejscu spostrzegania jasno widocznym w ciągu 3 minut. Proces rozpoczyna się od zwolnienia prądu krwi, do którego w dalszym przebiegu przylączyło się rozluźnienie jednolitej przedtem nici prądu, rozszerzenie żyły podbrodawkowej, obrzęk i wreszcie przechodzenie czerwonych ciałek krwi (*erythrodiapedesis*).

Henryk J. L a n d a u.

Choroby krwi i narządów krwiotwórczych.

Robert BOGGS. **Krwawiczka samoistna. Doniesienie o 6 przypadkach u braci.** (Amer. Journ. Med. Sciences, 1934, t. 188, z. 6).

Autor donosi o 6 braciach krwawcach (w rodzinie był jeszcze 1 brat, u którego hemofilii nie było i 1 siostra), których genealogia została dokładnie opracowana w 4 pokoleniach. Żadnego przypadku krwawiectwa w linii wstępującej nie stwierdzono. W piśmiennictwie od roku 1850 było 14 doniesień o „zjawianiu się” hemofilii w rodzinach, gdzie jej w poprzednich pokoleniach nie było. Chodzi tu albo o powstanie nowej cechy z całym jej mechanizmem dziedzicznym, albo o przypadkowe nagromadzenie potencjalnych krwawców, u których cecha ta nie manifestuje się (w przypadku B o g g s a — z dużą liczbą mężczyzn w rodzinie matki krwawców — prawdopodobieństwo tego przypuszczenia jest minimalne), albo też o skutki pochodzenia nielegalnego matki. Ta ostatnia ewentualność w niektórych przypadkach dałaby się wykryć przez badanie grup krwi, w przypadku omawianym nie można było tego wykonać (dziadkowie krwawców po kądzieli nie żyją).

H. M a k o w e r.

G. GRÜN. **Nadwrażliwość na pozajelitowo podawane preparaty wątroby w przypadku niedokrewności złośliwej.** (Wien. kl. Woch. Nr. 24/1934).

W opisywanym przypadku miało się do czynienia z nadwrażliwością na pozajelitowo podawane preparaty wątrobowe, przyczem autorowi udało się odczulić chorego zapomocą wstrzykiwania stopniowo wzrastających dawek preparatów wątrobowych (rozpoczęto od 0,000001). Ponieważ w przypadku tym nie można było podawać wątroby żadną inną drogą niż we wstrzykiwaniach, odczuleniu uratowało życie chorego.

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

G. M. FASIANI, A. CHIATELLINO. **Zespoły niedokrewności po operacjach żołądkowych.** (La Pr. Medica Nr. 103, 1934).

Badania C a s t l e a, sprawdzone przez licznych autorów, niezbicie wykazały, że w żołądku wytwarza się czynnik, regulujący hemopoezę; we wszystkich przypadkach anemii złośliwej stwierdza się brak czynnika C a s t l e a; na zasadzie badań C a s t l e a głównym momentem etiologicznym powstawania anemii złośliwej jest uszkodzenie czynności żołądka z zanikiem śluzówki i bezsokiem. *Experimentum crucis*, które niezbicie potwierdziłoby tę hipotezę, byłaby anemja złośliwa, powstająca we wszystkich przypadkach całkowitego wycięcia żołądka. Autorzy zebrali 155 przypadków całkowitego wycięcia żołądka u człowieka; u 29 chorych, którzy 2 lata po zabiegu — byli stale pod obserwacją lekarską, stwierdzono w 12 przypadkach niedokrewność złośliwą. Wycięcie całkowite żołądka u zwierząt wywołuje powstawanie anemii hipochromicznej mikrocytowej. Z grupy niedokrewności hipochromowych ostatnio wydzielono anemję z częściowym lub zupełnym bezsokiem żołądkowym, występującą przeważnie u kobiet i reagującą najlepiej na leczenie żelazem. Poincz-

jące są trzy przypadki niedokrewności po wycięciu żołądka opisane przez M o r a w i t z a; w jednym typ anemji złośliwej, w drugim — niedokrewność hipochromowa i w ostatnim — anemja aplastyczna; autor ten sądzi, że czynniki pozażołądkowe, natury konstytucjonalnej, decydują o następstwach całkowitego wycięcia żołądka i o typie niedomogi narządów krwiotwórczych. Autorzy dokładnie zbadali 57 przypadków zespolenia żołądkowojelitowego, 77 przypadków wycięcia żołądka metodą B i l l r o t h II i 89 — metodą B i l l r o t h I. W grupie pierwszej nie stwierdzono anemji po operacji; w grupie drugiej — wśród 56 mężczyzn — tylko jeden przypadek anemji, natomiast u wszystkich operowanych kobiet anemję hipochromową mniejszego lub większego stopnia; w grupie trzeciej — 6 przypadków anemji lekkiego stopnia. Na uwagę zasługuje fakt, że po zespoleniu żołądkowo - jelitowym nie stwierdzono powstawania bezsoku ani niedokrewności; natomiast w następstwie częściowej rezekcji żołądka rozwija się częściowy lub całkowity bezsok. Obserwacje autorów dowiodły, że w przebiegu bezsoku chirurgicznego (podobnie do achylji wrodzonej lub nabytej) niezawsze dochodzi do powstawania anemji; zmusza to do przyjęcia poglądu o istnieniu czynników pozażołądkowych, odgrywających ważną rolę w genezie niedokrewności. Wyniki badań autorów nie obalają hipotezy C a s t l e a, gdyż częściowe wycięcie żołądka zachowuje część śluzówki, wystarczającej do wytwarzania dostatecznej ilości czynnika przeciwanemicznego C a s t l e a.

Jakób P e n s o n.

DIGGS. Siderofibrosis śledziony w niedokrewności sierpowato-komórkowej. (The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Nr. 7, 1935).

W tem schorzeniu zmiany patologiczne w śledzionie mają charakter postępujący od powiększenia naskutek przekrwienia aż do zaniku naskutek zmian włóknistych. Obraz śledziony makro- i mikroskopowy jest więc różny w różnych okresach choroby. W piśmiennictwie opisano obraz śledziony w 33 przypadkach; opisy są wszędzie krótkie i niewyczerpujące. Nie dają one możności zestawienia obrazu śledziony z objawami klinicznymi danego okresu. Spostrzeżenia autora oparte są na danych z piśmiennictwa i badaniu 19 śledzion, 4 własnych, reszty nadesłanych z innych klinik. Pierwszą stwierdzalną zmianą jest przekrwienie przestrzeni siateczkowych (erytrocytami sierpowatymi) i rozszerzenie naczyń włosowatych w ciałkach M a l p i g h i e g o; śledziona jest w tym okresie duża, na przekroju ciemno-purpurowa i soczysta, powierzchnia gładka, torebka i żrąb cienkie, obraz zarty. Drobnowidzowo stwierdza się typowe erytrocyty oraz ziarenka brunatnego i czarnego barwnika, dającego zmienny odczyn na żelazo, wybroczyny, drobne zawały. W miarę organizacji ognisk krwotocznych obraz staje się nader barwny, ponieważ zmiany kolejne, jak przekrwienie, krwawienia, zawały i organizacja, nie zachodzą wszędzie równocześnie. Rozmiary śledziony zmniejszają się coraz bardziej, staje się ona bardziej spoista, torebka i żrąb grubieją, przekrój jest jaśniejszy, zjawia się plamistość brunatnawa i szarawa z różnymi odcieniami o różnej średnicy. Plamki te drobnowidzowo zawierają tkankę łączną i blyszczące złogi barwnika, barwiące się hematoksyliną. W końcu miazga śledziony zostaje zastąpiona tkanką łączną; powstaje szklista masa łączno - tkankowa z rozsianą inkrustacją ognisk barwnika, wapnia i żelaza. Śledziona jest mała, twarda, guzowata, ciemno - szarawa; na powierzchni przekroju widoczne są żółto - brunatne plamki. Częste zrosty z sąsiednimi narządami. W schorzeniu tem zmiany barwnikowo - włókniste są podobne do t. zw. „Gandy - Gamma“ ciał, opisanych w żółtaczce hemolitycznej, niedokrewności śledzionowej, splenomegalji naskutek zastoju w obszarze żyły wrotnej i w innych cierpieniach. Niektórzy au-

torzy zalecają splenektomję, jako zabieg leczniczy, zmieniający w sensie dodatnim przebieg kliniczny.

Jerzy F a j w l e w i c z (Łódź).

Choroby przemiany materji i gruczołów wewnątrzwydzielniczych.

W. BERARDINELLI. Hiperinsulinizm i hipoglikemia w przebiegu gruczolako-raka trzustki. (La Presse Médicale Nr. 104, 1934).

Autor opisuje przypadek 29-letniego mężczyzny z żółtaczką, odbarwionemi stolcami i silnym świadem skóry. Glikemja naczeczno wynosiła 55 mg.%; po wstrzyknięciu adrenalinu glikemja wzrosła do 100 mg.%, a po 2 godzinach spadła do 40 mg.%, przyczem chory nie odczuwał żadnych sensacyj. Dopiero na autopsji znaleziono wytłomaczenie dla stanu hipoglikemicznego i patologicznego przebiegu glikemji poadrenalinowej; stwierdzono bowiem gruczolakoraka trzustki, uciskającego na przewód żółciowy główny. Przypadek zasługuje na uwagę ze względu na zespół humoralny hipoglikemji bez objawów klinicznych, zwykle spotykanych przy nadmiernem obniżeniu cukru we krwi.

Jakób P e n s o n.

E. FELS. Guzy przysadki i wydzielanie hormonów. (Klin. Woch. Nr. 13, 1933).

Przedni płat przysadki mózgowej, składający się z 3 gatunków dobrze zróżnicowanych komórek, wydziela szereg hormonów; dotąd niewiadomo, jakie komórki wydzielają hormon gonadotropowy, czyli prolan. Nowotwory przedniego płata przysadki mają przeważnie za punkt wyjścia jeden z gatunków komórek, stanowiących utkanie przysadki; nowotwory te stanowią przeważnie gruczolaki, których czynność fizjopatologiczna niejako naśladuje czynność komórek macierzystych, z których guzy powstały. Autor badał mocz chorych z nowotworami przysadki na zawartość prolanu; materiał obejmuje 5 przypadków nowotworów przysadki, zbadanych histologicznie. W 4 przypadkach gruczolak składał się z komórek głównych czyli chromofobowych, w jednym przebiegającym z akromegalią z komórek kwasochłonnych; we wszystkich wymienionych przypadkach nie stwierdzono zwiększenia ilości prolanu w moczu. Autor sądzi, że komórki główne i kwasochłonne nie biorą udziału w wytwarzaniu prolanu. Nadmiaru prolanu należałoby się spodziewać w przypadku gruczolaków, składających się z komórek zasadochłonnych; gruczolaki te występują b. rzadko.

Jakób P e n s o n.

K. PASCHKIS i A. SCHWONER. Płciowo niespecyficzny wpływ męskiego hormonu na przemianę materji. (Med. Klin. Rocznik 31, Nr. 31).

Normalny dorosły człowiek przerabia większość kreatyny, wprowadzonej doustnie lub dożylnie, tak, że w moczu wydziela się niewielka jej ilość pod postacią kreatyniny. Inaczej sprawa przedstawia się w gorączce, cukrzycy lub chorobach mięśni. Przez wprowadzenie menformonu lub androstiny można wzmoczyć przeróbkę kreatyny w ustroju, co zostało uwidocznione na wykresach.

W. K u r o w s k i.

Choroby kobiet i położnictwo.

K. OGASAWARA. Czy możliwe jest u człowieka wyjałowienie na drodze hormonalnej? (Isen, Tom. 1, Nr. 2).

Autor podawał myszom przez 3 tygodnie tabletki androstyny i stwierdził u nich znaczne obniżenie zdolności zajścia w ciążę oraz przybytek na wadze; to ostatnie zjawisko występuje także u osobników męskich, które karmiono androstyną. Wyjałowienie oraz przybytek na wadze występuje zatem nie tylko przy podawaniu androstyny w iniekcjach, lecz także per os. Ponieważ ilość androstyny, podawanej myszy, wynosiła 0,1 g. na 10 gramów wagi ciała, przeto doustna dawka

u człowieka musiałaby być bardzo duża. Z tego powodu hormonalne wyjałowienie kobiety *per os* nie wchodzi w rachubę.

W. K u r o w s k i.

HOSONO. Ginekologiczne wskazania dla męskiego hormonu płciowego, Androstiny. (Therapie. Rocznik 12, zeszyt 2, Nr. 124).

Autor opisuje następujące przypadki: 1) 30-letnia kobieta słabej budowy; stan chorobowy: cnanizm, tachikardia, zawroty głowy, melancholia, bezsenność, pobudliwość nerwowa, nieprawidłowe i bolesne miesiączki, hipoplazja macicy w słabym stopniu. Zalecono preparaty jajnikowe, brom i miejscowe stosowanie Percainalu z niewielkim rezultatem. Jednocześnie wstrzyknięcie Androstiny A i B było tak skuteczne, że zalecono dalsze stosowanie 12 ampulek, naprzemian A i B. Znakomita poprawa, dotycząca miesiączek, stanu psychicznego i skłonności do onanizmu. Podobnie pomyślny wpływ Androstiny u młodych kobiet zauważono w kilku innych przypadkach. 2) 27 letnia rozwódka z objawami hysterji, wywołanej zmartwieniem z powodu rozwodu i abstynencją. Stosowano Androstinę A i B po 6 ampulek i elektroterapię. Znaczna poprawa w zakresie psychiki i zaburzeń w mowie. W razie niepokoju pacjentka bierze 3 tabletki Androstiny i po 2—3 godzinach czuje się zawsze uspokojona. 3) 41 letnia wdowa z zaburzeniami naczynioruchowymi, uczuciem gorąca, nawalami i t. p. Stan ten przypomina bardzo przekwitanie, jednak miesiączki są prawidłowe. Prokliman bez rezultatu. Zastosowano Androstinę w iniekcjach naprzemian A i B. Po 2 tygodniowym leczeniu wystąpiła znaczna poprawa. Według autora istnieje możliwość czasowego wyjałowienia kobiety zapomocą Androstiny.

W. K u r o w s k i.

E. PREISSECKER. O żeńskich hormonach płciowych i ich znaczeniu klinicznym. (Wien. kl. Woch. Nr. 24/1934).

Przy podawaniu hormonów ma się do czynienia z uzupełnianiem, a nie zastępczym działaniem. Jako nowy punkt widzenia ujawniła się ostatnio konieczność podawania follikuliny zawsze w najodpowiedniejszej chwili, którą należy ustalić w zależności od indywidualnego cyklu miesięczkowego pacjentki, gdyż w ten sposób udaje się osiągnąć najlepsze wyniki zapomocą najmniejszej dawki. Podawanie follikuliny powinno być ukończone mniej więcej 8—10 dni przed oczekiwanym początkiem miesiączki (kiedy ciałko żółte osiąga pełnię działania). Celowe jest doodbytnicze stosowanie follikuliny. W razie podawania pozajelitowego follikuliny na zalecenie zasługuje stosowanie rozczyńń olejowych, które zapewniają powolne wchłanianie się, podczas, gdy rozczyńń wodne zostają po większej części bezużytecznie wypłukane z ustroju. Autor robi użytek z działania uderzeniowego.

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

Choroby skóry, weneryczne i płciowe.

Fr. ERNST. Kiła i gruźlica. (Med. Klin. — 14 grudnia 1934)

Badania nad współistnieniem kiły i gruźlicy były przeprowadzone przez autora w 66 przypadkach, przyczem wszystkie wykazywały dodatnie odczyny serologiczne. Ze spostrzeżeń poczynionych zwraca uwagę, że kiła u gruźlików przebiega „łagodniej, dając jedynie objawy szczątkowe na skórze“ (? ref.). Przyczyną tego są najprawdopodobniej wysokie wahania ciepłoty u gruźlików. W płucach kiła umiejscawia się bardzo rzadko. Naogół współistnienie obu tych chorób u jednego osobnika nie pogarsza wybitnie rokowania. Leczenie przeciwkiłowe zazwyczaj poprawia wyniki lecznicze w gruźlicy, współistniejącej z kiłą.

Alfred E t t i n g e r.

GOUGEROT i BURNIER. Przemijająca keratoza „en bandes” grzbietów dłoni i środkowych części twarzy. (Bul. de la Soc. Franc. de Derm. et de Syphil. 8, r. 1934).

Przypadek opisywany jest ciekawy, gdyż nie daje się połączyć z żadną z pośród znanych jednostek chorobowych.

Sprawa tyczy się 46-letniej kobiety, która 6 tygodni przed zgłoszeniem się do ambulatorjum zauważyła, że paznokcie u palców jej rąk stają się szorstkie i ciemnieją. Badanie wykazało: na skórze powierzchni grzbietowej stawów międzypalcowych, szczególnie dłoni prawej hiperkeratozy, tworzące rodzaj pasm poprzecznych, szerokości 20 mm. W tych miejscach skóra była zgrubiała, popękana, szorstka i prawie czarna. Prócz tego stwierdzono liniową hiperkeratozę wewnętrznego brzegu prawego wskaziciela, zewnętrznego brzegu palca serdecznego prawej dłoni i takiegoż brzegu małego palca lewej oraz kilka mniej wyraźnych ciemnych pofałdowań na powierzchni grzbietowej drugiej falangi kilku palców prawej dłoni. W tym samym okresie wystąpiła hiperkeratoza środkowych części twarzy, w miejscach ulubionych przez lojotok, na podstawie, na skrzydełkach nosa i na górnej wardze. W tych miejscach skóra miała zabarwienie brunatne, była pofałdowana i pokryta licznymi punkcikami rogowymi. Rumień i nacieki nie występowały, nie spostrzegano pęcherzyków przy zastosowaniu metody „grattage methodique”. Na kończynach dolnych zmian nie było. W narządach wewnętrznych badanej nie stwierdzono żadnych odchyśleń od normy. Wszystkie opisane zmiany ustąpiły w ciągu 2 tygodni pod wpływem pomady z kw. salicylowym i resorcyną.

Alfred E t t i n g e r.

A. TZANCK i E. SIDI. Leczenie uporczywej i powracającej opryszczki wstrzykiwaniami miejscowymi nowokainy (Bul. de la Soc. Franc. de Syphil. 8, 1934).

Chora 38-letnia cierpi od 5-ciu lat na powracający lewostronny *herpes facialis*, który pojawia się stale 4—5 dni przed perjodem i jest zawsze jednakowo umiejscowiony; perjody są zresztą zupełnie prawidłowe. Stosowano dotychczas bezskutecznie rozmaite leczenie, także i wyciągami z narządów o wewnętrznym wydzielaniu. Zajęte przestrzenie nastrzykiwano 3 cm³ roztworu nowokainy 1/200. Powtórzono to po 5 dniach (9 i 4 dni przed perjodem). Tym razem *herpes* się nie zjawił. Przed następnym perjodem to samo wykonano raz i znów *herpes* nie wystąpił. Po jeszcze jednym wstrzyknięciu przed trzecim rzędem perjodem chora przestała się zgłaszać i dopiero po 5 miesiącach zgłosiła się i zeznała, że nie ma już nawrotów. Podobnie dobre wyniki otrzymano i w 2 innych przypadkach. Nastrzykiwać należy tak, jak przy znieczuleniu miejscowym.

Alfred E t t i n g e r.

Choroby nerwowe i psychiczne.

M. LAESECKE. Złamanie kręgów szyjnych. (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. T. 235. 1932. 329--348).

Obraz chirurgiczno-neurologiczny złamań kręgów szyjnych bywa zazwyczaj bardzo groźny i w ostrym swym okresie wymaga szybkiej decyzji ze strony neurologa co do ewentualnego zabiegu chirurgiczno-ortopedycznego. Wielką w tym dziale panuje rozbieżność wśród lekarzy. Autor na zasadzie 10 własnych, świetnie rentgenologicznie zilustrowanych i zanalizowanych klinicznie przypadków szpitala Św. Jerzego w Hamburgu dochodzi do przekonania, że najbardziej celowe i wskazane jest leczenie konserwatywne, które daje najlepsze wyniki nawet przy poważnym uszkodzeniu rdzenia. Nierzadko stopniowo postępująca poprawa graniczy praktycznie z wyleczeniem.

H. Higier.

I. ZAPPERT. Uraz porodowy a padaczka. (Wien. kl. Woch. Nr. 39-40/1932).

Na podstawie dokładnego badania poszczególnych przypadków nie można wprawdzie ściśle dowieść zależności pomiędzy urazem porodowym a padaczką, wydaje się ona jednak prawdopodobną.

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

Halphen, Salomon, Loiseau demonstrowa w Paryżu potwierdzony badaniem sekcyjnym i histologicznym przypadek nagłej obustronnej głuchoty pochodzenia ośrodkowego u alkoholika chorego na gruźlicę płuc. Nie stwierdzono żadnych zmian w ośro-

dkowym układzie nerwowym, badanie płynu mózgowo-rdzeniowego zupełnie ujemne; układ przedsionkowy bez zmian. Przyczyną mogło być zatrucie albo alkoholem, albo toksynami gruźliczymi, albo jednym i drugim razem. (Dok. nast.).

O c e n y k s i ą ż e k

Rocznik Lekarski Rzeczypospolitej Polskiej na 1936 rok. Opracował Dr. STANISŁAW KONOPKA. Rok wydawnictwa II. Warszawa 1936.

Po raz drugi ukazuje się wymienione w nagłówku wydawnictwo, tym razem w objętości prawie podwójnej pierwszego Rocznika (na r. 1933/34). Na treść obecnego Rocznika złożyły się wiadomości z ustawodawstwa sanitarnego, kodeks deontologii lekarskiej, ustawa o zapobieganiu chorobom zakaźnym i o ich zwalczaniu, ustawa o pielęgniarstwie, rozporządzenie w sprawie przepisów sanitarnych dla hoteli i wreszcie informacje, dotyczące klinik, szpitali, ubezpieczalni społecznych, towarzystw lekarskich, czasopism lekarskich, farmaceutycznych, dentystrycznych i pokrewnych oraz zmiejsce zamieszkania lekarzy, dentystów i farmaceutów. W końcu umieszczony został spis alfabetyczny nazwisk z podaniem strony, na której informacji o nich szukać należy. Znając z poprzednich prac sumiennosc, dokladnosc i pracowitosc kol. K o n o p k i, można sobie łatwo wyobrazić, ile trudu włożyć musiał autor aby otrzymać możliwie wierne i dokładne wiadomości o adresach objętych Rocznikiem osób, do ilu instytucji po te informacje zwracać się musiał, jak mozolnie, a nieraz mimo to bezskutecznie trudził się, aby ustalić miejsce pobytu lekarza, który zmienił teren swojej działalności. Toteż łatwo jest wytłumaczyć tu konieczność pomieszczenia w Roczniku spisu lekarzy o niewiadomym miejscu zamieszkania. — Słusznie mówi autor, że „poza użytecznością bieżącą może Rocznik lekarski mieć pewne znaczenie dla przyszłych historyków medycyny i przyszłych pracowników naukowych“, Rocznik bowiem ułatwi informacje o lekarzu, jego pracach naukowych, działalności społecznej, o szpitalach i innych instytucjach, z działalnością lekarską związanych. Trochę danych statystycznych o lekarzach zawiera słowo wstępne autora. Już z tej pobieżnie naszkicowanej treści Rocznika może sobie czytelnik wyrobić pojęcie o wielkiej wartości omawianego wydawnictwa. Rocznik Lekarski kol. K o n o p k i powinien znaleźć się w rękach każdego lekarza polskiego, a ze wszech miar zasłużone powołanie Rocznika niech będzie dla jego autora zachętą do dalszej tak dotychczas owocnej pracy na niwie polskiego bibliotekarstwa lekarskiego i publicystyki medycznej.

Z. S r e b r n y.

Dr. med. Jerzy MOKRZYCKI. **Surowice lecznicze i ochronne w praktyce lekarskiej.** (Monografie lekarskie dla lekarzy-praktyków. Wydawnictwo Lekarskie „Eskulap”. 1935).

Krótki przegląd referatów zakresu stosowania surowic leczniczych i ochronnych, w którym olbrzymi ten materiał teoretyczny i praktyczny sprowadzony został niemal do tabeli schematycznej z wyszczególnieniem wszystkich jednostek chorobowych, w których kiedykolwiek znalazły zastosowanie surowice, ze wskazaniem przeciętnej dawki i techniki podawania.

M. F.

G. G. J. RADEMAKER. **Réactions labyrinthiques et équilibre. Ataxie labyrinthique.** (Masson et Cie Editeurs Paris, 80 fr.).

Poprzedzona przedmową prof. Guillaína monografia z pogranicza fizjologii, neuropatologii i otjatrji, czyli kilku działów medycyny teoretycznej i praktycznej, zainteresuje niewątpliwie przedstawicieli powyższych działów, przedewszyst-

kiem fizjologa pur sang. Według podręczników istotną czynność błędników stanowi zdolność kierowania równowagą ciała. R a d e m a k e r, prof. leydeński, którego dawne prace nad błędnikiem, statyką ciała i fizjologią torów błędnikowych są powszechnie znane jako wielce autorytatywne, ogłasza w tej swojej pracy liczne eksperymenty, dokonywane przez długi szereg lat, i syntetyzuje poniekąd *status praesens* tej podstawowej dla klinicysty i fizjologa sprawy. Naczelne miejsce, zdaniem jego, zajmują w zagadnieniu równowagi ciała reakcje labiryntowe kończyn, głównie bowiem dzięki kończynom zostaje ciało utrzymane w równowadze. Problem równowagi rozwiązany być może nie na drodze rozpowszechnionych i popularnych w klinice nefizjologicznych bodźców, termicznych podnięt błędnika, lecz przeważnie, a nawet jedynie na drodze doświadczalnej ze spadaniem (chute) i obracaniem (rotation), czyli na drodze bodźców dla organizmu zwierzęcego powszednich i codziennych, współmiernych i fizjologicznych. R a d e m a k e r studjuje i na rysunkach ilustruje: 1) odczyny, wywołane drogą ruchów pionowych, prostoliniowych, 2) drogą ruchów obrotowo-rotacyjnych, 3) odczyny, wywołane przez zmianę położenia błędnika względem kierunku siły ciężenia. W 8 rozdziałach książki znajdują swe omówienie w kolejnym porządku: 1) odczyny błędnikowe, wywołane przez ruchy prostoliniowe, 2) przez ruchy obrotowe dokoła osi czaszkowo-podstawowej, 3) dokoła osi dwuskroniowej i czołowo-potylicznej, 4) odczyny przy zmianie położenia ciała, 5) mechanizm błędnikowy kończyn w powyższych stanach u ludzi i zwierząt, 6) ataksja labiryntowa. Te dane fizjologiczne znajdują zastosowanie w klinice ludzkiej. Rozdziały książki, poświęcone sprawie „prób adaptacji statycznej“ i poruszające kwestje natury praktycznej, zajmują poczesne miejsce w semiotyce neurologicznej, nie mniejsze, niż rozdział o naturze i mechanizmie bezładu błędnikowego, ujawniającego się po jednostronnej labiryntektomji. — omawiana monografia francuska, owoc wieloletniej pracy laboratoryjnej i klinicznej, zajmie niewątpliwie poczytne miejsce obok poprzednich wybitnych prac tegoż autora, wydanych w języku niemieckim w 1926 r. o dystonii mięśni i o *nucleus ruber*, oraz w r. 1930 o stanie, statyce, równowadze i napięciu mięśni, a opartych również na własnym materiale szpitalnym i pracownianym.

H. Higier.

D. PAULIAN. **Tumeurs de l'encéphale. Contributions à l'étude anatomo-clinique des tumeurs intra-craniennes et du repérage ventriculaire.** (Masson et Cie 1934 Paris, 30 fr.).

Książka ta reprezentuje ciekawy zbiór dokumentów i obserwacji i stanowi poważny przyczynek do neurochirurgji nowoczesnej. 46 przypadków przytoczonych stanowi skarbiec dociekań klinicznych i wnioskowań anatomopatologicznych. Punkt widzenia patofizjologiczny wyczerpany w każdym poszczególnym spostrzeżeniu. Nie bez przesady twierdzi w przedmowie C l o v i s V i n c e n t, wybitny francuski neurolog i neurochirurg, że „le travail du D. Paulian n'est pas seulement un atlas de documents, un recueil des faits. Il comporte un enseignement pratique qui contient une grande partie de la méthode en neurochirurgie“. Ogromna obfitość rysunków znakomicie ułatwia orientację. (Pod *pseudotumor cerebri* autor rozumie nie te sprawy, które N o n n e, a jednocześnie z nim

Higier — opisując postać *pseudotumor recidivans* — tą nazwą ochrzcił, lecz tętniaki, torbiele pasorczytnice, ropnie, gruźlaki i glejaki. — Ref.).
H. Higier.

Die Werke des HIPPOKRATES. 75 hippokratische Bücher in neuer deutscher Uebersetzung. (R. M. 165. — Stuttgart Hippokrates Verlag. 1934).

Z luksusowego wydawnictwa w szybkim tempie ukazały się w ostatnim półroczu w tłumaczeniu R. Kapferera z objaśnieniami, komentarzami i odsyłaczami 4 tomiki „Ksiąg Hipokratesa”, traktujące: 3) o djecie w medycynie w ogólności, 9) o djecie w ostrych chorobach, 10) o powietrzu, wodzie i położeniu miejscowości, 4) o śnie i snach. Dla miłośnika i sympatyka historii medycyny, mimo drożyzny, wiele ciekawych nabytek.
H. Higier.

Prof. F. KEHRER. Wach- und Wahrträumen bei Gesunden und Kranken. (Georg Thieme. Lipsk. 1935).

Niewielka, ale pełna treści monografia, poświęcona interesującemu i mało dotąd opracowanemu rozdziałowi psychopatologii. Dokładna analiza zjawiska marzeń sennych na jawie, znanego dobrze np. w psychologii dziecka i wieku dojrzewania, poprzedza opis i analizę mało zbadanego zjawiska, znanego jako t. zw. sny prorocze. Ich struktura psychologiczna okazuje się niemal identyczna ze strukturą snów na jawie. Część kliniczna pracy omawia przypadki osobników psychopatycznych, u których marzenia sennie na jawie wysuwają się na czoło obrazu, absorbują uwagę w wybitnym stopniu i wpływają nawet na cały bieg życiowy.
G. Bychowski.

H. G. SCHOLTZ. Die physikalische Behandlung innerer Krankheiten. (Nakł. Urban u. Schwarzenberg. Berlin — Wien. 1935).

Autor (kierownik instytutu fizjatrycznego w Szpitalu Rudolfa Virchowa — Berlin) rozpoczyna przegląd fizjoterapeutyczny od podkreślenia wagi wodolecznictwa w terapii chorób gorączkowych — zakaźnych. Zabiegami wodolecznictwami usiłujemy wzmoczyć wydalanie jądów zakaźnych przez skórę i nerki, ożywić słabnącą pobudliwość nerwów naczynioruchowych, pogłębić ruchy oddechowe klatki piersiowej, wydobyc chorego z zamroczenia, podnieść odporność organizmu, wzgl. czynności ochronne skóry, wreszcie hamować nadmierne, przedłużone narastanie ciepłoty ciała. Zabiegami napotnemi (w najpierwszych okresach chorób zakaźnych, nprz. grypie, influenzy, czerwonce, durze rzekomym i w. inn.) oraz bodźcami tonizującymi zimnymi, chłodnymi — zrazu tylko miejscowymi, a skończyć ogólnymi (kocami wilgotnymi, kąpielami oziębiającymi od 32° — 30° do 22°C) można skracać bieg choroby, odciążyć działalność serca, hamować rozwój powikłań, wzmoczyć łaknienie, pogłębić sen. — W okresie bardzo wysokiej t° w ogóle — szczególnie w durze i plonicy — zabiegi napotne są przeciwwskazane. W zaburzeniach czynności narządu krążenia można zabiegami wodolecznictwami łatwo poprawić ukrwienie obwodowe, a przez to regulować podział i wymianę całej krwi między obwodem a narządami wewnętrznymi i układem nerwowym. I tu zaczynać należy zrazu od zabiegów odcinkowych, łagodnych letnich, a potem ciepłych, gorących, przechodząc skończyć do pełnych, stopniowanych co do czasu, t° i poziomu, kąpiei zwykłych, mineralnych, kwasowogłowych. Ocenie wartości tych kąpiei (sztucznych i naturalnych) poświęca Scholtz bardzo dużo miejsca, omawiając technikę i wskazania. Wśród

mniej znanych u nas zabiegów przeciw niektórym zaburzeniom obwodowym krążenia — autor poleca zwalczanie ran wrzodziejących, skórnych, ognisk martwiczych, zapomocą suchych sztucznych miejscowych kąpiei ciepłych gazowych kwasowogłowych. Najobszerniej omawia cierpienia gośćcowe. Wymienia tu wszelkie, bardziej popularne zabiegi wodne, parowe, częściowe, ogólne, mineralne, mulowe, łożowe borowinowe, termoelektryczne, fototerapeutyczne. Z nieznanych u nas aparatów opisuje lampę lukową do sztucznych naświetlań słonecznych („Kandem”) oraz specjalną wannę o złożonej budowie (Stanger) do kąpiei wodoelektrycznych; z zabiegów miejscowych pyretoterapeutycznych wymienia okłady parafinowe stawowe (rozgrzaną parafiną napelnia się opasane bandażem pochwki nieprzemakalne, przystosowane do kształtu poszczególnych stawów). — W zwalczaniu rwy i gośćca mięśniowego radzi stosować też i jontoforezę histaminową. W dziale chorób nerwowych słusznie podkreśla wagę ćwiczeń kinetycznych i mięsienia pod wodą, zarówno w cierpieniach bólowych, jak i porażeniach (rwy, *poliomyelitis*, *hemiplegia*, *polyneuritis* i t. d.) — W nerwobólach (poza wielu znanymi zabiegami) zaleca jontoforezę, szczeg. chininową (An. — kompresik 6 × 6 cm., zwilżony w 1 — 1½° Chin. muriat., wyżęty i złożony wokół płytki staniolowej, Ka — płytka opaska staniolowa na ramieniu lub trzymana w dłoni). — Omawiając fizjoterapię narządów wydalania, Scholtz z oceną krytyczną wśród zabiegów fizykalnych, dziś za najlepsze uznanych, wartość leczniczą ogólniej diatermii długo- i krótkofalowej (niekiedy i w cierpieniach ostrych nerek), a szczególnie w przewlekłych (tu głównie w celu zwalczania nadmiernego ciśnienia krwi). Tam, gdzie istnieje urządzenie do specjalnej podwodnej kąpiei kiszkiowej, wskazane są próby leczenia nią niektórych przewlekłych cierpień narządów wydalania, o ile sprawność serca jest dobra (w przypadkach przewlekłych zatruc kiszkiowych, kamicy nerek, przewlekłego zaparcia i n. inn.). Omawiając wagę i technikę najlepszego stosowania zabiegów wodolecznictw ogólnych i miejscowych (opasek, okładów i t. p.), wzięwań, leczenia fototermoterapeutycznego, klimatycznego i gimnastycznego w chorobach dróg oddechowych i płuc, autor podkreśla potrzebę bardzo ogólnego stosowania w przyp. ropni płuc krótkofalowej diatermii; nadają się do tego tylko te przypadki, w których Roentgenem ustalono wokół ropnia ścisłą osłonę i otoczkę granulacyjną. W omówieniu fizjoterapii narządu trawienia autor wiele uwagi udziela leczeniu spraw przewlekłych żołądka i kiszek jako cierpień często ustrojowych, ogólnymi klimatycznymi, zdrojowymi zabiegami, wodolecznictwami, miejscowymi oraz podwodnymi natryskami kiszkiowymi w pełnej kąpiei ciepłej (w specjalnie skonstruowanej, złożonej a drogiej wannie). — W końcu Scholtz czyni przegląd zabiegów fizjoterapeutycznych w chorobie Basedowa, cukrzycy, otłuszczeniu, niedokrewności, szczególnie wtórnej oraz w okresie przekwitania. — Aczkolwiek książka dr. Scholtza mieści (prócz niewielu wyjątków o aparatach i zabiegach najnowszych, z których najważniejsze wyżej podkreślono) rzeczy znane fizjatom, jest ona jednak pożyteczna — jako zestawienie całokształtu aparatury fizjoterapeutycznej, niezbędnej już dzisiaj w racjonalnym leczniczym postępowaniu klinicznym.

Jul. Rotstadt.

Wskazówki praktyczne

Weissmann na zasadzie bogatego doświadczenia utrzymuje, że skuteczne i niepołączone z niebezpieczeństwem uszkodzenia wątroby stosowanie doustne *atofanu* i dożylnie *atofanylu* zależy od właściwego dozowania i robienia pauz bezatofanowych. W. stosuje 0,5 *atofanu* 4 razy dziennie w cią-

gu 3 dni, a potem robi 2—4 tygodniowe pauzy. W razie nieznoszenia leku — dodatek sody. Wstrzykiwania dożylnie *atofanylu*, wykonywane powoli, są dobrze znoszone. W schorzeniach gośćcowych bardzo skuteczne, bez ujemnego wpływu na wątrobę. (Med. Klin. 1934. N. 51).

Kleinschmidt przypomina znane już oddawna *niebezpieczeństwo stosowania u oseków mentolu* w postaci maści lub olejku do nosa. Spostrzegano sinicę, bezdech, oczy „w slup“, masowe wydzielanie śluzu w jamie nosowogardzielowej — stan, który wymagał mechanicznego usunięcia śluzu, wyciągania języka, sztucznego oddychania, gorących kąpieli. Opisano kilka przypadków śmierci niemowląt w ciągu 10 minut. Niewątpliwie ma się tu do czynienia z działaniem odruchowym nasutek podrażnienia gałazki nosowej nerwu trójdzielnego. (Med. Welt. 2935. N. 23).

—o—

K. Philipsen poleca przeciwko *upławom* wprowadzanie do pochwy zrana i wieczorem po jednej pastylce *Devegenu*. Bardzo uporczywe i długotrwałe upławy ulegały wyleczeniu po 2-tygodniowej kuracji. (Ugerkr. f. Loeger. 1934. N. 46).

—c—

Przeciwko czkawce przepisuje Oertel: *Rp. Extr. Belladonn. 0,6; Cocain. muriat. 0,6; Aq. Amygdal. amar. ad 20,0.*

M. D. S. 3 razy dziennie po 8 — 10 kropel. (Med. Welt. cyt. w Prakt. Arzt. 1936. N. 14)

—o—

W przypadkach *gośca stawowego opornych na działanie salicylatów* stosuje Patschkowski kombinację *Salicylu z Melubrinem* według przepisu: *Rp. Natr. salicyl. 10,0; Melubrin. 10,0; Aq. destill. ad. 100,0.* Z tej mieszanki codziennie 10 ctm.³ dożylnie w ciągu kilku dni aż do ustania bólów i sfolgowania gorączki, potem to samo co 2 lub 3 dzień, a dalej piramidon i zwykle leczenie miejscowe. (M. m. W. 1934. N. 47).

—o—

E. Kanert przerwał *domową epidemję blonicy* w sanatorium dla dzieci gruźliczych przez zastrzyknięcie dzieciom zdrowym 500—1000 jednostek uodparniających *surowicy wołowej*, a po upływie 4 tygodni przez uodpornienie czynne za pomocą anatoksyny. (M. m. W. 1934, str. 1723).

—o—

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Posiedzenie z dnia 2 kwietnia 1935 roku.

Początek o godz. 20-tej.

Obecnych 45 członków i 37 gości.

1. Odczytanie i przyjęcie protokołu posiedzenia naukowego z dnia 25 marca 1935 roku.

2. Kol. Tarnawski i Wit. (z Kosowa) wygłosił odczyt p. t.: „*O środkach leczniczych stosowanych w Zakładzie Dra Tarnawskiego w Kosowie*”. (Streszczenie własne).

Zakład istnieje od lat 40-tu. W doborze jego środków leczniczych kierowano się zawsze ich prostotą i naturalnością, tak że metodę zakładu możnaby określić jako życie wedle zasad przyrody. Dąży ona, przez postawienie ustroju w naturalne warunki, do których przywykł od wieków — do obudzenia zatraconej odporności i zdolności samoleczniczych.

Środki lecznicze zakładu można podzielić na kilka grup.

I. Leczenie powietrzem. Pacjent przebywa jaknajwięcej na dworze i sypia przy otwartych oknach. Specjalna gimnastyka oddechowa ma na celu poprawienie błędów pacjenta w oddychaniu.

II. Leczenie dietetyczne polega przede wszystkim na obowiązującej ogólnie diecie jarskiej, jako *antidotum* na przeżywienie mięsem w diecie domowej.

Pozatem stosuje się — szczególnie w chorobach przemiany materji — dietę surową jarzynowo - owocową. Dla chorych z cierpieniami przewodu pokarmowego istnieje specjalny stół, gdzie podaje się różne diety wskazane w tych chorobach. Najsilniejszym środkiem dietetycznym jest głodówka, stosowana jednak tylko u niektórych chorych przeciętnie przez 5—7 dni. Wyniki głodzenia bywają bardzo dodatnie w dnie, nerwobólach, cierpieniach skórnych artretycznego pochodzenia, przewlekłych niezbytach żołądka i jelit, w stanach depresyjnych, wyczerpaniu nerwowym (głód działa na system nerwowy pobudzająco) i w dychawicy oskrzelowej. Przeciwwskazane jest głodzenie przede wszystkim u dzieci do zupełnej dojrzałości, u chorych wyniszczonych, sercowych i bardzo otyłych.

III. Trzecią grupę środków naturalnych stosowanych w lecznicy kosowskiej stanowią zabiegi ruchowe, a mianowicie: poranna gimnastyka, pół godziny pracy fizycznej w dniu i piesze wycieczki. Jakość oraz ilość zabiegów ruchowych określa lekarz zależnie od sił i wieku pacjenta.

IV. Czwarta grupa to zabiegi stosowane na powierzchnię ciała. Należą do nich: a) zabiegi hydropatyczne wzorowane na systemie Kneippa, jednak znacznie złagodzone, zwłaszcza dla typów wrażliwych, b) Kąpiele powietrzne i słoneczne, z których pierwsze stosuje się u wszystkich pacjentów, natomiast w stosowaniu kąpiei słonecznych są liczne ograniczenia, c) Chodzenie boso i po rosie, mające na celu zahar-

towanie nóg, tak ważne dla zahartowania ogólnego, które jest jednym z głównych zadań kuracji kosowskiej.

V. Poza leczeniem czysto fizykiem poświęca się w zakładzie kosowskim wiele starania czynnikom działającym na system nerwowy i psychikę pacjenta.

a) Wyłącza się używki, zatruwające układ nerwowy: alkohol, kawę, mocną herbatę, a palenie papierosów ogranicza się w miarę możliwości.

b) Odpoczynekowi nerwowemu służą godziny snu w zakładzie (już od 9-tej wieczorem).

c) Swoiste połączenie rygoru w kilku sprawach zasadniczych z zupełną pozatem swobodą, nastrój pogody i wesołości, życie się wzajemne pacjentów i z zakładem — do czego się dąży przez organizację całego dnia, wycieczek, rozrywek i przez stały kontakt lekarzy z pacjentami — są to charakterystyczne cechy atmosfery zakładowej, wpływającej dodatnio na psychikę pacjenta.

d) W zakładzie odbywają się często pogadanki dla pacjentów (2—3 razy w tygodniu), objaśniające zasady metody zakładowej oraz ogólną higienę życia.

Najbardziej bowiem charakterystyczną cechą metody zakładowej jest to, że jest ona nastawiona wychowawczo, że chce zachęcić pacjentów do kontynuowania higienicznego życia w domu. Pod tym kątem widzenia są dobrane środki lecznicze zakładu. Stąd ich prostota — łatwa do naśladowania w domu. Dlatego ograniczenie środków leczniczych, o ile to jest możliwe bez szkody pacjenta, do środków ściśle naturalnych, ażeby pacjent nabrał przekonania do ich skuteczności i celowości.

Wskazania do leczenia w zakładzie kosowskim są następujące:

Choroby przemiany materji, jak dna, otyłość, łżejsze postaci cukrzycy, cierpienia skórne artretycznego pochodzenia. Wszystkie odmiany neurastenji, nerwice, migreny, bezsenność, wyczerpanie nerwowe i umysłowe. Wszystkie choroby przewodu pokarmowego. Łżejsze choroby nerek. Nadośnienie tętnicze łżejszego stopnia. Niezakaźne cierpienia płucne: niezbyt oskrzeli, dychawica oskrzelowa. Pozatem nadają się do zakładu wątłe dzieci, ozdrowieńcy, pacjenci wydelikaceni i niezahartowani.

Zakład nie przyjmuje ciężko chorych, chorych psychicznie, chorych zakaźnych (gruźlica) i narkomanów.

Sezon w zakładzie trwa od 1 maja do 1 listopada.

W rozprawach przemawiali: Kol. Kol. Sobieszczański L. i Tarnawski W.

3. Kol. Kol. Goebel Fr. i J. B. Miller, wygłosili odczyt p. t.: „*Usunięcie śledziony a układ siateczkowo-śródbłonkowy*”. (Streszczenie własne).

Śledziona mieści w sobie pokąźną część układu siateczkowo - śródbłonkowego. Usunięcie śledziony stosuje się za-

równy w celach leczniczych jak i doświadczalnych dla częściowego wyłączenia układu siateczkowo-śródbłonkowego. Wobec powyższego, wzbudzało zainteresowanie, jak zachowuje się pozostała część układu po usunięciu śledziony. Badania nasze przeprowadziliśmy na psach, stosując czynnościowe badanie ukl. śr. zapomocą czerwieni kongo i przeprowadzając badania histologiczne układu po splenektomji.

Metoda badania czynnościowego stanu ukl. oparta jest na własności komórek ukl. wychwytywania barwika wprowadzonego do krwi. Im większą jest sprawność czynnościowa układu, tem barwik szybciej znika ze krwi. Psem wprowadzaliśmy 2 mg. barwika na kg. w 1% roztworze soli fizjol. Następnie oznaczaliśmy szybkość znikania barwika ze krwi, oznaczając jego zawartość we krwi w 2, 4, 6, 8, 15, 30, 45, 60, 90.

Z doświadczeń widać, że w ciągu 3—10 dni po splenektomji barwik jest wychwytywany mniej sprawnie niż przed operacją. Świadczy to o upośledzeniu czynnościowym ukl. s. - śr. Natomiast w okresach późniejszych 28—56 dni mamy inny obraz. Barwik zostaje nawet szybciej wychwytywany niż w normie. To szybsze wychwytywanie spowodowane jest przerostem wyrównawczym pozostałego układu.

Badania histologiczne przeprowadzaliśmy u psów w 6 tyg., 3 i 4½ mies. po splenektomji.

W wątrobie u psa normalnego znajduje się przeciętnie w 20 polach widzenia 6,9 komórek gwiaździstych.

U psów bezśledzionowych znaleźliśmy w 6 tygodni po operacji 18,4, w 3 mes. 19,0, w 4 mies. 21,3.

U psów bezśledzionowych b. często komórki B r o w i c z-K o u p f e r a wypełnione są hemosyderyną. Barwik ten spotyka się nieomal w całej wątrobie w dość regularnem rozproszeniu. W 3 i 4 miesiące po splenektomji spotyka się ponadto w świetle naczyń grupki komórek o typie monocytarnym i leukocytarnym.

Gruczoły chłonne nieznacznie przerosły.

Widzimy z tych obrazów, że czynność ukl. s. - śr. w wątrobie jest wzmożona. Badania morfologiczne popierają więc również badania czynnościowe układu.

Wnioski:

1) Po usunięciu śledziony czynność ukl. s. - śr. jest upośledzona w ciągu dni 10, później następuje nie tylko wyrównanie ale i nadkompensacja.

2) wyrównanie to odbywa się dzięki przerostowi pozostałego układu — głównie w wątrobie.

W r o z p r a w a c h przemawiali: Kol. Kol. Szokal-ski K., Zaorski J. i Goebel Fr.

4. Kol. Z a h o r s k i W. wygłosił odczyt p. t.: „Wpływ hormonów na fagocytozę” (streszczenie własne).

Badania, dotyczące roli układu dokrewnego w zjawiskach odpornościowych, wykazały, że poszczególne gruczoły dokrewne pobudzają zarówno odporność humoralną, jak i komórkową. Dane te jednak są niezupełne, zwłaszcza odnośnie zagadnienia wpływu hormonów na odporność komórkową. W celu uzupełnienia naszych wiadomości o wpływie gruczołów dokrewnych na zdolność żerną białych ciałek krwi przeprowadziłem szereg badań na królikach.

Przedewszystkiem określałem wskaźnik fagocytarny u poszczególnych królików w warunkach normalnych. Do obliczenia wskaźnika używałem leukocytów, które po odwirowaniu krwi żyłnej z dodatkiem cytrynianu, sodu i po zmieszaniu z zawiesiną tuszu pozostawiałem przez 45 min. w cieplarni (37,5°C). Po wyjęciu z cieplarki i dodaniu 1% kw. octowego dla szemolizowania erytrocytów, preparat mazany barwilem eozyń.

Następnie wstrzykiwałem podskórnie badane wyciągi w ciągu 5-ciu dni codziennie. Wstrzykiwane dawki odpowiadały przeciętnie pięciokrotnym dawkom stosowanym u ludzi, obliczonym na 1 kg. wagi. Wskaźnik fagocytarny określano co 2—3 dni, aż do powrotu jego do normy. Postępując w ten sposób przeprowadziłem badania nad wpływem wyciągu przedniego i tylnego płata przysadki, szyszynki, przytarczyc, śledziony, follikuliny i luteiny (preparaty f-my „Richter”) insuliny i wyciągu kory nadnerczy („Organon”), adrenaliny („Parke-Davis”), tyroksyny („Roche”) i dijdotyrozyny („Klawe”). Ponadto dla właściwej oceny wyników wykonałem serię badań kontrolnych, wstrzykując królikom roztwór fizjologiczny soli, glikokol, mleko, oraz „Omnadin”,

Na podstawie otrzymanych wyników należy stwierdzić, że wszystkie badane hormony wzmagają fagocytozę. Jednakże wpływ poszczególnych hormonów wykazuje poważne różnice w sile, szybkości i trwałości działania. Najsilniejsze pobudzenie fagocytozy ujawniło się po zastosowaniu wyciągu kory nadnerczy (przeciętnie o 100%), najmniejsze po adrenalinie (39,8%), inne hormony zajmują miejsca pośrednie. Z ciał pochodzenia niehormonalnego, działających bez porównania słabiej, „Omnadin” wykazuje stosunkowo najsilniejszy wpływ; drugie miejsce zajmuje mleko, potem glikokol. Roztwór fizjologiczny soli nie wykazuje żadnego wpływu na fagocytozę.

Różnice w szybkości działania poszczególnych hormonów są znacznie mniejsze. Większość z nich wykazuje maksimum nasilenia fagocytozy w 24 godz. po ostatnim wstrzyknięciu. Nieco dłuższy okres narastania fagocytozy wykazują przytarczyce, szyszynka i śledziona; najwybitniej jednak zaznacza się to po tyroksynie, gdzie wzrost żerności trwa jeszcze przez 4 dni po zaprzestaniu wstrzykiwań. Jeżeli chodzi o trwałość działania, to wyraźnie dłuższe pobudzenie fagocytozy powoduje tyroksyna, oraz wyciąg śledziony, insulina, follikulina i luteina.

Uwzględniając omówione własności, można ustalić następującą kolejność hormonów pod względem ogólnego napięcia działania: kora nadnerczy, insulina, dijdotyrozyna, przedni płat przysadki, tyroksyna, śledziona, follikulina, luteina, szyszynka, tylny płat przysadki, przytarczyce i adrenalina.

Każdy z hormonów posiada odrębne cechy działania; jedynie follikulina i luteina wywierają wpływ prawie identyczny, co możnaby uważać za przystosowanie do wzajemnego zastępowania się w różnych okresach cyklu miesiączkowego.

W uzyskanych wynikach przeważnie zaznacza się zależność stopnia działania od wielkości dawki. Wyjątek stanowią tyroksyna, oraz słabo działające: wyciąg szyszynki, tylnego płata przysadki i adrenalina. Znacznie silniejsze działanie hormonów w porównaniu z wpływem ciał białkowych, użytych do badań kontrolnych przemawia za swoistością hormonalnego wpływu układu dokrewnego na fagocytozę.

Wobec ścisłej korelacji między gruczołami dokrewnymi, można przypuszczać, że wprowadzony hormon, poza działaniem bezpośrednim, oddziaływanie zapewne i pośrednie.

Pozatem moje wyniki zdają się przemawiać za słuszością przypuszczenia M e t a l n i k o w a, iż hormony odgrywają w procesach odpornościowych rolę pośrednika pomiędzy układem nerwowym, a leukocytami. Wreszcie nasuwa się możliwość zastosowania opoterapii w przebiegu schorzeń zakaźnych, przyczem najlepszych wyników należałoby się spodziewać po stosowaniu insuliny względnie wyciągu kory nadnerczy.

W r o z p r a w a c h przemawiali: Kol. Kol. Szokal-ski, Goebel Fr. i Zahorski W.

Posiedzenie zakończono o godz. 21 m. 55.

Prezes: Ludwik P a s z k i e w i c z.
Sekretarz Doroczny: Aleksander P r u s z c z y Ń s k i.

Posiedzenie z dnia 9 kwietnia 1935 roku.

Początek o godz. 20 m. 5.

Obecnych 41 członków i 18 gości.

1. Odczytany protokół posiedzenia naukowego z dnia 24.1935 roku — przyjęto.

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

3. Kol. P r e z e s zawiadamia zebranych o śmierci członków T-wa: ś. p. M e y e r a i ś. p. O s m ó l s k i e g o.

Obecni uczcili pamięć zmarłych przez powstanie.

4. Kol. L a u b e r J. — członek T-wa wygłosił odczyt p. t.: „Wpływ towarzystw lekarskich na poziom wykształcenia lekarskiego w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej”. (Streszczenia nie nadesłał).

W r o z p r a w a c h przemawiali: Kol. Kol. Kryński i Lauber J.

5. Kol. F i d l e r A. — członek T-wa, wygłosił odczyt p. t.: „Dychawica sercowa w przebiegu zwężenia i niedomykalności zastawki dwudzielnej”. (Streszczenia nie nadesłał).

W r o z p r a w a c h przemawiali: Kol. Kol. Luxenburg, Filiński Wl., Galinowski, Wagner i Fidler.

Posiedzenie zakończono o godz. 21 minut 50.

Prezes: Ludwik Paszkie wicz.
Sekretarz Doroczny: Aleksander Pruszczyński.

Posiedzenie z dnia 16 kwietnia 1935 roku.

Posiedzenie rozpoczęło o godz. 20 min. 15.

Obecnych członków 21 i 25 gości.

1. Na wezwanie kol. Prezesa obecni uczcili pamięć ś. p. Prof. Antoniego Głuzińskiego przez powstanie.

2. Kol. Prezes podaje do wiadomości tytuły prac nadelanych ostatnio do Biblioteki T-wa.

3. Kol. Missol H. przedstawił „Pokaz barwnych zdjęć fotograficznych w zakładzie medycyny sądowej” (streszczenie własne).

Nikt dziś nie kwestjonuje wielkiego znaczenia fotografii w ogóle, a jeżeli chodzi o jej wartość w medycynie, tak w badaniach naukowych jak i w nauczaniu, to obecnie nie wyobrażamy sobie, byśmy mogli się bez niej obejść, zwłaszcza, że postęp fotografii w ostatnich latach przyczynił się do zastosowania w medycynie szeregu nowych metod, które mogą oddać cenne usługi.

Obecnie coraz częściej stosuje się kinematografię, specjalnie dostosowaną do różnych dziedzin. Filmuje się na przykład ruchy strun głosowych, rejestrując jednocześnie dźwięki na taśmie dźwiękowej; tętnienie naczyń siatkówki; fotografuje się w barwach naturalnych dno oka, utrwalając tym sposobem różne zmiany patologiczne. Do zdjęć z mikroskopu stosuje się mikrofotografię w barwach naturalnych i mikrokinematografię. Ostatnio demonstrowano w Tow. Nauk. w Paryżu poraż pierwszy film plastyczny, który otwiera znów nowe możliwości. Tam, gdzie chodzi o wierne odwzorzenie przedmiotu fotografowanego w jego plastyce i barwach, stosuje się fotografię stereoskopową w barwach naturalnych.

Fotografia stereoskopowa polega na dokonaniu dwóch zdjęć z dwóch punktów widzenia, oddalonych od siebie o długość, równą odległości ludzkich źrenic od siebie. Otrzymujemy w ten sposób dwa obrazy, które oglądane w aparacie stereoskopowym, dają wrażenie brylowatości. Jeżeli wykonamy fotografię stereoskopową na materiale, utrwalającym jednocześnie barwy danego przedmiotu, otrzymamy obraz, ludzko podobny do rzeczywistego.

Fotografowanie barwy było problemem, którym zajmowano się od dawna. Wypracowano kilka metod, z których dwie mogą być zastosowane w praktyce: fotografia trójbarwna (Dreifarbphotographie) i fotografia na płytach lub błonach rastrowych (Rasterplatten). Pierwsza polega na dokonywaniu trzech zdjęć, których pozytywy odpowiednio zabarwione i nałożone na siebie dają barwny obraz fotografowanego przedmiotu. Wierność barw nie jest jednak zupełna, a praca uciążliwa i skomplikowana. Kinematograficzne filmy S z c z e p a n i k a polegają właśnie na tej metodzie.

Mniej skomplikowana jest metoda fotografii na płytach i błonach rastrowych.

Następuje opis metody i techniki zdjęć barwnych na płytach i błonach rastrowych

—o—

Na tem polega metoda autochromów. Jedyną jej wadą jest widoczność barwnych ziarn skrobki przy powiększeniu w aparatach stereoskopowych. Szczegół ten bynajmniej nie wpływający na ostrość obrazu, a traktowany z artystycznego punktu widzenia, przypomina technikę malarską, niegdyś bardzo rozpowszechnioną we Francji, zwaną „pointilisme”, polegającą na malowaniu kropkami barwnymi, które oglądane zdaleka, odtwarzają żądane barwy i kształty.

Stereoskopia barwna powinna znaleźć w medycynie szerokie zastosowanie. Cały szereg działów, w których barwa i kształt jest dominującą cechą rozpoznawczą, może być wdzięcznym terenem dla stereoskopii barwnej.

Następuje krótkie omówienie możliwości zastosowania stereoskopii barwnej i mikrofotografii barwnej w anatomii, histologii, anatomii patologicznej, internie, pedjatrii, chirurgii i w medycynie sądowej.

Wreszcie pokaz barwnych fotografii w stereoskopach ręcznych i w stereoskopach szafkowych, wyświetlanie na

ekranie fotografii barwnych i mikrofotografii barwnych. Pokaz obejmuje około 100 sztuk fot.

W r o z p r a w a c h przemawiali: Kol. Laskowski, Grzywo-Idąbrowski i Missol H.

3. Kol. Śledziewski przedstawił: „Przerzuty raka żołądka i skrzyżowane przerzuty raka piersi do gruczołów chłonnych podstawy szyi w interpretacji anatomicznej (z pokazem preparatów); (streszczenia nienadesłano).

W r o z p r a w a c h przemawiał Kol. Kryński.

4. Lisowska M. i Chaim J. przedstawili: „Przypadek przejściowego bloku rozkojarzeniowego serca, zbadany anatomicznie” (Streszczenie własne).

Po omówieniu piśmiennictwa przedmiotu i cech bloku odgałęziennego na podstawie badań doświadczalnych i klinicznych prelegenci podali opis własnego spostrzeżenia.

Chora J. O. l. 58 przybyła na oddział W. Starkiewicza w szpitalu Dzieciątka Jezus w stanie ciężkim, po napadzie kilkogodzinowego bólu serca, o cechach duszniczej bolesnej. Przy badaniu znaleziono: Ciężkość powyżej 38°. Tętno małe, 56 na minutę, niemiernie. Oddech mocno przyspieszony, sinica. Serce rozszerzone znacznie w kierunku poprzecznym. Czynność serca niemiernie (z początku o charakterze bliźniaczym). Tętno ciche, nad wierzchołkiem szmeru skurczowy i przedskurczowy. Dużo skurczów daremnych. Objawy obrzęku płuc w dolnych płatach. Wydatne obrzmienie wątroby. W moczu zmiany zastoinowe. We krwi umiarkowana oligocytemia, zwiększenie liczby ciałek białych do 10000. Wzór prawidłowy.

Badanie EKG wykazało cechy klasyczne bloku odgałęziennego, a więc rozszerzenie zespołów komorowych we wszystkich 3-ach odprowadzeniach powyżej 0,12 sek.

Załamek T znacznie pogłębiony, zwrócony w kierunku przeciwnym do zespołu komorowego (dwufazowość krzywej), pozatem przewaga komory lewej, brak załamek P we wszystkich odprowadzeniach (migotanie przedsionków).

Wreszcie dość liczne skurcze dodatkowe. Rozpoznano: *Arrhythmia per laesio musc. cordis sub. form. dissociation. rami dextri fascic. His. Bigeminia.*

Biorąc pod uwagę szereg objawów klinicznych, jak stan gorączkowy, leukocytoza, ostry obrzęk płuc i wątroby, uczucie niepokoju chorej i t. p. oraz przytoczony wynik zdjęcia EKG przypuszczano zawał mięśnia sercowego na drodze prawego odgałęzienia H i s a.

Jednakże powtórne zdjęcie EKG, wykonane w 10 dni później, wykazało cofnięcie się cech bloku odgałęziennego; nie stwierdzono już charakterystycznego rozszerzenia zespołu komorowego, (które nie przekraczały tym razem 0,1 sek.). Pozostał tylko rytm niemierny i brak załamek P we wszystkich odprowadzeniach.

Przejściowy charakter pierwotnych zaburzeń elektrokardiograficznych nie pozwalał, zdawało się, na utrzymanie przypuszczenia, że przyczyną opisanych zaburzeń w przewodnictwie śródkomorowym była trwała zmiana anatomiczna w postaci zawału. Nasunęła się raczej myśl, że chodziło tu o czasowe zmiany odżywcze, najprawdopodobniej wskutek skurczu odpowiedniej tętniczki.

Po upływie 2 dni chora zmarła.

Badanie pośmiertne, uzupełnione badaniem histologicznym wysunęło możliwość innego wytłumaczenia opisanego zjawiska — przejściowego bloku odgałęziennego.

Stwierdzono: ostrą rozstrzeń serca, zwyrodnienie tłuszczowe mięśnia sercowego i przerost ośrodkowy serca, szczególnie komory lewej. Stan po wyleczonym zapaleniu wsierdza zastawki dwudzielnej, pod postacią niedomykalności tej zastawki i zwężenia lewego ujścia żylnego. W uszku prawem kilka małych, kulistych, szaroróżowych, kruchych tworów i podobne drobniejsze twory w zachyłkach między mięśniami bełczkowymi komory prawej, tuż przy przegrodzie międzykomorowej.

W błonie wewnętrznej tętnicy głównej dość liczne wysypki żółte i białawe, takież wysypki mniej liczne w błonie wewnętrznej tętnic wieńcowych. Mięsień sercowy nadzwyczaj wiotki, o rysunku zupełnie zatartym, jednolicie żółty, b. kruchy.

W poszukiwaniu przyczyn, które spowodowały przejściowe zaburzenia przewodnictwa w zakresie prawej gałązki H i s a stwierdzone badaniem Ekg-ficznym, zwróciliśmy uwagę

na owe szaroróżowe twory ułożone w pobliżu przegrody międzykomorowej.

Badanie mikroskopowe wykazało, że twory te mają charakter skrzeplin. W preparatach barwionych metodą van Giesona a uwidacznia się, że niektóre z nich są otoczone pasmem tkanki łącznej wrastającej od strony wsierdza.

Wydaje się nam bodaj możliwym powiązać zjawisko przejściowości zaburzeń w przewodnictwie, stwierdzonych u chorej, z procesem rozwoju opisanych skrzeplin. W okresie tworzenia się (niezawodnie w następstwie zaburzeń angiospastyecznych) skrzepliny te mogły wywierać pewien ucisk na przegrodę międzykomorową. Z chwilą zaś wejścia ich w okres organizacji mogły ulec poprawie zarówno ukrwienie jak i przewodnictwo. Okres 10 dni na przestrzeni którego spostrzeżono cofnięcie się zaburzeń elektrokardiograficznych byłby wystarczający dla cofnięcia się i organizacji ostrych zmian anatomicznych.

W rozprawach przemawiali: kol. Hrom St. Lisowska M. i Chaim J.

Posiedzenie zakończono o godz. 22 min. 30.

Wice-Prezes: J. Skłodowski.

Zastępca Sekretarza Dorocznego: Józef Gackowski.

Protokół Posiedzeń Klinicznych Oddziału Wewnętrzny im. Seweryna Sterlinga Szpitala fund. Poznańskich w Łodzi.

Maj 1935 r.

Z Oddziału B (ordynator Dr. Krzyszek).

1. Kolega Uryson przedstawia przypadek *Peritonitis typhoidea* (B. 1189).

Chory, lat 25, zachorował wśród objawów: wysoka ciepłota, dreszcze. W 10-tym dniu choroby nie było żadnych obiektywnych objawów: śledziona niemacalna, W i d a l ujemny. W 14-tym dniu choroby — W i d a l dodatni, ogólny stan chorego zadawalający. W 15-tym dniu choroby nagle niewyraźne bóle brzuszne, niżby silne. Przy badaniu brzucha brak objawów obiektywnych. Po upływie kilku godzin wyraźne objawy perforacyjnego zapalenia otrzewny. Wśród objawów osłabienia mięśnia sercowego chory zmarł po 2-ch dniach.

Zabieg operacyjny nie był dokonany, ponieważ, według istniejących statystyk, ma szanse powodzenia tylko wówczas, gdy bywa dokonany w przeciągu 1 — 2 godzin od chwili przedziurawienia. Zwykle rozpoznanie na samym początku jest b. trudne, a częstokroć niemożliwe (jak w naszym przypadku), tak, że operacja jest przeważnie spóźniona. Perforacyjne zapalenie otrzewny w przebiegu duru brzuszego nie są zbyt rzadkie. Różne statystyki podają od 5,7% — 12%. U mężczyzn przedziurawienie występuje częściej, niż u kobiet. Przeważnie przedziurawienie występuje w przypadkach ciężkich, bywa jednakże i w lekkich, jak u naszego chorego.

2. Kol. R a b i n s o n przedstawia przypadek zespołu *Cushinga*.

Chora A. B. lat 27, N. ks. oddz. 1185, została skierowana do szpitala z powodu silnych bólów w krzyżu, nasuwających podejrzenie sprawy nowotworowej. W anamnezie — od lipca 1934 roku zaburzenia w cyklu menstruacyjnym; od listopada ub. r. menopauza. W tym samym czasie zaczęła tyć, później nieco wystąpiły czerwone rozstępy.

W szpitalu stwierdzono: twarz pełna, księżycowata, o czerwonych policzkach; złogi tłuszczu w okolicy pasa barkowego i poza talerzami biodrowymi; tamże — *striae cutis distensae*. Kończyny chude, niewspółmierne z innymi częściami tułowia. Serce konfiguracji aortalnej. Osluchowo szmer skurczowy w p. Erba. Tętno 100/1', dobrze napięte. Ciśnienie krwi 190 — 110. Macica — połowa wielkości normalnej. R o e n t g e n wykazał wybitne odwapnienie siódła tureckiego i kręgów piersiowych, zwłaszcza lędźwiowych.

OB — 150', WaR — ujemny; przemiana podstawowa + 11%. Ilość cholesterolu — 132 mgr.%; poziom wapnia, fosforu w krwi niezwiększony; potas we krwi zwiększony (31,5 mgr.%). Morfologia krwi: 6.560.000 czerwonych ciałek. Hb. 99%, leukocytów 10.350. Obojętnochnych — 74,5%. Obraz S c h i l l i n g a normalny; limfocytów 23,5%; retikulocytów 14%. Czas krwawienia, czas krzepnięcia — norma. Liczba płytek niezwiększona. Próba wodna i sucha nie wykazały zaburzeń w gospodarce wodnej. Również badanie gos-

podarki węglowodanowej zapomocą obciążenia glukozą i adrenaliną nie wykazało większych odchyśleń od normy.

Lecznico chora otrzymywała naświetlania promieniami R o e n t g e n a oraz wapń *per os*. Pod wpływem leczenia przejściowa poprawa.

3. Kol. K r y s z e k przedstawia przypadek *zakrzepu żyły czczej dolnej z licznymi ropniami przerzutowymi w wątrobie*.

Przypadek dotyczy chorego H. K. (Nr. ks. oddz. 1183), który w czerwcu 1934 r. otrzymał w szpitalu odmę lewostronną spowodowaną lewostronną gruźlicą płuc. Wypisany wówczas w stanie dobrym przy długim OB. Odmę chory kontynuował ambulatoryjnie.

W miesiąc przed powtórne przybyciem do szpitala — objawy ostrego ropnego zapalenia wyrostka robaczkowego *Appendectomia*. W kilka dni później ciepłota o typie przepuszczającym. W szpitalu — duża śledziona, powiększona wątroba, puchlina brzuszna, obrzęki dolnych kończyn; na ograniczonej przestrzeni wątroby — tarcie. Rozpoznanie kliniczne zakrzepów żylnych zostało potwierdzone sekcyjnie (kol. H u r w i c z), przy czym stwierdzono liczne ropnie przerzutowe w wątrobie. Wyczuwalne tarcie odpowiadało zmianom zapalnym torebki nad jednym z większych ropni wątroby.

4. Kol. M i l l e r omawia przypadek *spondyloarthriti rheumatica* leczony *tonsillektomją*.

Przypadek dotyczy chorego A. N., lat 31, L. 1051. Od roku silne bóle w okolicy kręgosłupa krzyżowego i lędźwiowego, ostatnio bóle promieniujące wzdłuż kończyn dolnych. Bóle niezależne od chodzenia, nasilające się przy zmianach pogody, powodu których przestał pracować. Poprzednio nie chorował. W szpitalu stwierdzono: Płuca — b. z. Serce — b. z. Odruchy żywe. Bolesność opukowa kręgosłupa piersiowego i lędźwiowego; kręgosłup sztywny, trudność przy pochylaniu i ruchach bocznych, w pozycji siedzącej ruchomość tak samo ograniczona. Stawy wolne. Wa — ujemny; morfologia — b. z. R t g — b. z., OB. = 25'. Ciepłota i tętno bez zmian. *Tonsillitis chronica* pur.

Chory poraz drugi w szpitalu — za pierwszym razem terapia piramidonem, djatermją, kąpielami bez efektu; na tonsillektomję chory nie zgodził się. Wypisał się bez poprawy. Obecnie zastosowano ponownie piramidon, naświetlanie R o e n t g e n e m i tonsillektomję. Po tonsillektomji silny odczyn nerkowy; sztywność kręgosłupa ustąpiła, ruchy wolne, pozostała uporczywa bolesność w okolicy krzyżowej. OB = 77'.

Z oddziału A (ordynator Dr. Szyfman).

1. Kol. S z m i r g e l d i P i k omawiają przypadek *Tumor cerebri*.

Chory, lat 29, (Nr. ks. oddz. 1218), żonaty, skarży się na wzmoczone pragnienie i niemoc płciową. Choroba obecna rozpoczęła się przed rokiem silnym pragnieniem, bólami i zawrotami głowy (wypijał do 80 szklanek płynu dziennie). Dokonał wówczas zdjęcie rentgenowskie czaszki zmian nie wykazało.

W szpitalu stwierdzono: skóra i śluzówki widoczne — blade. Zrenice szerokie, na światło reagują słabo, brak reakcji na przystosowanie. Ruchy gałek ocznych w kierunku poziomym zachowane, w pionowym upośledzenie ruchów ku górze. Badanie okulistyczne: obie tarcze bledsze, niż normalnie. Hemianopsja bitemporalna. — Płuca — b. z., serce — b. z., jama brzuszna — b. z. Odruchy skórne i ścięgnowe zachowane, patologicznych brak. OB = 37 na min., WaR — ujemny (wielokrotnie). Badanie moczu wykazało jedynie niski ciężar właściwy: 1002 — 1005. R t g. czaszki: brak zmian patologicznych, siodełko prawidłowe, zwapnienie szyszynki. Na dokonanie encefalografji chory nie zgodził się. Morfologia krwi: erytrocytów 5.750.000. Hb. = 90%. Ind. 0,78, leukocytów 9050; obojętnochnych 38%, pałeczkowatych 4,5%, segment. 33,5%, kwasochłonnych 10,5%, limfocytów 46,5%, monocytów 4,5%, retikulocytów = 26%. Ciśnienie krwi 110—80.

Na początku pobytu w szpitalu: apatia, senność, brak apetytu. Po tygodniu lekkie objawy oponowe w postaci sztywności karku, zamroczenia i bólów głowy. Stan ten trwał 3 dni. Na początku ilość dobowej moczu do 3-ch litrów; pod koniec pobytu w szpitalu 1—1½ litra. Podanie 10 gr. soli kuchennej doustnie nie powiększyło diurezy, jak to bywa w typowym przypadku *diabetes insipidus*. Lecznico — chory otrzymał 15 naświetlań R t g. — bez większego efektu.

Przypadek ten zasługuje na uwagę przez wzgląd na umiejscowienie guza. Charakterystyczne ograniczenie pola widzenia odrazu wskazuje na lokalizację procesu chorobowego na podstawie czaszki tuż za skrzyżowaniem dróg wzrokowych. Wprawdzie każdy nowotwór mózgu, nawet znajdujący się w tylnej części czaszki, powiększając ciśnienie wewnątrzczaszkowe, może dać bitemporalną hemianopję; w danym przypadku, wobec braku w obrazie rentgenowskim objawów wzmoczonego ciśnienia, może być mowa tylko o nowotworze przysadki mózgowej albo dolnej części 3-ej komory. Normalny obraz rentgenowski siodelka tureckiego przemawia raczej przeciwko sprawie przysadkowej. Bardziej wiarygodne wydaje się umiejscowienie sprawy chorobowej w dolnej części 3-ej komory.

2. Kol. P o z n a ń s k i przedstawia przypadek *Lues visceralis congen.*

Dotyczy chorej lat 32. Stwierdza się następujące objawy kily: perforacja przegrody nosowej; porażenie lewej struny głosowej; zmiany aorty wstępującej; dodatni odczyn Wassermanna w krwi i wreszcie od pół roku trwającą żółtaczkę przy powiększonej twardej wątrobie i sięgającej dłoń poniżej łuku żebrowego twardej śledzionie. Objawy wątrobowo-śledzionowe można tembardziej kłaść na karb kily, że po leczeniu sol. Quinby (przed wystąpieniem żółtaczki była leczona bismutem, jodem i neosalvarsanem) nastąpiła znaczna poprawa stanu ogólnego i zwiększenie liczby czerwonych ciałek krwi i zawartości hemoglobiny. Obraz białych ciałek krwi — leukopenja, przy normalnym stosunku poszczególnych postaci białych ciałek — nie uległ zmianie. Cholesteryna we krwi 134 mgr%. Odczyn T a k a t a - A r a dodatni. Mamy więc do czynienia prawdopodobnie z marskością wątroby w początkowym stadium o typie H a n o t.

3. Kol. H e r t z A. omawia przypadek *Meningitis tbc.*

Dotyczy chorej L. Ch., lat 11 (N. 1142). Przypadek zasługuje na uwagę ze względu na niecharakterystyczny przebieg choroby w początkowym okresie i trudności rozpoznawcze, jakie z tego powodu się nastroczyły.

4. Kol. W a r h a f t omawia przypadek *rozpadowej gruźlicy płuc.*

Zasługuje na uwagę ze względu na wystąpienie na błonach śluzowych jamy ustnej brunatnych plam. Plamy te przypominają zaburzenia w przebiegu choroby A d d i s o n a. Innych objawów choroby A d d i s o n a nie stwierdzono. Zmiany na błonach śluzowych zależne są najprawdopodobniej od zaatakowania przez jad gruźliczy aparatu chromochłonnego. Podobne zmiany na błonach śluzowych spostrzegał często N e u m a n n, zwłaszcza w przypadkach gruźlicy jelit.

Sekretarz: (—) Dr. J. W a j n s z t o k.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu Wiedeńskiego Towarzystwa Rentgenologicznego z dn. 23.5. r. b. (Med. Klin. 1935, N. 44) F. E i s l e r mówił o przypadku *żółtaczki nieżytowej, niedokrewności wtórnej i wypróżnieniach czarnych*, w którym badanie promieniami Roentgena wykazało wypuklenie krzywizny malej żółdka poniżej wpustu. Wypuklenie to podczas operacji okazało się *żyłakiem żółdka*. W późniejszym okresie choroby rozpoznano marskość wątroby.

Na temże posiedzeniu R. P a p e przedstawił zdjęcia, pochodzące od chorego, u którego w przebiegu *białaczki wystąpił guz żółdka*. Guz ten po 2 naświetlaniach znikł, tak, że o jego naturze *białaczkowej* nie można było wątpić.

K. P r e s s e r przedstawił dwa zdjęcia z rozpoznaniem *raka żółdka*. Podczas operacji makroskopowo w obu przypadkach rozpoznanie to było zakwestjonowane. Dopiero badanie histologiczne stwierdziło słuszność rozpoznania rentgenowskiego.

G. S c h w a r z mówił o przypadku 45-letniego mężczyzny, u którego badanie rentgenowskie wykryło, iż przyczyną *utrudnionego łykania* były tak potężne eksostozy szyjnej części kręgosłupa, iż wywołały *zwężenie przełyku*.

F. W i n d h o l z nie mógł w przypadku *krwawiącego wrzodu żółdka* wykazać *objawu niszy*. Okazało się podczas operacji, iż krater wrzodu był wypełniony skrzepą krwi, tak, że środek kontrastowy nie mógł w niego przeniknąć. Powinno być to w przyszlósłości tłumaczyć niemożność wykazania krwawiących wrzodów.

J. B o r a k mówił o 25-letnim mężczyźnie, który od kilku tygodni miewał częste *wymioty*. Badanie rentgenowskie wykazało atonję przełyku, rozstrzeń żółdka i przesunięcie śródpiersia na lewo podczas wdechu. Rozpoznano ucisk na nerw błędny i na oskrzele główne. Kilkakrotnie naświetlanie uwięzione zostało wybitną poprawą wszystkich objawów klinicznych i rentgenowskich.

A. F r a n k stwierdził u epileptyka, a potem i na fantomie, że *obce ciała z gliny* (w danym przypadku szło o kapsel z butelki od piwa) *nie zawsze dają się wykryć w płucu*, i że dlatego, zwłaszcza u epileptyków, u których wywiady zawiodą, stosować należy bronchoskopję.

G. K o p s t e i n przedstawił powstałą spontanicznie *przetokę przełykowo-oskrzelową* u 32-letniego mężczyzny, jako sprawę rzadką, a zarazem jako dowód sprawności wprowadzania masy kontrastowej do przełyku we wszystkich przewlekłych schorzeniach płuc.

K. G o l d h a m m e r mówił o *wyleczonym guzie wewnątrzczaszkowym* u chłopca obecnie 12-letniego. Wyleczenie od lat 6.

Medycyna społeczna

pod kierunkiem M. KACPRZAKA

Z zagadnień rasowych w Niemczech.

Podala

Stanisława ADAMOWICZOWA (Warszawa).

„Narodowy socjalizm jest zastosowaniem biologii w polityce“.

U. Schemm.

W dniach od 26 sierpnia do 1 września odbył się w Berlinie międzynarodowy kongres zagadnień ludnościowych, zakończony wycieczką, mającą na celu zapoznanie członków zjazdu z działalnością krajowego urzędu zagadnień rasowych w Weimarze oraz z pracami, prowadzonymi przez ten urząd na terenie.

Wobec zainteresowania, jakie budzi polityka ludnościowa Niemiec, nie od rzeczy będzie podzielić się wiadomościami, zebranymi podczas wycieczki, tembardziej, że Turynja uchodzi w Niemczech za okręg do-

świadczalny, przodujący innym krajom Rzeszy w omawianej dziedzinie.

Urząd zagadnień rasy w Weimarze (Thüringisches Landesamt für Rassenwesen) został założony w 1933 r. Jest to samodzielna instytucja państwowa podległa bezpośrednio Ministrowi Spraw Wewnętrznych Turynji. Na czele urzędu stoi prezydent. Funkcje te pełni obecnie K. A s t e l, profesor uniwersytetu w Jenie.

Urząd ma za zadanie badanie ludności, wprowadzanie w życie wszelkich zarządzeń w dziedzinie polityki ludnościowej i higieny rasy, szkolenie personelu administracyjnego i partyjnego oraz propagandę. Badania ludności mają na celu wykrycie jednostek, dziedzicznie obciążonych. Zebrane dane mają służyć za podstawę zarządzeń administracyjnych w zakresie: a) ustawy o zapobieganiu dziedzicznie obciążonemu potomstwu, b) poradnictwa przedślubnego i po-

życzek dla młodych małżeństw, c) wyboru osadników, d) przyznawania obywatelstwa, e) wyboru dzieci, nadających się do usynowienia, f) badania osób, ubiegających się o posady państwowe, g) określania wartości biologicznej osób, utrzymujących się z zapomóg z funduszy publicznych lub ubiegających się o takie zaopatrzenie, h) porad lekarskich, opartych na dokładnym rozpoznaniu.

Dążąc do możliwego rozszerzenia zakresu badań zarówno pod względem ilościowym, jak i jakościowym, co pociąga za sobą konieczność przygotowania licznego zastępu wykwalifikowanych sił pomocniczych, pracę rozpoczęto od szkolenia. Wykłady z dziedziny zagadnień rozrodczości, dziedziczności i eugeniki zostały włączone do programu 14-dniowych „Kursów Kształcenia Światopoglądu”, odbywających się w szkole państwowej „Kierownictwa i Polityki” (Thüringische Staatschule für Föhrertum und Politik) w Bad Berka. Wykłady uzupełniane były ćwiczeniami praktycznymi, polegającymi na wykonaniu przez uczestników kursu tablic ich przodków i tablic rodzinnych. Ćwiczenia te, poza szkoleniem, miały na względzie zebranie danych co do rodzin jednostek, zajmujących odpowiedzialne stanowiska w państwie.

W ten sposób przeszkolono w ciągu 2 lat około 12.000 słuchaczy, rekrutujących się z urzędników państwowych, nauczycielstwa i członków partji. Z nich około 6.000 zgłosiło się do współpracy z urzędem zagadnień rasy w charakterze pomocników honorowych. Rejestracja sił pomocniczych jest prowadzona w urzędzie bardzo systematycznie i dokładnie według miejsca zamieszkania i nazwisk, przyczem odpowiedni układ kartoteki pozwala odrazu ustalić, czy pomocnik jest w danej chwili wolny, czy też zajęty badaniem jakiegoś przypadku, aby zorientować się w jego kwalifikacjach, szybkości i dokładności pracy.

Zasługuje na uwagę, że pomocnik urzędu nie jest uprawniony do działania na pewnym terenie; zostają mu przekazywane do zbadania pojedyncze przypadki i zawsze ma on do czynienia tylko z jednym przypadkiem naraz. Jest to wyraźnie zaznaczone w jego legitymacji w której kolejno notowane są przypadki, przekazywane do zbadania. Legitymację wystawia się na możliwie najkrótszy okres czasu. Nie trzeba dodawać, że we wszystkich przypadkach obowiązuje zachowanie najściślejszej tajemnicy. Mówiono nam, że powoływanie do pracy wolontariuszy ma jeszcze to znaczenie, że zetknięcie się z życiem przy wykonywaniu powierzonych czynności znacznie więcej daje, niż nauczanie, i że, zdaniem kierowników akcji wychowuje przekonanych zwolenników obecnej polityki rasowej w Niemczech.

Badaniu podlegają wszystkie osoby, odbiegające od normy, znane urzędowi. Dla każdego przypadku wykonywana jest tablica rodzinna (Sippschaftstabelle), według wzoru K. A s t l a, celem wyjaśnienia, czy dana jednostka jest obciążona dziedzicznie, oraz wykrycia innych osób upośledzonych w rodzinie. Za rodzinę badanego uważa się: dziadków ze strony ojca i matki (I pokolenie), rodziców i ich rodzeństwo (II pokolenie), osobę badaną, jej rodzeństwo, kuzynów i kuzynki (III pokolenie), dzieci osoby badanej oraz dzieci rodzeństwa (IV pokolenie), wnuków osoby badanej oraz dzieci siostrzeńców i siostrzenic (V pokolenie), prawnuków osoby badanej (VI pokolenie).

Dla każdej z wyżej wymienionych osób zbierane są następujące dane:

1. Nazwisko (dla kobiet zamężnych nazwisko

panieńskie), imię własne, przy kilku imionach imię stale używane, miejsce zamieszkania i dokładny adres.

2. Stan i dokładny opis zajęcia i zawodu (dla chłopów posiadany obszar ziemi), tytuł, przynależność państwowa (dla cudzoziemców), pierwotne wyznanie.

3. W miarę możliwości dzień i miejsce urodzenia, w każdym przypadku wiek.

4. W miarę możliwości dzień i miejsce zgonu, w każdym przypadku wiek w chwili zgonu i przyczyna zgonu.

5. Wzrost, budowa ciała, kolor oczu i włosów.

6. Najważniejsze dane, dotyczące stanu zdrowia.

Cierpienia, które przechodziła osoba badana od urodzenia i te, na które uskarża się w chwili zbierania danych; choroby, napady i t. p. Naprzykład: wrodzone zniekształcenia, jak zajęcza wargi (nawet po operacji), brak członków, paraliż członków, nienormalne ukształtowanie członków, wyrzuty, rany, blizny, przebyte choroby wieku dziecięcego, konwulsje, płonica, błonica, koklusz i t. d. Choroby oczu i uszu, inne zaburzenia, jako to: wady wymowy, choroby przemiany materji, jak np. cukrzyca, podagra, nadmierne otluszczenie lub wychudzenie; gruźlica i inne choroby płuc, choroby lub wady serca, choroby nerek, choroby wątroby i dróg żółciowych; przepuklina, choroby organów płciowych (włączając wyleczone), choroby nerwowe i psychiczne, drgawki, nienormalne ruchy, okresowe napady, osobliwości; popędliwość, niepokój, melancholja, zaćmienie, niedorozwój umysłowy (nawet w słabej formie); alkoholizm, narkomanja, zboczenia płciowe. Szczególne przymioty, wyczyny, służba wojskowa, udział w wojnie, istotne cechy charakteru i t. d.

Dla ustalenia pochodzenia aryjskiego osoby badanej wykonywa się również tablicę jej przodków. Tablica winna zawierać: imię i nazwisko, zawód, daty urodzenia i zgonu, przyczyny zgonu oraz pierwotne wyznanie przodków aż do 16 pokolenia wstecz. W razie niemożności zebrania danych, sięgających tak daleko w przeszłość, należy w każdym razie dążyć, zdaniem prof. A s t l a, do otrzymania informacji przynajmniej o wszystkich przodkach, urodzonych po r. 1789, gdyż trzeba się liczyć z tem, że rewolucja francuska i szerzone przez nią mylne poglądy o równości ludzi przyczyniły się znacznie do wzrostu liczby małżeństw mieszanych, zawieranych przez osoby, należące do niejednakowo wartościowych ras.

Urząd zagadnień rasy czerpie wiadomości o osobach obciążonych:

1. z akt 18 miejscowych sądów dziedziczności i zdrowia oraz wyższego sądu krajowego dziedziczności i zdrowia. Akta wszystkich spraw, rozpatrywanych w tych sądach, są przesyłane do urzędu zagadnień rasy celem sporządzenia odpisów. Dotyczą one osób, ciężko obarczonych, podlegających przepisom prawnym, wypływającym z ustawy o zapobieganiu dziedzicznie obciążonemu potomstwu;

2. z akt więziennictwa. Oddział kryminologiczno-biologiczny urzędu zajmuje się badaniem przestępców, znajdujących się w więzieniach i zakładach poprawczych.

Z ogólnej liczby 1.900 więźniów, znajdujących się obecnie w Turyngji, 1.307 zostało zbadanych; dla każdego z nich wykonano tablicę rodzinną. Praca ta wykazała, iż wśród krewnych i powinowatych przestępców roi się od osób dziedzicznie obciążonych, chorych lub przestępnych. Urząd zajmuje się zbadaniem możliwości zastosowania do nich ustawy sterylizacyjnej.

3. Z zakładów dla psychicznie chorych urzęd otrzymuje dane, dotyczące wszystkich pacjentów, podlegających ustawie o zapobieganiu dziedzicznie obciążonemu potomstwu.

4. Wszystkie szkoły w Turyngji obowiązane są do stałego meldowania urzędowi dzieci, fizycznie lub umysłowo obciążonych, przede wszystkim wśród młodzieży szkolnej, potrzebującej stałej pomocy w nauce, oraz dzieci, pozostających w tych samych klasach.

5. Instytucje opieki społecznej partji narodowo-socjalistycznej meldują urzędowi o wszystkich przypadkach godnych uwagi, napotykanym w ich działalności, włączając do listy osoby, chronicznie usuwające się od pracy (Nichtstuer).

6. W miarę potrzeby pociągane są do podawania nazwisk osób obciążonych sądy ogólne, szczególnie sądy dla małoletnich, zakłady dla głuchoniemych i ślepych, zakłady opiekuńcze różnego typu, zakłady położnicze, urzędy stanowe, zakłady dla alkoholików i narkomanów.

Urząd zagadnień rasy w Weimarze posiada obecnie w swym archiwum dane, dotyczące przeszło 400.000 osób (Turyngja liczy 1.670.000 mieszkańców). Dla znacznej części z nich sporządzone zostały tablice rodzinne, które, dopełniając się wzajemnie, dają coraz pełniejszy obraz stosunków, panujących w kraju. Otrzymane tablice są na początku przechowywane w urzędzie w dziale opracowania (Bearbeitungsstelle), gdzie zebrane wiadomości są kontrolowane, dopełniane i opracowywane przez wykwalifikowany personel.

Na podstawie powyższych badań wprowadzana jest w życie ustawa o zapobieganiu dziedzicznie obciążonemu potomstwu. Odpowiednio opracowane wnioski kierowane są przez Urząd Zagadnień Rasy do Urzędów Zdrowia. Meldunek zawiera dane, dotyczące osoby zbadaanej oraz wszystkich obciążonych członków rodziny.

Opierając się na tych samych danych, prowadzą swą akcję poradnie przedślubne, dążąc do powstrzymania od zawierania związków małżeńskich osób, których rozmnażanie się nie jest pożądane, a nie obciążo-

nych w tym stopniu, aby mogły być wyjąłowane, zgodnie z obowiązującym dziś ustawodawstwem.

Statystyka rodzinna osób zdrowych nie wchodzi narazie w program prac Urzędu w Weimarze. Prowadzona jest natomiast słowem i pismem energiczna praca propagandowo-wychowawcza, wyjaśniająca cele i zadania polityki rasowej Niemiec. Podkreśla się stale odpowiedzialność poszczególnych członków narodu za zdrowie całości i szerzy się pogląd, że polityka ludnościowa ma dla dobra narodu znacznie większe znaczenie, niż rozbudowa opieki społecznej. Zdaniem kierowników akcji, opieka społeczna wprawdzie przynosi narazie ulgę jednostkom, ale jednocześnie przyczynia się do zwiększenia z pokolenia na pokolenie liczby dziedzicznie chorych, potrzebujących pomocy i opieki. Pochłania to olbrzymie, wciąż wzrastające sumy. Należy uczynić wszystko, aby zmniejszyć liczbę niepełnowartościowych członków społeczeństwa i mieć możność popierania zdrowych, dzielnych i tegich.

Celom propagandowym służy również wystawa, znajdująca się w gmachu urzędu, zawierająca szereg wykresów i modeli, ilustrujących powyższe zagadnienia, oraz stan rozrodczości w Niemczech i krajach ościennych w dobie obecnej. Z wyobrażeń graficznych zwrócił moją uwagę wykres, dotyczący rozwoju ludności Niemiec i Polski za lata 1880-1990. Widzimy na nim dwie krzywe, które wznoszą się równolegle aż do 1940 r. Następnie krzywa wzrostu ludności Niemiec zaczyna opadać i w 1990 r. znajduje się poniżej krzywej, wyobrażającej rozwój ludności Polski. W tym okresie Polska ma posiadać 50 milionów ludności. Niemcy 40. Krzywe opatrzone są napisami: niemiecka — „wzrost tylko dzięki przedłużeniu życia“, polska — „wzrost dzięki bogactwu urodzeń“. Propagandowo bardzo udana jest tablica wykazująca, jakich mężów stanu, myślicieli, literatów i artystów nie miałyby Niemcy, gdyby liczba dzieci w rodzinie nie przekraczała dwu. Nie urodziliby się wtedy: Szubert, Händel, Wagner, Bach, Mozart, Szuman, Fryderyk Wielki, Kant, Bismark, Dürer, Lessing, Koch i Hayden. (Dok. nast.).

Wiadomości bieżące

— W soboty dn. 30 listopada i 7, 14, i 21 grudnia b.r. od godziny 8½ do 10 wiecz. w Państwowej Szkole Higieny, przy ul. Chocimskiej 24, p. Prof. F. Groer prowadzić będzie kurs praktyczny i teoretyczny Patergometrii i Allergometrii, na który Państwowy Zakład Higieny uprzejmie zaprasza.

— Dn. 1.XI. r. b. Polskie Towarzystwo Psychjacyjne na uroczystym posiedzeniu święciło 15-lecie swego istnienia. Przemawiali: prof. S. Borowiecki na temat programu psychjatrii polskiej, Prof. J. Mazurkiewicz: Sen i czuwanie w cyklu życiowym, Dr. J. Handelsman: 15-lecie Polskiego Towarzystwa Psychjacyjnego.

— Na VI Zjeździe Okulistów Polskich w Wilnie uchwalono utworzyć przy Polskiem Towarzystwie Okulistycznym sekcję zwalczania jaski.

— W ostatnich tygodniach zanotowano w Warszawie liczne przypadki duru brzuszego. Szerzy się również i grypa z przebiegiem naogół łagodnym.

— Tegoroczną nagrodę Nobla w dziale medycyny otrzymał prof. zoologii uniwersytetu fryburskiego Hans Spermanna za prace z dziedziny embriologii, w dziale

chemji — prof. Joliot i jego małżonka z domu Curie, córka ś.p. Marji Curie-Skłodowskiej; w dziale fizyki — prof. uniwersytetu w Cambridge James Chadwick.

KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

19.XI. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

1. Offenberga J. Z teorii i praktyki kurczu wpustu (Cardiospasmus): Nowe fakty z anatomji i fizjologii wpustu. Patogeneza „kurczu wpustu“. 2. Matrynowiczowa A. Film jako metoda badań zaburzeń mowy (z przezręczami). 3. Reichera E. Polska placówka lekarska w Chinach.

20.XI. Polskie Towarzystwo Biologiczne.

1. J. Dretler: (Kobieszyn): Przyczynę anatomo-patologiczną do zależności wzajemnej schizofrenji i gruźlicy. 2. M. Wierzychowski: Swoisto-dynamiczne działanie fruktozy na trzech poziomach asymilacyjnych. 3. M. Wierzychowski, T. Chmielewski i C. Marczevska: Wydzielanie do krwi i wchłanianie ze krwi kwasu mlecznego przez narządy żyjącego psa podczas

krańcowego przecukrzenia glikozą. 4. M. Wierzuchoński, Z. Borkowski i A. Gostyńska: Wchłanianie glikozy przez narządy psa in vivo podczas silnych wysyczeń ustroju glikozą.

21.XI. Posiedzenie Lekarzy Szkolnych.

1) Sprawy bieżące. 2) Pani Wizytatorka Jadwiga Michalska: „Kongres Międzynarodowy Opieki nad Dzieckiem w Brukseli”.

24.XI. godz. 11 rano. Wydział Lekarski P.T.P.N.

1. Zagajenie — prezes prof. dr. Kapuściński.

2. Wybór Prezydium Zebrania. 3. Wykład: prof. dr. Emil Godlewski (Kraków): „Twórczość żywej przyrody a twórczość człowieka”.

25.XI. Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej. Sekcja kliniczna.

Pokazy. 1. Br. Karbowski. Z kazuistyki operacyj kosmetycznych nosa. 2. L. Seelig. Przebieg zespołu pierwotnego u dziecka (obserwacja dwuletnia). Odczyt. Fr. Venulet, Fr. Goebel, R. Tislowitz. Wpływ amoniaku na równowagę kwasowo-zasadową.

Résumé des articles originaux.

J. JASIEŃSKI. Les lymphatiques du rein.

L'auteur décrit les résultats de ses recherches sur le système lymphatique du parenchyme rénal pour réfuter enfin l'opinion répandue même aujourd'hui, suivant laquelle, malgré les nombreuses recherches, on ne saurait toujours pas présenter un tableau exact de ces lymphatiques, respectivement que des doutes sur leurs particularités continuent encore à subsister. — Ensuite il présente les caractères morphologiques des lymphatiques du parenchyme dans les lésions rénales, que l'auteur a expérimentalement provoquées; ces recherches ne sont faites que pour la première fois. — Enfin l'auteur parle de la signification et du rôle important des lymphatiques du parenchyme rénal dans la physiologie et dans toute la pathologie du rein, surtout dans la genèse et la propagation des lésions inflammatoires banales d'origine infectieuse, ainsi que des lésions tuberculeuses.

St. JUSTMAN. Sur les propriétés toxiques du Xéroforme.

Le Xéroforme — tribromphenolate de bismuth est un

composé, dont les propriétés toxiques ne sont pas seulement une simple sommation de celles de ses composants, mais elles sont multipliées plusieurs fois à l'égard de ceux là, c'est pourquoi il faut l'éliminer totalement de l'emploi médical, son application allant à l'encontre de la suprême loi de l'art médical: *Primum non nocere*.

L. FUKS. Réaction positive de Weil-Felix dans un cas de manque de symptômes cliniques du typhus exanthématique.

Description d'un cas de méningite cérébrospinale épidémique bactériologiquement vérifié, dans lequel l'examen bactériologique, deux fois répété, a démontré la réaction éminemment positive de Weil-Felix. Vu le manque total de symptômes du typhus exanthématiques chez le malade et l'absence de cette infection chez l'entourage l'auteur conclut, que la réaction positive de Weil-Felix n'est pas spécifique pour le typhus exanthématique exclusivement, mais qu'elle peut aussi se manifester dans d'autres états morbides.

TREŚĆ: J. JASIEŃSKI. Naczynia limfatyczne nerki (Dok.). — St. JUSTMAN. O własnościach trujących kseroformu. — L. FUKS. Dodatni odczyn Weil-Felixa w przypadku braku objawów klinicznych duru plamistego. — M. WEINTAL. Postępy w nauce o gruźlicy górnych dróg oddechowych i uszu za rok 1934. (Str. zbior.). — Streszczenia pojedyncze. — Oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — St. ADAMOWICZOWA. Z zagadnień rasowych w Niemczech. — Wiadomości bieżące. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: J. JASIEŃSKI Les lymphatiques du rein. — St. JUSTMAN. Sur les propriétés toxiques du xéroforme. — L. FUKS. Réaction positive de Weil-Felix dans un cas de manque de symptômes cliniques du typhus exanthématique. — M. WEINTAL. Les progrès de la science de la tuberculose des voies aériennes supérieures et des oreilles en 1934. (Rev. gén.). — St. ADAMOWICZ. A propos des problèmes de la race en Allemagne.

WARUNKI PRENUMERATY:

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

CENY OGŁOSZEŃ:

Okładka 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 —