

Streszczenia pojedyncze.

Fizjologia normalna i patologiczna.

W. HOHLWEG. **Hormon ciała żółtego i zmiany potrzebne przysadki mózgowej.** (Klin. Woch. 1027, 1935).

Wzajemne stosunki między czynnością przysadki i innych gruczołów uwarunkowane są koniecznością utrzymywania pewnego stałego poziomu hormonów w ustroju oraz przeciwdziałania nadmiernemu wytwarzaniu hormonów. Sztuczny dowód hormonu pęcherzykowego hamuje wydzielanie hormonu follikulotropowego przysadki (prolanu) i odwrotnie, trzebieenie powoduje nadmierne wydzielanie hormonu gonadotropowego. Działanie hormonu gonadotropowego jest pod względem płciowym nieswoiste i dlatego objawy wypadnięcia po trzebieieniu można doskonale usunąć podaniem hormonu pęcherzykowego samcom i androsteronu (hormon płciowy męski) samicom. Hormony te hamują w pewnym stopniu wydzielanie gonadotropowe przedniego płata przysadki. Jeśli młodocianym szczurzycom (wagi 40—50 gr.) podawać duże dawki follikuliny, spostrzega się nadmierne wytwarzanie ciałek żółtych i to nietykło, jak sądzi Clauberg, po zaprzestaniu wstrzykiwań, ale i przy stałym podawaniu. Wobec jednocześnie występujących zmian w przysadce autor skłonny jest przyjąć, że działanie to odbywa się poprzez przysadkę, która posiadać ma wówczas większą czynność luteotropową (prolan B). W ustroju kobiecym zachodzą prawdopodobnie analogiczne stosunki: pod koniec cyklu, gdy ustrój przesycony jest follikuliną, następuje zahamowanie follikulotropowej czynności przedniego płata, który zostaje pobudzony do wytwarzania hormonu luteotropowego (prolan B). Ostatnio Clauberg i Breipohl (Klin. Woch. 1935) ogłosili pracę, z której wynika, że i hormon ciała żółtego potrafi przeszkodzić wystąpieniu zmianom potrzebiennym w przednim płacie przysadki mózgowej. Autor nie mógł potwierdzić powyższego. W swych badaniach stosował hormon ciała żółtego, uzyskany syntetycznie przez Butenandt i jego współpracowników Westphala i Geblera, produkt identyczny ze związkiem, uzyskanym z materiału zwierzęcego (ciałek żółtych), którego skład chemiczny został przez Butenandt i Westphala ustalony (1934). Syntetyczny hormon ciała żółtego występuje w dwóch odmianach krystalicznych o różnym punkcie topnienia (122° i 128°) i o jednakowych właściwościach biologicznych. Otóż autor, mimo podawania dość dużych dawek hormonu ciała żółtego, nie był w stanie przeszkodzić wystąpieniu typowych zmian potrzebiennych w przysadce mózgowej szczurzy.

H. Szpidaum.

AMULEIS, MENDIZABAL, BOTELLA-LLUSIA. **Hormony jajnikowe i przemiana węglowodanowa.** (Kl. Woch., 25, 1935).

Autorzy podają wyniki doświadczeń, przeprowadzonych u młodocianej królicy (800—1200 gr.) nad przemianą węglowodanową pod wpływem wstrzykiwań hormonu pęcherzykowego i luteny. Po upływie 24 godzin po wstrzyknięciu 100 jedn. m. follikuliny poziom cukru wzrósł z 80—100 do 151 mgr. % (średnio), po podaniu zaś luteny spadł do 63 mgr. % (1 jedn. klin.). Obydwóm zatem hormony jajnikowe wywierają działanie antagonistyczne: działanie to jest bardzo powolne. Powolność działania nasunęła autorom myśl, że hormony jajnikowe działają poprzez zaktywowanie innego gruczołu dokrewnego i istotnie po usunięciu tarczycy wpływ na poziom cukru po podaniu hormonów jajnikowych nie wystąpił na jaw. Należy więc przyjąć, że follikulina działa pobudzająco na tarczycę, luteina zaś hamująco. Autorzy zbadali ponadto wpływ tych hormonów na zawartość glikogenu wątrobowego: okazało się, że follikulina obniża zawartość glikogenu w wątrobie o 60%, luteina

natomiast podwyższa zawartość glikogenu w wątrobie szczurzy o 100%.

H. Szpidaum.

H. W. NIEMEIER. **Substancje działające na jajnik pochodzenia przysadkowego i z moczu ciężarnych.** (Klin. Wchschr. 16, kwiecień 1935).

Na podstawie badań, przeprowadzonych wspólnie z prof. Schultze — Rhonhof, autorzy doszli do wniosku, że przyjąć należy istnienie dwóch ciał pobudzających czynność jajników, zawartych zarówno w przysadce mózgowej, jak i w moczu ciężarnych. Trudno rozstrzygnąć, czy ciała występujące w przysadce i w moczu są całkowicie identyczne. Działanie ich jest jednakże niewątpliwie jednakowe. Jedno z tych ciał wywołuje u młodocianych zwierząt dojrzewanie pęcherzyków, drugie — luteinizację pęcherzyków. Badaczom nie udało się z całą pewnością stwierdzić, czy istnieją dwa odrębne hormony, czy też jeden hormon i ciało aktywujące ten hormon. Wyodrębniony przez autora składnik A, podany młodocianym myszom, wywoływał dojrzewanie pęcherzyków; składnik B, podawany oddzielnie, nie powodował zmian w jajniku — podany zaś wspólnie ze składnikiem A, wywoływał luteinizację jajników. Autor zapowiada ogłoszenie dalszych wyników nad wyodrębnionymi ciałami A i B.

H. Szpidaum.

J. von BOROS i G. CZONICZER. **Dane kliniczne o wpływie tarczycy na tworzenie się krwi.** (Klinische Wschr. Nr. 6, kwiecień 1935).

Doświadczalnie stwierdzono, że hormon tarczycowy pobudza tworzenie się krwi oraz, że zwierzęta, pozbawione tego gruczołu, wykazują niedomogę aparatu krwiotwórczego. Klinicznie stwierdzono przy nadtarczyczności nieznaczną poliglobulię oraz mikrocytozę. U chorych na chorobę Basedowa niedokrewność spotyka się niezmiernie rzadko, natomiast zjawia się ona często po usunięciu tarczycy lub po jej energicznym naświetlaniu. W ciągu ubiegłych 6 lat autorzy spostrzegali 12 przypadków obrzęku śluzakowatego, przyczem u 7 spośród nich stwierdzili ciężką niedokrewność. U większości tych chorych (5) chodziło o niedokrewność makrocytową o dużej średnicy krwinek i o dużej ich objętości. Obraz krwi w tych przypadkach był zbliżony do obrazu niedokrewności złośliwej, różniąc się od niej jedynie brakiem ovalocytów, normoblastów i megaloblastów. Pod wpływem podawania przetworów tarczycowych niedokrewność dotkniętych obrzękiem śluzakowatym znakomicie się poprawiała. Autorzy szczegółowiej opisują przypadek chorej, u której współistniała niedokrewność złośliwa typu Biermerowskiego z obrzękiem śluzakowatym — kombinowane leczenie wątrobowo-tarczycowe wywołało poprawę każdego z tych zespołów chorobowych z oddzielną. U 6% chorych z niedokrewnością złośliwą autorzy spostrzegali objawy niedomogi tarczycy. U tych pacjentów można było stwierdzić w okresie remisji, gdy minął już przełom retikulocytarny, obniżenie przemiany spoczynkowej, co dowodziłoby, że i kliniczne objawy obrzęku śluzakowatego również są związane z niedomogą tarczycy. W okresie pogorszenia, mimo utrzymujących się objawów obrzęku śluz., przemiana podstawowa może być wzmożona.

H. Szpidaum.

Lecznictwo.

T. J. BUTLER. **Maść perkainowa w leczeniu bolesnych uszkodzeń skóry.** (Medical Record. 1935, Nr. 6).

Autor miał sposobność przekonania się na samym sobie o szybkim i trwałym przeciwbólowym, a także antyseptycznym działaniu Nupercainalu (1% maść perkainowa bez Hamamelis i Alum. formic.). Naskutek oparzenia III stopnia

na grzbiecie ręki autor odczuwał silne bóle, rana nie wykazywała żadnej tendencji do gojenia się; wówczas założył opatrunk z 1% maścią perkainową, i natychmiast wszelkie dolegliwości ustąpiły. Po 48 godzinach zmienił opatrunek i przekonał się, że rana gruntownie zmieniła się, zaczęła ziarninować i po tygodniu zagoiła się. Zachęcony tym wynikiem, autor stosował maść perkainową z doskonałym skutkiem w hemoroidach, gdzie osiągnął trwalsze działanie, niż innymi środkami. Dzięki długiemu trwaniu znieczulenia, maść perkainowa wskazana jest w bolesnych i swędzących dolegliwościach skóry i śluzówek. Specjalnej idiosynkrazji względem maści perkainowej autor nie zauważył. W. Kurowski.

L. PEISCHACHER. Pierwsza pomoc lekarska w nagłych stanach grożących życiu, przebiegających z zaburzeniem świadomości. (Wien klin. Woch. 1935 Nr. 41).

W leczeniu stanów komatycznych przede wszystkim należy myśleć o zatruciu środkami nasennymi, a wówczas w grę wchodzi *analeptica*. Ze środków, najbardziej odpowiadających celowi, autor wymienia Coraminę w dużych dawkach (5—10 ccm.) dożylnie. Zaletą Coraminy jest możliwość szybkiego wprowadzenia w dużych ilościach i jej rozległość terapeutyczna, t. zn., że różnica między dawką leczniczą a trującą, ewentualnie śmiertelną, jest bardzo wielka. Występujące w momencie przebudzenia pogłębienie oddechu znakomicie pobudza czynność serca, a kichanie i kaszel oraz silne wykrztuszanie zmniejsza niebezpieczeństwo zapalenia płuc. Z tego powodu dożylne wstrzyknięcie Coraminy należy w podobnych przypadkach uważać za niezbędny środek leczniczy.

W. Kurowski.

Choroby serca i naczyń.

E. P. MAYNARD Jr., J. A. CURRAN, I. T. ROSEN, C. C. WILLIAMSON i Claire LINGG. Kiła sercowo-naczyniowa. Wczesne rozpoznanie i przebieg kliniczny zapalenia tętnicy głównej w 346 przypadkach kily. (Arch. Intern. Med. 1935, t. 55, z. 6).

Od r. 1927 kierowano każdego luetyka, który wyraził na to swą zgodę, z oddziału kiłowego szpitala Brooklyńskiego na oddział sercowy — do całkowitego zbadania, obejmującego poza zebraniem anamnezy i badaniem fizykalnym, elektrokardjogram i telorentgenogram, odczyn Wassermana; chorzy ci byli pod stałą opieką oddziału, do którego zwracali się do ponownego badania co 6 miesięcy. W pracy niniejszej autorzy zebrali wyniki badań z pierwszych lat pięciu. Zbadano 346 chorych, tylko u 14 z nich była kiła wrodzona. U 41.9% stwierdzono kiłę układu sercowo-naczyniowego, co stanowi większy odsetek, niż podawali inni autorzy. Mężczyzn było mniej więcej 2 razy więcej niż kobiet. U 190 chorych data zakażenia była znana, 1/4 zaraziła się przed 21 rokiem życia, 1/2 — przed 25, 3/4 — przed 30. Połowa chorych zbadana została w czasie do 10 lat po zakażeniu, 1/4 — w ciągu roku po powstaniu zmiany pierwotnej; średni czas dla wszystkich chorych wynosił jednakże lat 13. Zwykle przyjmuje się jako czas trwania „okres utajenia“, t. zn. okresu między powstaniem zmiany pierwotnej a powstaniem objawów sercowo-naczyniowych, 16—20 lat, według De Graffa ze szpitala Bellevue nawet 22—27 lat. W materiale Maynarda i wspólników 1/4 część chorych wykazywała zmiany obiektywne w układzie krążenia już w I-em dziesięcioleciu po zakażeniu, dla wszystkich chorych jednakże średnia wynosiła 20 lat. Autorzy zwracają uwagę i silnie podkreślają fakt, że czas wykrycia choroby sercowo-naczyniowej w kile i czas właściwego jej powstania są to rzeczy zupełnie odmienne. Dotychczas można było rozpoznać zmiany w tętnicy głównej dopiero w okresie znacznego już ich nasilenia. Praca niniejsza stanowi właśnie próbę poznania sposobu wczesnego rozpoznawania tych zmian. Badania autorów, którzy znaleźli *aortitis*

luica w 40.6% przypadków kily, wskazują na konieczność okresowego i systematycznego badania chorych kiłowych, m.inn za pomocą promieni Rentgena. Opieranie się na objawach podmiotowych nie ma wielkiego znaczenia, ponieważ występują one późno. W ciągu pierwszych 10 lat po wystąpieniu zmiany pierwotnej są one bardzo rzadkie. Również i objawy fizykalne, takie jak akcentowany drugi ton i szmer skurczowy nad tętnicą główną, zjawiają się późno i nie mogą być pomocne do wczesnego rozpoznania choroby. Natomiast badanie rentgenowskie jest dla wczesnego rozpoznania rozstrzygające. Zdaniem autorów, *aortitis luica* nie powstaje, jak to się przeważnie przyjmuje, około 20 lat po zakażeniu, ale już wkrótce po powstaniu zmiany pierwotnej, tylko że przez długi czas rozwija się bezobjawowo. Niedomoga serca powstaje tylko u tych chorych, u których dołączyły się do sprawy zapalnej w tętnicy głównej powikłania — w postaci niedomykalności zastawek półksiężycowatych, tętniaka lub zwężenia tętnic wieńcowych. Natomiast wielokrotne kilaki w mięśniu sercowym są tylko bardzo rzadko przyczyną niedomogi serca.

H. Makower (Łódź).

J. Bailey CARTER i Eugene F. FRANT. Chinidyna i strychnina w leczeniu skurczów dodatkowych. (Amer. Journ. Med. Sciences, 1935, t. 189, z. 2).

Niemiarowość nadskurczowa należy z terapeutycznego punktu widzenia do spraw bardzo trudnych. W wielu przypadkach nadskurcze stanowią rzecz drobną, nie wymagającą wogóle leczenia. Jeżeli jednak występują one bardzo często, to powstający deficyt tętna może wywoływać objawy, które zmuszają do odpowiedniej interwencji. W tym celu już od dawna stosuje się chininę, którą do leczenia ekstrasystolji wprowadził w r. 1917 Hochhaus. Dobre wyniki miewał często Wenckebach ze strychniną, którą następnie skombinował z chininą, i tę kombinację uważa za najbardziej skuteczną. Frey, badając różne alkaloidy kory chinowej na ich działanie nasercowe, znalazł, że chinidyna jest środkiem silniejszym od chininy. Carter i Traut stosowali u 21 chorych, którzy przeważnie pobierali poprzednio najrozmaitsze leki bez wydatnego skutku, 3 razy dziennie po 0.2 *chinidini sulfurici* i po 0.002 *strychnini sulfurici*. W 17 przypadkach wyniki były całkowicie dobre, tylko w 2 nie było żadnego efektu. Po powrocie rytmu do normy nie należy chinidyny ze strychniną odstawić, ale trzeba wypróbować tę dawkę minimalną, przy której nadskurcze stale będą eliminowane. W jednym przypadku b. ciężkiej ekstrasystolji kombinacja leków powyższych dała efekt najlepszy, podczas gdy leki te oddzielnie podawane, jodek potasu, naparstnica — stan chorego pogarszały; zwłaszcza po naparstnicy występowało pogorszenie. Chory był obserwowany bardzo dokładnie przez 40 miesięcy, zebrane u niego doświadczenia mają wartość prawie jak doświadczenia na zwierzętach. Wobec powyższego autorzy bardzo gorąco zalecają sposób leczenia ekstrasystolji, podany przez Wenckebacha. Strach przed chinidyną, zwłaszcza w dawkach tutaj stosowanych, nie jest uzasadniony.

H. Makower (Łódź).

Irvine H. PAGE. Domniemane uczulenie reakcji naczyniowej na epinefrynę po wstrzyknięciu osocza chorych na zapalenie nerek. (Amer. Journ. Med. Sciences, 1935, t. 189, z. 3).

Hülse z kliniki Volharda przypisuje powstanie nadciśnienia w zapaleniu nerek istnieniu we krwi swoich ciał, zbliżonych do peptonów; działanie ich wykazywał m. in. przez wstrzykiwanie surowicy zwierzętom, które następnie reagowały na epinefrynę (adrenalinę) większym wzrostem ciśnienia, niż zwierzęta kontrolne. W nadciśnieniu samostanem tego nie obserwował. Page sprawdził, te badania Hülsego na kotach o zniszczonym systemie nerwowym

ośrodkowym oraz na kotach narkotyzowanych z nieuszkodzonym układem nerwowym ośrodkowym. Do uczulenia używał osocza heparynowanego nefrytyków, chorych na nadciśnienie samoistne oraz osób zdrowych; pozatem wyciągów alkoholowych i ultrafiltratów z osocza. W żadnym wypadku uczulenia na epinefrynę nie było. Pitressyna natomiast wzmacniała działanie epinefryny 2 do 4-krotnie. Być może twierdzenia Hülsego oparte są na nieznanym przez niego fakcie samoistnego wzmagania się oddziaływania epinefryny z biegiem trwania doświadczenia, co potwierdził również Page.

H. M a k o w e r (Łódź).

Choroby nerwowe i psychiczne.

G. VLAVIANOS. W sprawie symptomatologii płatów ciemieniowego i potylicznego. (Wien. med. Wschr. Nr. 18 1933).

U 32-letniego mężczyzny istniały od roku zmiany psychiczne, od 8 dni cierpi chory na często powtarzające się napady padaczkowe, od 4 dni — na uporczywe bóle głowy i podniesienie ciepłoty do 38.8°. Przy badaniu stwierdzono amnestyczną afazję, agrafję, astereognozę, autotopagnozę, apraksję i agnozę paiców, obok tego zaś lewostronne niedowidzenie połowicze u osobnika, pracującego prawą ręką. Po upływie dwóch dni od przybycia chorego do szpitala chory stracił przytomność, wystąpił niedowład lewej połowy ciała. Badanie pośmiertne wykazało prawostronny ropień w okolicy płata ciemieniowego i potylicznego. Autor uważa, że ośrodki mowy lewej, lecz również prawej półkuli mózgowej należy rozpatrywać jako całość, której części pełnią zróżniczkowane czynności. Wystarcza jednak, ażeby jedna część tego całego mechanizmu została uszkodzona przez wstrząs i następową denerwację, aby wystąpiły wyraźne zaburzenia czynności mowy.

Henryk J. L a n d a u.

I. SIEGL. O rozpoznaniu zapalenia rogów przednich rdzenia w okresie przedporażeniowym i jego swoistem leczeniu. (Wien. kl. Woch. Nr. 8, 1934).

Od rozpoznania choroby w okresie przedporażeniowym zależą wyniki stosowania surowicy. Okres zwiastunów charakteryzuje dwukrotne występowanie obrazu nieswoistego zakażenia, przyczem oba te etapy oddziela okres remisji, wolnej od dolegliwości. Obraz ten wyraża się w lekkim podniesieniu ciepłoty, nudnościach, bólach głowy, nieżycie gardzieli, przeważnie zaparciu stolca, rzadziej w bieguncie. Obraz taki utrzymuje się 1 — 2 dni, poczem następuje kilkodniowa remisja, następnie stan taki się powtarza. Takie schorzenie w dwóch ratach może budzić podejrzenie w czasie epidemii. Następnie jednak przychodzi do objawów ze strony opon rdzeniowych: sztywność kręgosłupa, przeczulice, bezładne drżenia, lecz nie w tak silnym stopniu, jak w zapaleniu opon mózgowych. Nakłucie lędźwiowe wykazuje wzmoczenie ciśnienia płynu mózgowodzeniowego, wodojasny płyn, dodatnie odczyny białkowe, zawartość cukru w płynie nigdy nie bywa zmniejszona. Surowicę ozdrowieńców najlepiej podawać dołędźwiowo w dawce 1 — 20 cm.³, obok tego zaś jednocześnie 20 — 50 cm.³ wśródmięśniowo, ewentualnie wśródżylnie. Jeżeli nie można otrzymać natychmiast surowicy ozdrowieńców, wstrzykuje się surowicę końską lub rodziców.

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

O. POTZL. O wzroście liczby udarów mózgowych u młodocianych. (Wien. kl. Woch. Nr. 20, 1934).

Autor zdaje sprawę z 10 przypadków udarów mózgowych u osobników w stosunkowo młodym wieku (schorzenie przed 40 rokiem życia) i zajmuje stanowisko wobec obserwowanego w ostatnich latach zwiększenia się liczby podobnych przypadków. Wzrost liczby tych schorzeń dotyczył w materiale Wiedeńskiej Kliniki Nerwowej prawie w równym stopniu

mężczyzn i kobiet. W części przypadków miało się do czynienia z zakrzepami, względnie zatorami, w powstawaniu których przyjmowały bezpośredni udział uszkodzenia cieplne (gorąco, zimno) w związku z nadmiernymi wysiłkami fizycznymi lub nadużyciem nikotyny. Uspasabiająco działały w wielu przypadkach przebyte wstrząsy mózgowe, w innych przebyte zapalenie mózgu (*encephalitis E c o n o m o*), lecz dotyczy to tylko pojedynczych przypadków. Po części liczba przypadków zakrzepów, względnie zatorów naczyń mózgowych u osobników młodszych wykazuje przyczynową zbieżność z wzrostem liczby pooperacyjnych zakrzepów, co powinno stanowić bodziec do rozpatrywania tych spraw ze wspólnego punktu widzenia. W innej części przypadków przełomy mózgowe o charakterze przemijającym lub stałym występowały jako powikłanie dusznicy bolesnej lub chromania przestankowego. Patologia i klinika podobnych przypadków pobudza do porównania ze zmianami, opisywanymi przez N e u b u e r g e r a, względnie S p i e l m e y e r a u chorych z padaczką (zmiany bliznowate w sercu — z jednej, martwica w otoczeniu nietkniętych naczyń mózgowych — z drugiej strony). W opisywanych tutaj przypadkach nie miało się do czynienia z osobnikami z padaczką. Wzmoczonego ciśnienia krwi nie stwierdzało się u tych chorych. Dwa przypadki zaliczyć należy do zespołu klinicznego krwawienia podpajęczynówkowego (G o l d f l a m, F l a t a u, R o t h f e l d), posiadały jednak etiologiczne punkty styczności z pozostałymi przypadkami. Skład materiału chorobowego i pewne szczegóły z historii choroby czynią koniecznem poddanie dalszym badaniom poglądów, według których między zakrzepami mózgowymi i sercowymi, dusznicą bolesną, chromaniem przestankowym istnieje bardzo istotne i ważne podobieństwo leżące w ich podłożu procesu patologicznego.

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

Medycyna sądowa.

TIMM. Przenikanie metali ciężkich do podłoża i tkanek. (D. Z. für die ges. ger. Med. 24 Bd. I Hft.).

Badania nad rozpuszczalnością metali takich, jak ołów, srebro, miedź i rtęć, w płynach tkankowych doprowadziły do następującego doświadczenia: do jałowego agaru wprowadzono srebrny drucik i trzymano go przez dłuższy czas, a następnie metodą spektrograficzną (funkenspektrographisch) wykryto cząsteczki srebra jako jasno błyszczące punkciki, których pierścien dokoła kanału od drutu był coraz szerszy w miarę, im dłużej drucik tkwił w agarze. Procesowi rozpuszczania w płynach tkankowych podlegają nie tylko metale nieszlachetne, lecz także srebro i inne, przyczem płyny tkankowe miałyby na metale oddziaływać podobnie, jak kwasy. Zagadnienie to rozpatrywano w związku z amalgamatami rtęci, stosowanymi w dentyście przy wypełnianiu jamek zębów. Dawniej sądzono, że rtęć z amalgamatu paruje i w tej postaci przedostaje się do krwiobiegu, a w takim razie może się stać przyczyną przewlekłego zatrucia. Przypuszczenie to zostało potwierdzone przez wykrycie w moczu przy zastosowaniu bardzo czulej metodyki badania — u posiadaczy plomb wzmoczonego wydzielania rtęci. Badania autora pozwoliły na wykrycie jeszcze jednej drogi przenikania rtęci do krwiobiegu. Amerykańscy badacze wykazali ziarenka siarczków rtęci w kanalikach zębiny, przyczem stwierdzone zostało, że limfa płynie z miazgi zęba do kanalików zębiny i odwrotnie. Metoda spektrograficzna, zastosowana przez autora, dała możliwość ujawnienia związków rtęciowych, zawartych w plombach nie tylko w samej jamie zęba, lecz także na pograniczu szkliwa i zębiny oraz w kanalikach zębiny. Przed spektrografią z zębów wylugowano sole wapniowe. Odkładanie się soli metali ciężkich, stanowiących masę plomb, występuje nie tylko w postaci siarczków, lecz także fosforanów i węglanów. Czy

przenikanie cząsteczek amalgamatów zębowych do krwiobiegu wywiera jakiś wpływ ujemny, ta kwestja, zdaniem autora, należy do przyszłych w tym zakresie badań.

Wl. Felc.

ELBEL. Znaczenie węglańu potasowego, dla żrącego działania KCN. (D. Z. für die ges. ger. Med. 24 Bd. 1 Hft)

Obraz błony śluzowej żołądka w przypadkach zatrucia cyankiem potasu przedstawia się dość jednolicie: obrzęk, polysk, powierzchnia śliska, jakby zmydlona (w detyku), żywo lub ciemno-czerwone zabarwienie, śluz podbarwiony krwią. Zmiany te tłumaczono bądź domieszką węglańu potasowego, bądź wytworzeniem się węglańu potasu wskutek rozpadu KCN. Cyanek potasu, jako silna zasada, łącząc się z wodą, daje ług potasowy, którego żrące działanie jest dobrze znane. Węglan potasowy posiada jednak silniejsze własności hydrolityczne, niż cyanek. Badania stopnia przemiany KCN na węglan potasu pod wpływem powietrza wykazały, że nie jest ona zbyt intensywna. Autor poczynił szereg doświadczeń na świnkach morskich w celu przekonania się, jaka jest różnica w działaniu żrącym świeżego i zwietrzałego KCN oraz węglańu potasowego na błonę śluzową żołądka. Śmierć zwierząt, zatrutych KCN, następowała w około 1½ minuty wśród typowych objawów, po podaniu zaś węglańu potasu świnki zabijano po upływie 2 minut. Zauważono przytem nieco silniejsze działanie żrące świeżego KCN w porównaniu ze zwietrzonym, żadnej natomiast nie stwierdzono różnicy między działaniem zwietrzałego KCN a węglanem potasowym czystym. Na podstawie przeprowadzonych doświadczeń przychodzi autor do przekonania, że żrące działanie KCN polega na jego własnościach alkalicznych i że obecność (współudział) węglańu potasowego nie tylko nie wzmacnia stopnia działania żrącego, lecz raczej je osłabia.

Wl. Felc.

KLAUER. Trutka na myszy, wydzielająca fosforowodor. (D. Z. für die ges. ger. Med. 24 Bd. 1 Hft.).

Fosforany w zetknięciu z wodą dają trujący związek, znany pod nazwą fosforowodoru. Objawy zatrucia u człowieka są następujące: uczucie zimna, utrudnienie oddychania aż do duszności, kaszel, tętno przepuszczające, silne omdlenia, zawroty, szum w uszach, zaburzenia żołądkowe. Tego rodzaju objawy odnoszono nieraz do zatrucia mięsem, tyfusu i zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych. Od chwili zatrucia do śmierci upływa ok. 3 dni. Na sekcji znajdowano: w przypadkach przewlekłych i podostrych: nieznaczne stłuszczenie wątroby, przekrwienie dróg oddechowych, płuc, wybroczyny, a w przypadkach ostrych — obrzęk płuc. We krwi często ziarenka, silnie łamiące światło. Fosforowodor atakuje ośrodkowy układ nerwowy, który wreszcie ulega porażeniu, działa również na naczynia. Przypadek autora: pewna gospodyni wstała z garnka z mięsem na kuchnię i wyszła. Po dłuższej nieobecności, gdy powróciła, poczuła w izbie bardzo nieprzyjemną woń i zacerwienie płynu w garnku. Ponieważ w mieszkaniu był tylko czeladnik męża, podejrzenie padło na niego, że on czegoś do garnka dosypał. Przyparty do muru, przyznał się, że do garnka wrzucił trutkę na myszy, a pytany, dlaczego to uczynił, odparł, że spodziewając się, iż w garnku przygotowuje się jedzenie dla niego, chciał w ten sposób pozabawić się życia. Do badania wzięto zarówno zawartość garnka oraz resztę trucizny, zawartej w szklanej rurce, przyczem stwierdzono silną woń czosnku zarówno z garnka, jak i z rurki. Rurka szklana była zaopatrzona w etykietkę, zawierającą dokładny opis użycia, trupią główkę i ostrzeżenie: „trujące dla człowieka i zwierząt”. Preparat zawierał ziarenka zbożo-

we, powleczone czerwoną masą, o składzie następującym: 40% siarczanu barowego, związek krzemowo-magnezowy („Talkum“), fosforowo-cynkowy oraz barwnik smołowy. Dochodzenie nie ustaliło, w jakim rzeczywiście zamiarze trutka owa była wrzucona do garnka. Charakterystyczna woń czosnku, wydzielająca się pod wpływem ogrzewania, zapobiegła podstępemu otruciu czy też samobójstwu.

Wl. Felc.

NIPPE. Doczesnowa reakcja ściany macicy przy niepewnem uszkodzeniu, związanem ze spędzeniem płodu. (D. Z. für die ges. ger. Med. 24 Bd. 1 Hft.).

Autor zaznacza, że reakcja doczesnowa tkanek po uszkodzeniach eksperymentalnych jest znana, nie opisywano jej tylko po uszkodzeniach, związanych ze spędzeniem płodu. Autor wspomina o doświadczeniach Loeba, który uszkadzał macicę świnek morskich (z zachowaniem wszelkich środków ostrożności), nacinając ją w różnych kierunkach zaraz po kopulacji. Po 5—6 dniach w tych miejscach stwierdzał mniejsze i większe wysepki tkanki doczesnowej, podczas gdy u świnek, które nie kopulowały, a również tym nacięciom były poddane, wynik był negatywny. Podobne rezultaty otrzymali i inni autorowie. Zjawisko to rozpatruje autor w płaszczyźnie różnicowania przypadków spędzenia płodu. 33-letnią kobietę, podejrzewaną przez męża, że udawała się do lekarza w celu przerwania ciąży, znaleziono martwą w łazience. Obok zmarłej leżała strzykawka maciczna. Sekcję zwłok podjęto w tydzień po śmierci. Wynik sekcji: śledziona septyczna; macica powiększona, bez widocznych uszkodzeń. Ujście zewnętrzne drożne dla dwóch palców, wypełnione czerwonym śluzem. Z jamy macicznej wypłynęło około 100 cm. krwawo-ropiastej wydzieliny. Z lewej strony u góry od tyłu nieuszkodzone jajo płodowe, w połowie do ściany macicy przylegające. W płynie worka płodowego płód wielkości 10—11 cm., lekko zgniły. Wnętrze macicy poza jajem płodowym pokryte mazistą, śmietanową, zielonkawą i białawą masą, łatwo dającą się usunąć. Na podstawie tego obrazu sekcyjnego wywnioskowano, że kobieta zmarła wskutek zakażenia. W okolicy prawego rogu macicy na 4—5 cm. poniżej ujścia prawej trąbki, a na 2 cm. powyżej ujścia wewnętrznego macicy znaleziono pagórkowate wzniesienie, które okazało się skrzepem krwi. Przy badaniu mikroskopowem stwierdzono dużo włókien i krwinki (w grudek). Dokoła w promieniu 1½—2 mm. rąbek, pokryty wyniosłościami i zaokrąglonemi czopkami, przechodzącymi do mięśniówki macicy. Rąbek ten składa się z typowych komórek doczesnej. Obok ogniska nacieczeniowe, rozszerzone naczynia krwionośne i gruczoły. Przewody gruczołowe nie mają żadnej łączności z rąbkiem. Rąbek ten przyjęto za stary skrzep krwi, który uległ przemianie doczesnowej w sąsiedztwie mięśniówki macicy, jako samodzielne ognisko. Wszystkie inne możliwości przeobrażenia doczesnowego (przewody Gärtnera, gruczoły i t. d.) wyłączone. Rozważywszy szczegółowo wynik badania mikroskopowego, autor stwierdza, że pochodzenie tego doczesnowego przeobrażenia zależy od wewnątrzmacicznego uszkodzenia przy usiłowaniu spędzenia płodu. Wniosek ostateczny brzmi: zarówno częste ektopiczne występowanie doczesny, jak i eksperymentalne wywoływanie tych przeobrażeń na drodze zewnętrznego i wewnętrznego uszkodzenia macicy u zwierząt pozwalają przyjąć możliwość takiego przeobrażenia przy zabiegach spędzenia płodu, pod warunkiem, że zabieg instrumentalny musi poprzedzić śmierć na dłuższy przeciąg czasu, bez odejścia płodu i bez przebicia macicy.

Wl. Felc.

Streszczenia pojedyncze.

Biologia.

CALLOW i DEANESLY. Czynność biologiczna pochodnych męskiego hormonu, androsteronu. (The Lancet, lipiec, 1935).

Autorzy londyńscy wykazali w poprzedniej pracy (Bioch. Jour, 1935), że roztwory krystalicznego męskiego hormonu androsteronu, utrzymują w stanie prawidłowym stercz i pęcherzyki nasienne dorosłych szczurów po trzebieniu oraz pobudzają wzrost tych narządów, będących w stanie szczątkowym, gdy kastracji dokonano przed dojrzałością płciową. Androsteron zatem może zastąpić wydzieliny jąder, ale z dwóch względów nie może on być uważany za właściwy hormon jąder: 1. wpływa w mniejszym stopniu na wzrost pęcherzyków nasiennych niż gruczołu krokowego; 2. określona liczba jednostek kogucich androsteronu jest mniej czynna (względem gruczołów dodatkowych kastrowanych szczurów) niż ta sama liczba jednostek kogucich wyciągu z moczu. Autorzy zbadali czynność pochodnych androsteronu, które podobnie do pochodnych rolitkulin mogłyby się okazać bardziej czynne u szczurów, a mian. (a) produkt redukcji androsteronu t. zw. dwunydroandrosteron, czyli andriadol oraz b. będzwinian androsteronu (b). Andriadol jest trzykrotnie bardziej aktywny w porównaniu z androsteronem (B u t e n a n d t, K u z i c k a); autorzy potwierdzają tę zależność i wykazują, że działanie jest identyczne w stosunku do pęcherzyków nas. i gruczołu krokowego. Pod tym względem andriadol jest bardziej zbliżony do hormonu jądrowego niż do androsteronu, jednakże działanie andriadolu jest mniejsze od działania enarmonu (wyciąg z moczu) w tym samym stężeniu obliczonem w jednostk. kog. w odniesieniu do sterczu szczurzego. Działanie zatem enarmonu nie zależy od obecności andriadolu. Jest to zgodne z wynikami badaczy amsterdamskich, którzy mieli wyodrębnić z jąder substancję, o niezbadanej jeszcze konstytucji, która jest bardziej czynna niż androsteron (na grzebienie kogucie), a skombinowana z wyciągiem tkankowym jest niezmiernie czynna (na szczurach). Będzwinian androsteronu okazał się w doświadczeniu nieczynny, — co zależy prawdopodobnie od bardzo powolnej hydrolizy w przeciwieństwie do będzwinianu oestronu. Różnica ta stoi zapewne w związku z okolicznością, że będzwinian oestronu jest estrem fenolu, a b. androsteronu jest estrem drugorzędowego alkoholu alicyklicznego.

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

Bakterjologia i Serologia.

Ivo ŁOMIŃSKI. I. Unieczynnianie bakterjofaga przez utlenianie. II. Czułość bakterjofagów i homologicznych bakterji na utlenianie. (C. R. Soc. de Biol. 1935, t. 119, z. 241 i z. 25).

I. Autor poddawał bakterjofagi gronkowcowe, okrężnicowe, *faga subtilis* i *megatherium* działaniu 0.1—1.0% KMnO_4 . Pod wpływem tego czynnika utleniającego traciły fagi swą siłę lityczną bezpowrotnie. Czynniki faworyzującymi to zjawisko są większe rozcieńczenia faga i wyższa temperatura. II. W podobny sposób zbadal autor siłę lityczną faga oraz ilość pozostałych przy życiu bakterji, poddając działaniu nadmanganianu potasu faga, bakterje oraz ich mieszaninę. Fagi są bardziej czułe na działanie utleniania niż bakterje, co stanowi cechę odmienną od zachowania się ich w odniesieniu do innych czynników szkodliwych. Umożliwia to oczyszczenie hodowli bakteryjnej od faga, sztucznie tam wprowadzonego.

H. M a k o w e r.

Ivo ŁOMIŃSKI. Unieczynnianie bakterjofagów przez utlenianie; uczynnianie przez kwas askorbinowy. (C. R. Soc. de Biol. 1935, t. 119, z. 27).

Kontynuując badania nad utlenianiem bakterjofagów, autor zastosował przepuszczanie tlenu, dodawanie wody utle-

nionej i roztworu L u g o l a . Czynniki te podobnie jak nadmanganian potasu działały hamująco na fagi, tylko w stopniu słabszym. Prawdopodobnie działanie ich polega na utlenianiu samego czynnika litycznego. Przez rozcieńczanie i przenoszenie na świeże hodowle bakteryjne nie można było fagów zreaktywować. Natomiast w 26 przypadkach z 25 udało się tego dokonać za pomocą kwasu askorbinowego, zapewne przez jego działanie redukujące.

H. M a k o w e r (Łódź).

D. JONESCO. Badania nad chorobą Aujeszkego. (C. R. Soc. Biol. 116. 1934).

Zarazek, użyty do badania, wyosobniony był z narządów psa myśliwskiego. Zarazek ten wyprowadzony przez wszystkie możliwe drogi, był chorobotwórczy: dla królika, świnki, myszy, psa, kota, dla koguta zaś i gołębia jedynie drogą śródmózgową. Przeciętny wynik badania hematologicznego, wykonanego na 10 psach, był następujący: białych ciałek w 1 mm^3 25.000 i 7.000.000 krwinek czerwonych; stosunek procentowy białych ciałek wykazał: segmentowanych obojętnochłonnych 62.0%, metamyelocytów obojętnochłonnych 4%, myelocytów obojętnochłonnych 1%, segmentowanych kwasochłonnych 7%, metamyelocytów kwasochłonnych 1%, limfocytów 8%, komórek plazmatycznych 5%, monocytów 12%. Białe ciała segmentowane obojętnochłonne cechuje stale: mała ziarnistość, lub zupełny jej brak i zmienione jądra, ubogie w chromatynę. Krwinki czerwone zaś cechuje anizocytoza i polichromatofilja i liczne normoblasty. U zwierząt, szczepionych śródmózgowo i podoponowo, stale zauważyć można zmiany patologiczne charakterystyczne dla tej choroby, a mianowicie: zgrubienie opon natury zapalnej, jak również bardzo silne zwyrodnienie mięśnia sercowego. Ze względu na to, że podobna obfitość tłuszczu znajduje się również w świetle naczyń, w mięśniu sercowym, w nerkach, w płucach i w rdzeniu przedłużonym, autor przypuszcza, że tłuszcz ten pochodzi z mas tłuszczowo zwyrodniałych, skupionych w szerokich ogniskach martwiczych w mięśniu sercowym. Ogniska te przezywają się samorzutnie, co powoduje nagłą śmierć, tak często zdarzającą się w tej chorobie. Śmierć wywołana jest prawdopodobnie przez następujące potem zatępy tłuszczowe.

Julja S e y d e l.

Choroby jamy ustnej, nosa, gardła i uszu.

A. LAUTENSCHLAGER. W sprawie chirurgji migdałków. (Der Chirurg. 1935 Nr. 1).

Autor polemizuje z poglądem, traktującym migdałki, jako narząd niepotrzebny i mogący być bez szkody dla ustroju usunięty pod pretekstem, że w ten sposób zapobiega się zakażeniom, których źródłem bardzo często są jakoby migdałki. Tymczasem dowiedzione już zostało znaczenie hormonalne migdałków w wieku dziecięcym, niemniej ważny jest ich udział w gospodarce wodnej oraz w trawieniu żołądkowo-jelitowym. Udział migdałków w chorobach ogólnych (zakażeniach, białaczce, agranulocytozie) przemawia za ich rolą jako filtra dla toksyn i wytwórni antytoksyn. Zakażenia pochodzenia nosowego drogą krwiobiegową udzielają się migdałkom, które stanowią jakby pierwszy szaniec obronny. Z drugiej znów strony zabieg wyluszczenia migdałków sprządza czasem ciężkie następstwa w postaci posocznicy i krwotoków. Jakkolwiek związek pomiędzy zapaleniem migdałków a zapaleniem nerek, wzgl. stawów jest często niewątpliwy, to jednak częściej zdarza się jednorazowe zaatakowanie powyższych narządów, niż wielokrotne, a stąd wynika zbieżność wyluszczenia migdałków. Wogóle panuje przesada w ocenie niebezpieczeństw, grożących ze strony zakażonych migdałków; groźne następstwa są niezmiernie rzadkie. Przeciwnie zaś,

liczba nieszczęśliwych powikłań po wyluszczeniu migdałków przewyższa znacznie liczbę zakażeń, których punktem wyjścia są migdałki. „To wściekle uganie się chirurgiczne” za zmasakrowaniem migdałków jest, zdaniem autora, nieusprawiedliwione, a rozsądne i krytyczne stanowisko musi doprowadzić do wniosku, że tylko w nielicznych przypadkach wyluszczenie migdałków jest niezbędne. Należą tu przypadki zapalenia migdałków, którym stale towarzyszą powikłania w innych narządach oraz pierwotne schorzenie migdałków, o charakterze ciężkiej posocznicy. Autor sądzi, że powracające anginy z ropniami okółomigdałkowymi lub bez nich nie są bezwarunkowo wskazaniem do tonsillektomji, często wystarcza zmiana trybu życia. Tylko tam, gdzie inwolucja migdałków prowadzi do zatkania (obliteracji) krypt, czego następstwem mogą być ropnice, tam leczenie chirurgiczne jest wskazane, ale można też ograniczyć się do chirurgicznego leczenia „ognisk”, bez poświęcania całego migdałka. W ogólności postępuje autor rozmaicie, stosownie do wieku chorego: u dzieci pozostawia przynajmniej 1/3 część migdałka, ku końcowi okresu dojrzałości i później — małą warstwę, pokrywającą łożysko migdałka. Samą operację wykonywa autor wewnątrzotoczko-wo z poświęceniem całej górnej części łuku przedniego, przeciwnie zaś, łuk tylny musi być skrupulatnie oszczędzany.

Z. Srebrny.

A. MEYER i PHAM-HUN-CHI. Posocznice poanginowe. (Bull. méd. 1935, str. 668).

Autorzy zwracają uwagę na ważność dokładnego badania bakteriologicznego na tlenowce i beztlenowce. Pomiedzy ostatnimi ważną rolę gra *Bacillus fundiformis* (Hallé). Do wykrycia go na drodze hodowli najlepiej nadaje się metoda A. V. E. i l l o n a. Obecność beztlenowców pogarsza rokowanie: z pomiędzy 14 przypadków tylko w 2-ch osiągnięto wyleczenie.

Z. Srebrny.

I. W. EDINGTON. Zakażenie paciorkowcowe po operacji na migdałkach podniebiennych i gardzielowym. (J. Laryng. a. Otol. 1935, Nr. 50).

W 110 przypadkach badał autor florę gardła przed adenotonsillektomią i po niej. W 48% wyhodowano przed operacją paciorkowce hemolizujące, w 49% — krętki i laseczniki wrzecionowate V i n c e n t. U 2-ch chorych wystąpiły powikłania zakaźne: jeden operowany był w okresie inkubacyjnym płonicy, u drugiego stwierdzono przed operacją paciorkowca hemolizującego. W tym samym pokoju leżało 2-ch chorych na zapalenie migdałków, od których wyhodowano paciorkowca hemolizującego. Zdaniem autora, dodatnia hodowla paciorkowca hemolizującego nie stanowi przeciwwskazania do operacji.

Z. Srebrny.

H. JACKSON jr. Agranulocytoza. (Ann. int. Med. 1935, Nr. 9).

Omówione są różnorodne poglądy na etiologię agranulocytozy. Wartość lecznicza przetaczania krwi, naświetlań szpiku kostnego, diety wątrobowej jest wątpliwa. Najlepsze wyniki dają duże dawki pentnukleotidu (40 cm³ dziennie). Należy kłaść duży nacisk na aseptykę. W razie konieczności operacji postępowanie takie same, jak gdyby agranulocytozy nie było. Jako środek kojący poleca autor kodeinę. Szkodliwy wpływ piramidonu dotychczas nie jest dowiedziony.

Z. Srebrny.

Choroby krwi i narządów krwiotwórczych.

Russell L. HADEN. Mechanizm zmniejszonej odporności krwinek czerwonych we wrodzonej żółtaczce hemolitycznej. (Amer. Journ. Med. Sciences, 1934, t. 188, z. 4).

Wrodzona żółtaczka hemolityczna charakteryzuje się klinicznie przez niedokrewność, żółtaczkę typu niemechanicznego i powiększenie śledziony. Krwinki czerwone są małe (mi-

krocytoza), liczba retikulocytów jest zwiększona, oporność w stosunku do hipotonicznych roztworów soli jest zmniejszona. Zwiększone rozpadanie się krwinek, spowodowane przez ich mniejszą oporność, wywołuje niedokrewność, przez szybkie tworzenie barwników żółciowych — żółtaczkę, przez zwiększenie fagocytozy w śledzionie — splenomegalję, przez zadrażnienie szpiku kostnego — kompensacyjne zwiększenie ilości retikulocytów. W ten sposób wszystkie objawy wrodzonej żółtaczki hemolitycznej są skutkiem zwiększonego rozpadu krwinek. Wszyscy autorzy zgadzają się, że średnica krwinek czerwonych jest zmniejszona. Mało natomiast zwracano uwagi na objętość krwinek. Z badań N a e g e l i e g o, v o n B o r o s a, G ä n s s l e n a wynika, że objętość krwinek jest znacznie mniej zmniejszona niż średnica, że więc krwinki muszą tu być znacznie grubsze niż normalnie. N a e g e l i nazywa je sferocytami, gdyż zamiast normalnej postaci dwuwklęsłej mają one raczej wygląd kulisty. Zamiast nazwy „niedokrewność hemolityczna” zaproponował wobec tego termin „niedokrewność sferocytowa” wzgl. „kulisto-komórkowa”. Dokładniejsze badania nad grubością krwinek przeprowadził v o n B o r o s, który podał „wskaźnik grubości” — stosunek średniej objętości krwinki, uzyskanej bezpośrednio z liczby czerwonych krwinek i objętości hematokrytowej, do średniej objętości, uzyskanej na zasadzie wzoru z wymierzonej średniej średnicy krwinki. W badaniach własnych posługiwał się H a d e n podanym przez niego poprzednio nomogramem, bardzo ułatwiającym obliczenia. Dla określenia częstości i stopnia sferocytozy przeprowadził H a d e n badania u 10 chorych na czynną postać żółtaczki hemolitycznej i u 2 chorych po wycięciu śledziony. We wszystkich przypadkach średnia średnica komórkowa była zmniejszona, a wskaźnik wyżej opisany (nazywany przez autora „wskaźnikiem objętości-grubości” = w. o. g.) był zwiększony; średnia objętość komórkowa zachowywała się różnie. W zwykłej niedokrewności złośliwej był w. o. g. prawidłowy, w żółtaczce mechanicznej — zmniejszony. U 2 chorych z żółtaczką hemolityczną po splenektomji mikrocytoza i zwiększony w. o. g. utrzymywał się, chociaż żółtaczka i niedokrewność ustąpiły. H a d e n uważa koncepcję N a e g e l i e g o, że mikrosferocytoza jest zasadniczą i prawdopodobnie stałą wadą wrodzoną, wywołującą tę chorobę, za słuszną. Nieprawidłowy kształt krwinek czerwonych jest prawdopodobnie taką samą warjacją anatomiczną, jak *caput turritiforme*, często w żółtaczce hemolitycznej wrodzonej występujący. Obliczanie w. o. g. jest w przypadkach wątpliwych bardzo korzystne, gdyż w innych sprawach chorobowych zwiększenie w. o. g. prawie nigdy nie występuje. Choć mikrocytoza i zmniejszona oporność są stałymi cechami żółtaczki hemolitycznej i jedynymi cechami zasadniczymi, bezpośredni związek między nimi nie został dotychczas stwierdzony, ani nawet poszukiwany. Badania w tym kierunku przeprowadził H a d e n, który wykazał, że u różnych gatunków zwierzęcych tendencja do występowania kształtu kulistego krwinek czerwonych wykazuje prawie zupełną proporcjonalność do zmniejszania się oporności na roztwory hipotoniczne. W badaniach doświadczalnych na krwinkach ludzkich, których kształty i grubość były sprawdzane w różnych roztworach hipotonicznych, okazało się, że im roztwór jest bardziej rozcieńczony tem większa występuje sferyczność komórek. W pewnym punkcie wreszcie rozpoczyna się hemoliza. Ponieważ charakterystyczną cechą krwinek czerwonych w żółtaczce hemolitycznej wrodzonej jest zmniejszona średnica i zwiększona grubość, więc odpowiada to stosunkom, istniejącym w krwinkach prawidłowych, zawieszonych w pewnym rozcieńczeniu soli osocza; już nieznaczne dalsze rozcieńczenie wystarczy wobec tego do wywołania hemolizy. Potwierdzają to badania dalsze, które wykazały, że stopień rozcieńczenia krwinek u chorych na żółtaczkę hemolityczną konieczny do ich

shemolizowania, jest odwrotnie proporcjonalny do sferocytozy. Punkt, w którym rozpocznie się hemoliza, możnaby przepowiedzieć na zasadzie w. o. g. i odnośne badania przeprowadzone na szeregu przypadków różnego rodzaju niedokrewności dały bardzo interesujące wyniki. H. M a k o w e r.

Frank H. BETHELL. **Stosunek między całkowitą produkcją retikulocytów i stopniem zajęcia szpiku w niedokrewności złośliwej.** (Amer. Journ. Med. Sciences, 1934, t. 188, z. 4).

Według M i n o t a i innych autorów szczyt wzniesienia się liczby retikulocytów u chorych na niedokrewność złośliwą po zastosowaniu wątroby jest odwrotnie proporcjonalny do liczby krwinek czerwonych w 1 mm³. Niekiedy jednakże retikulocytos trwa dłużej, a wtedy zwykle szczyt jej nie jest taki wielki. Dlatego słuszniejszym wydaje się obliczenie liczby ogólnej retikulocytów, wyrzuconych do obiegu po zastosowaniu materiału czynnego. Metodę taką zastosował B e t h e l l, który wykazał, że istnieje proporcjonalny stosunek między stopniem zajęcia szpiku, manifestującego się w postaci mniej lub bardziej ciężkiej niedokrewności, a zsumowaniem reakcji retikulocytowej, obliczonem na drodze graficznej. Z otrzymanych wielkości autor opracował formułki, umożliwiające określenie liczby retikulocytów, które przy danym poziomie krwinek czerwonych zostaną wyrzucone do krwiobiegu po zastosowaniu wątroby. H. M a k o w e r.

D. J. STEPHENS. **Występowanie myelocytów we krwi obwodowej w zapaleniu płuc pławem.** (Amer. Journ. Med. Sciences, 1934, t. 188, Nr. 3).

Autor badał codziennie krew chorych na zapalenie płuc za pomocą techniki zwykłej i przyżyciowej. Zbadał w ten sposób 43 przypadki, z których 13 było śmiertelnych. W okresie gorączkowym stwierdzał w większości przypadków występowanie niewielkiej liczby myelocytów obojętnochłonnych. U chorych, u których choroba miała przebieg pomyślny, natychmiast po spadku ciepłoty występowało dosyć znaczne wyrzucenie myelocytów do krwi obwodowej. W 2/3 przypadków liczba myelocytów osiągała 5% lub więcej, w prawie 1/3 10% lub więcej; przeciętny % w 30 przypadkach wynosił 7,5. Przeważnie największy % myelocytów występował 1 — 5 dni po spadku ciepłoty. Zjawiały się większe liczby myelocytów już 1 lub 2 dni przed spadkiem ciepłoty. W czasie występowania najwyższego poziomu myelocytów pałeczkowate spadały zwykle już do poziomu prawidłowego (rozsiew pałeczkowato-myelocytowy). Niewielkie liczby myelocytów w okresie gorączkowym różnych chorób zakaźnych obserwowano dość często, jednakże w tych przypadkach szły one w parze ze zwiększoną liczbą postaci pałeczkowych. Autor przypuszcza, że przyczyną występowania myelocytów w zapaleniu płuc jest podrażnienie szpiku kostnego przez rozpadający się materiał jądrowy, uwalniający się w płucach w okresie rezolucji. H. M a k o w e r.

Choroby przemiany materii i gruczołów wewnątrzwydzielniczych.

Gregory. PINCUS i Priscilla WHITE. **O dziedziczeniu cukrzycy. II. Dalsza analiza historii rodzinnych. III. Poziom cukru we krwi krewnych diabetyków.** (Amer. Journ. Med. Sciences 1934, t. 188 Nr. 2 i 6).

Część zdrowych krewnych diabetyków ma w rzeczywistości cukrzycę utajoną. Zidentyfikowanie ich jest rzeczą ważną zarówno ze względów teoretycznych jak i praktycznych. W tym celu autorzy zbadał 169 bliskich krewnych znanych im diabetyków, a dla porównania grupę 125 osobników kontrolnych pod względem gospodarki węglowodanowej. Badano poziom cukru we krwi żyłnej oraz tolerancję. Około 14% krewnych diabetyków miało hiperglikemję, około 25% — obniżoną tolerancję na cukier (w odniesieniu do gru-

py kontrolnej). Jeżeli porównuje się częstość występowania zaburzeń gospodarki węglowodanowej u potomków ludzi o różnym składzie genetycznym (pod względem genu cukrzycowego), to uzyskane stosunki odpowiadają temu, czego spodziewać się należy na zasadzie prostej proporcji M e n d e l o w s k i e j. Próby gospodarki wodoru węgla ujawniają utajonych diabetyków, jednakże nie wszystkich — gdyż u diabetyków z normalnym poziomem cukru we krwi i z normalną tolerancją może się później wytworzyć cukrzyca. H. M a k o w e r.

Isaac STARR Jr. **Wartość histaminowego odczynu skórnego dla rokowania co do powstania zaburzeń w nogach w cukrzycy.** (Amer. Journ. Med. Sciences, 1934, t. 188, z. 4).

Autor wykonał próbę histaminową u 100 diabetyków, po 5 latach otrzymał dokładne dane u 89. Zaden z chorych z odczynem prawidłowym (podobnym do ukłucia komara, zjawiającym się po 5 min.) nie zachorował w następstwie na zgorzel, utrzymujące się zakażenia, owrzodzenia, chromanie przestankowe. Chorzy z nieznacznie zmienionym odczynem (w 5 min. bez bąbla lub otoczki, w 10 całkowity) nie mieli cięższych zaburzeń w nogach (4 z 31, należących do tej grupy miało tylko długotrwale bóle, bez innych objawów). W pozostałej grupie 32 chorych z odczynem mocno nieprawidłowym (brak prawidłowego bąbla i otoczki po 10 min.) stwierdzono natomiast w 6 przypadkach długotrwale bóle, w 4 przewlekłe zakażenia i owrzodzenia i w 4 — zgorzel. Przypadków śmierci w tej grupie było 18, gdy w poprzedniej 8, a w pierwszej 7. Ponieważ byli to jednak ludzie starsi, więc ich większa śmiertelność zgadza się z oczekiwaną na zasadzie tablic śmierci. Odczyn skórnny histaminowy ma duże znaczenie rokownicze co do powstania chorób naczyniowych w moczówce cukrowej. Skombinowany razem z wynikami badania fizykalnego umożliwia on rozdzielenie diabetyków na grupę niezagrożonych bezpośrednio obwodową chorobą naczyniową, grupę pośrednią i grupę, w której niezbędna jest niezwykła ostrożność dla zapobiegnięcia powstaniu poważnych zaburzeń w nogach.

H. M a k o w e r.

D. ROURKE GILLIGAN, Maurice I. ABRAMS i Beatrice STERN. **Przemiana wodoru węgla w hipotyroidyzmie ludzkim, spowodowany przez całkowite wycięcie tarczycy.** (Amer. Journ. Med. Sciences, 1934, t. 188, z. 6).

U 13 chorych zbadano cukier w surowicy naczno przed i szereg razy w ciągu roku po operacji tarczycy. U 9 chorych poziom cukru nieco spadał, ale u wszystkich wogóle był w granicach prawidłowych. U 8 chorych zbadano krzywą cukrową przed i po operacji, u 8 innych — tylko po operacji. Krzywe poperacyjne wykazywały stosunki prawidłowe, były one podobne do przedoperacyjnych, uderzał jednakże niższy znacznie poziom cukru po 1 i 2 godzinach. W 1 przypadku z cukrzycą i 1 z nadczynnością tarczycy przed operacją stwierdzono po operacji polepszenie przemiany wodoru węgla. W piśmiennictwie podany jest szereg przypadków cukrzycy, które po tyroidektomji uległy znacznej poprawie. Stąd wyciągają autorzy wniosek, że tyroidektomia ma działanie dodatnie na przemianę wodoru węgla wtedy, kiedy ta przemiana jest nieprawidłowa, natomiast niema wyraźnego wpływu w przypadkach, w których była ona przed operacją prawidłowa.

H. M a k o w e r.

Maurice I. ABRAMS i D. ROURKE GILLIGAN. **Przemiana wodoru węgla w hipotyroidyzmie ludzkim, spowodowany przez całkowite wycięcie tarczycy.** (Amer. Journ. Med. Sciences, 1934, t. 188, z. 6).

U 6 chorych na serce, operowanych metodą B e r l i n a, zbadano wpływ na poziom cukru we krwi przed i po wycięciu tarczycy, u 7 dodatkowych chorych zrobiono to samo po operacji. Badania te wykazały, że całkowite wycięcie tarczycy, wywołujące trwały hipotyroidyzm, nie ma żadnego wpływu na reakcję ustroju na insulinę. Zarówno przed, jak i po ope-

racji cukier we krwi spadał w sposób zupełnie prawidłowy, przeciętny spadek maksymalny wynosił 34%. Świadczy to o normalnej reakcji aparatu współczulno-nadnerczowego w hipotyroidyzmie.

H. M a k o w e r.

Leona M. BAYER i H. GRAY. **Leczenie otyłości, tarczycą i dinitrofenolem.** (Amer. Journ. Med. Sciences, 1935, t. 189 z. 1).

Autorzy opierają się na 106 przypadkach otyłości, leczonych od stycznia 1931 do maja 1933 w klinice wewnętrzno-wydzielniczej Uniwersytetu Stanfordskiego w San Francisco, w tem 104 kobiet i 2 mężczyzn. Każdy chory dostawał kartę z diety, zawierającą 80 g. wodań węgla, 60 g. białka i 40 g. tłuszczu = 920 kal. Stosowano tę dietę tak długo, jak długo waga spadała dostatecznie, to znaczy około 1 kg. miesięcznie. Jeżeli waga w ciągu 2 kolejnych wizyt nie spadała, dodawano tarczycę, dinitrofenol. Wielu chorych wracało do wagi idealnej pod wpływem samej diety, 51 chorych otrzymywało tarczycę (przeciętnie 0.1 g. dziennie), 23 — dinitrofenol (przeciętnie 0.165 dziennie). Sama dieta wywoływała przeciętnie stratę 15 funtów w 3½ mies., później zaś bardzo tylko niewielką. Około ¼ pacjentów straciło w tym okresie czasu 20 funtów, osiągając ostatecznie stratę 30 funtów. Najbardziej otyli pacjenci mieli tendencję do największej utraty wagi. Przy normalnej przemianie podstawowej chorzy lepiej się odchudzali, niż przy obniżonej. Kiedy po stracie 10 — 20 funtów przez stosowanie diety waga przestała opadać, można było wywołać dalszy spadek około 12-funtowy za pomocą leków. Średnio wynosił spadek ten u 41 chorych, którym podawano tarczycę 11 funtów, u 13 chorych po dinitrofenolu 12 funtów. Przy obniżonej przemianie podstawowej leki te działały lepiej, niż przy normalnej, przy normalnej wpływ dinitrofenolu był lepszy, niż działanie tarczycy. Dalszą stratę około 4 funtów można wywołać przez zastosowanie dinitrofenolu, kiedy tarczyca przestała działać, i odwrotnie. Stosowana w kilku przypadkach tarczyca od początku leczenia dietetycznego nie dała lepszych wyników, niż dieta do której później dodawano tarczycę. Stosowanie więc tarczycy od początku leczenia nie jest celowe. Dinitrofenol, stosowany w 3 przypadkach bez restrykcji dietetycznych, nie okazał się skutecznym. W 3 przypadkach trzeba było zaprzestać stosowania dinitrofenolu: spowodu nudności, palenia, żółtaczki (spowodowanej co prawda nie przez uszkodzenie wątroby, ale przez zabarwienie osocza przez sam dinitrofenol).

H. M a k o w e r.

Choroby skóry, weneryczne i płciowe.

NEKAM. O „eiofilaktycznej” działalności skóry w przebiegu przyniotu. (Derm. Z. 1935. Bd. 71. H. 3).

Pod „eiofilaksją” (E. H o f f m a n n) rozumie się specjalną, zabezpieczającą cały ustrój działalność skóry, jak to widzimy w odporności ustroju (*immunitas*), trwającej nieraz całe życie, na powtórne zakażenie tym samym zarazkiem w chorobach zakaźnych, w których skóra bierze specjalny udział (np. odra, szkarlatyna, ospa, tyfus wysypkowy, w ciężkim przebiegu tychże chorób, jeżeli skóra w przebiegu ich jest mało zajęta, dalej szkodliwy wpływ na ustrój zajęcia dużej powierzchni skóry przez jakąkolwiek bądź sprawę chorobową, wyłączającą normalną działalność skóry; dobroczynny wpływ na ustrój środków, zlekka drażniących skórę). To zapobiegawcze działanie skóry jest tem ważniejsze wobec dużej powierzchni, zajmowanej przez skórę i jej wagi, dochodzącej do 1/6 wagi ciała, i wobec stwierdzonego faktu, że w skórze wytwarza się duża część ciał, zabezpieczających ustrój. Tę specyficzną dział-

alność skóry wiąże z działalnością śródbłonka naczyń włosowatych i ścian drobnych naczyń, limfocytów, komórek plazmatycznych, chromoforów; duży udział w tej działalności ma część układu siateczkowo-śródbłonkowego, rozmieszczonego w skórze. Powierzchnowe położenie skóry ułatwia nam pobudzenie tego działania przez działanie światła, kąpieli i t. d. Autor dochodzi do wniosku, że w przebiegu kili istnieje pewien antagonizm w zajęciu jednoczesnym przez kilę skóry i układu nerwowego. Na 800 przypadków trzyczorzędowej kili spostrzeganych przez autora, tylko w 3,5% było jednoczesne zajęcie sprawą kilową skóry i układu nerwowego. Zależne to jest nie od jakiegoś trofizmu zarazka, od jakiegoś bliższego powinowactwa danego zarazka do układu nerwowego lub skóry, lecz od tej ważnej roli, jaką ma skóra, jako narząd, biologicznie zabezpieczający; to działanie skóry może być upośledzone z przyczyn ustrojowych lub w zależności od wpływów chemicznych albo mechanicznych.

Stanisław M a r k u s f e l d.

F. KALZ. **Cutis laxa, jako objaw ogólnego osłabienia tkanek podstawowych.** (Dermatologische Zeitschrift 1935. Bd. 71).

Autor przytacza szereg przypadków rozmaitych autorów, którzy spostrzegali istnienie zmian chorobowych w tkankach w *cutis laxa*; do nich należą: osłabienie stawów, łatwa lamliwość i uszkodzenie skóry, nadmierne wyprostowanie stawów, skłonność do tworzenia się blizn zanikowych, mnogich guzów, tworów o charakterze włókniako-mięśniaków i osłabienie mięśni. Pozatem stwierdzono dziedzicznie *cutis laxa*. W przytoczonym przez autora przypadku skóra dawała się ująć w duże fałdy, zwłaszcza na przedramionach. Po zwolnieniu fałdy skóra wracała do pierwotnego stanu, jakgdyby była z gumy. Na rękach i przedramionach spostrzegał autor świeże uszkodzenia skóry i obfite blizny zanikowe. W skórze ponad-rzępkowej zauważył sino-czerwone nacieki, które po kilkumiesięcznym trwaniu samorzutnie znikaly, pozostawiając skórę lekko zanikową, ścieńczalą i workowato wiotką. Nacieki te były charakteru obrzękowego. Porównyując histologicznie *cutis laxa* ze skórą zdrową innego osobnika, utrzymanego w analogicznych warunkach, stwierdza autor, że pęczki włókien tkanki łącznej są jakościowo i ilościowo mniejsze, gdy włókna sprężyste odpowiadają normie. Należy odróżnić *cutis laxa* od *dermatochalasis*, w którym to cierpieniu występuje zmniejszenie włókien elastycznych. Obydwa schorzenia mogą występować obok siebie.

H a u s w i r t.

N. OKABE. **Zastosowanie Androstiny w zaburzeniach funkcji męskich narządów płciowych i w trądziku u młodych kobiet.** (Iji Koron, Nr. 1190, 1935 r.).

Autor stosował Androstinę z dobrym skutkiem w 6 przypadkach zaburzeń funkcji męskich narządów płciowych i w jednym przypadku trądzika. W przypadku trądzika skutek był uderzający. Wystąpił lekki ból w miejscu ukłucia. Inne uboczne objawy nie wystąpiły. W 4 przypadkach z 6 mężczyzn główne objawy ustąpiły, i jednocześnie dał się zauważyć wzrost wagi ciała.

F. M i k u l s k a.

Porady seksualne. (Sociálne] Zdravotni Revue Nr. 6, 1935 r.).

Max P o p p e r miał okazję do stosowania androstiny tak drogą doustną, jak i w postaci iniekcji. W zaburzeniach u ludzi młodych tabletki dawały dobry skutek, w zaburzeniach płciowych u ludzi ponad 50 lat stosował zawsze androstinę w postaci iniekcji, wyniki otrzymywał zawsze dobre.

F. M i k u l s k a.

Streszczenia pojedyncze.

Patologia kliniczna i doświadczalna.

A. BAUDOUIN, H. BÉNARD, J. HERVY, J. LEWIN, i J. SALLET. **Powolne i stałe wstrzykiwania adrenaliny u człowieka.** (Comptes rendus Soc. Biol., 1935, t. 113, zesz. 20).

Po dokładnych badaniach doświadczalnych, przeprowadzonych na psach, zaczęli autorzy stosować powolne i stałe wstrzykiwanie adrenaliny w przypadkach hipotonji u człowieka. Stosowano dawki 0.003 — 0.05 mg. na kg wagi i godzinę, optymalne dawki — 0.003 — 0.01 mg. Rozpoczyna się od dawek najmniejszych, po których ciśnienie szybko wzrasta, dla zapobiegnięcia spadkowi trzeba jednakże w następstwie dawki zwiększać. Wstrzykiwań nie należy przerywać nagle, gdyż wtedy powstaje (przejściowa) hipotonja. W czasie wstrzykiwania tętno i oddech stają się szybsze, poziom cukru we krwi wzrasta. Stan ogólny chorych z pooperacyjną hipotonją ulegał wybitnej poprawie. Techniki stosowanych wstrzykiwań autorzy nie podają. H. M a k o w e r.

J. S. SWEENEY, N. BARSHOP i L. C. LOBELLO. **Wpływ toksemji na tolerowanie cukru gronowego i na działanie insuliny.** (Arch. Intern. Med. 1934, 53, Nr. 5).

Sweeney i Lackey stwierdzili, że przy zatruciu królików jadem błoniczym, codziennie wykonywana próba na tolerancję z 5 g. cukru gronowego wykazała stałe zmniejszanie się tolerancji. U niektórych zwierząt glikemja 2 godz. po spożyciu cukru dochodziła do 400 — 500 mg — są to wielkości, spotykane u djabetyków w czasie infekcji. W obecnej pracy stosowano wzrastające dawki insuliny 20 min. przed podaniem cukru, celem otrzymania prawidłowych krzywych glikemicznych, co się też udało uzyskać. W ostatnich dniach toksemji ilość insuliny dochodziła do 12 — 14 jednostek! Wytlumaczenie tego zjawiska jest trudne; jedyny wniosek, jaki można wyciągnąć, jest ten, że toksemja w jakiś sposób utrudnia funkcję insuliny, bez względu na to, czy będzie to insulina endogeniczna czy egzogeniczna.

H. M a k o w e r (Łódź).

T. R. HARRISON, C. E. KING, J. A. CALHOUN i W. G. HARRISON Jr. **Przekrwienna niedomoga serca. Oddech Cheyne-Stokesa jako przyczyna duszności napadowej, przy zasypianiu.** (Arch. Intern. Med. 1934, 53, Nr. 6).

Chorych, skarżących się na duszność napadową przy zasypianiu lub tuż po zaśnięciu, badano pneumograficznie. Stwierdzono u nich — dotychczas bez żadnego wyjątku — oddychanie o typie Cheyne-Stokesa, które albo *zjawia się* przy początku snu albo *wzmaga się*, o ile było już przedtem obecne. W śnie głębokim natomiast albo znika zupełnie, albo staje się mniej wyraźnym. W czasie rozwijania się snu przerwy bezdechowe wydłużają się, a jednocześnie wzmagają się okresy hiperpneiczne; to ostatnie zjawisko może stać się tak silnem, że chorzy budzą się z uczuciem duszności. Inny rodzaj chorych z niedomogą serca budzi się po jednej lub więcej godzin spania; u tych chorych nie stwierdza się oddychania okresowego. W czasie polepszania się krążenia u chorych z oddychaniem Cheyne-Stokesa stwierdza się zmniejszanie się intensywności okresów i jednocześnie rzadsze występowanie napadów duszności i mniejsze ich natężenie. Wreszcie napady duszności zupełnie znikają, podczas gdy oddech jeszcze przez czas dłuższy pozostaje okresowym. Czynniki, które albo przerywają sen albo zmniejszają jego głębokość, wzmagają okresowości i przez to wywołują napady duszności. Najważniejszym i prawdopodobnie najczęstszym tego rodzaju czynnikiem jest kaszel. Głośniejszy dźwięk, zmiana położenia, delikatne uklucie, potrzeba oddania moczu mogą wywołać skutek podobny. Autorzy przeprowadzili specjalne badania celem wyświeślenia przyczyn opisywanych zjawisk i przyszli do wniosku, że naj-

ważniejszymi czynnikami są tu: 1) nadmierna wentylacja płuc, zależna od odruchowego pobudzenia oddechu przez przekrwienie płuc i 2) zmniejszona pobudliwość ośrodków oddechowych. Obydwa te czynniki mogą oddziaływać osobno lub jednocześnie. Hiperwentylacja może wywołać oddychanie okresowe już u osobników normalnych, co stwierdzili jeszcze w r. 1909 Douglas i Haldane. Przekrwienie płuc — jak to wykazali autorzy poprzednio — wywołuje odruchowo zwiększenie oddychania, przez co zwiększa się utrata dwutlenku węgla, a kiedy staje się ona dostatecznie wielka ażeby stało się niewystarczającym odruchowe pobudzenie oddechu, powstaje bezdech. Przy końcu bezdechu oddychanie jest pobudzane zarówno na drodze odruchowej jak i chemicznej, i wtedy powstaje nowy okres. Hiperwentylacja nie jest jednak — jak wyżej wspomniano — jedynym czynnikiem, wywołującym oddech Cheyne-Stokesa. Drugi czynnik — zmniejszenie pobudliwości ośrodków oddechowych — związany jest z ogólnem zmniejszeniem pobudliwości systemu nerwowego podczas snu. Morfina i inne środki, obniżające pobudliwość ośrodków oddechowych, mogą wywołać oddech okresowy. Crescendo i diminuendo okresu hiperpneicznego tłómaczą autorzy zmieniającem się stężeniem tlenu i dwutlenku węgla we krwi, co wywołuje odpowiednie zmiany kwasowości. Powstanie oddechu okresowego nie jest związane z większymi zmianami chemizmu krwi. W czasie przedłużającego się snu wzrasta ciśnienie dwutlenku węgla i kwasowość krwi, równocześnie oddech staje się regularnym. Zmiany te opisano już poprzednio, są one charakterystyczne i dla snu normalnego. Być może, są one wywołane przez zmniejszoną wentylację płuc. Zmiany stężenia gazów krwi są skutkami zmian w oddychaniu, ale nawzajem same wywołują dalsze zmiany oddechu, prowadzące do charakterystycznych napadów duszności.

H. M a k o w e r (Łódź).

Choroby płuc.

L. HOFBAUER. **Dychawica na tle wola, śmierć wskutek wola i stany pokrewne.** (Wien med. Wschr. Nr. 45 i 46/1935).

Krótki oddech, stany dychawicze i bezdech powstają u chorych z wolem na trzech zupełnie różnych pod względem patogenetycznym podłożach: 1) mechanicznie w następstwie zwężenia dróg oddechowych spowodu uciśnięcia ich przez wole, często w połączeniu z obrzmieniem błony śluzowej tchawicy. Powstające w wyniku zaburzenia oddychania noszą wszelkie cechy zwężenia dróg oddechowych; 2) toksycznie wskutek zatrucia ośrodków oddechowych wydzieliną wola. Spowodowane w ten sposób zaburzenie oddychania nosi wszelkie cechy zaburzeń, wywołanych toksycznie: a) pogłębiony wydech z użyciem pomocy mięśni brzusznych (bicie flanków); b) nierównomierność ruchów oddechowych; c) okresy bezdechu; 3) *allergicznie* wywołane przez „przeczulenie” („hypersensitivness”) błony śluzowej dróg oddechowych. Wskutek tego reaguje ona na bodźce doprowadzone z powietrzem oddechem, nieskuteczne u dorosłego, leżące poniżej progu pobudliwości, bardzo ciężkimi zaburzeniami ze strony błony śluzowej i mięśni. Trzy wyżej wymienione czynniki łączą się często w tym samym przypadku. Tylko zwracając uwagę na wszystkie trzy możliwości powstawania, można w odpowiedni sposób zapobiegać i skutecznie leczyć.

H. L.

J. MAGURN. **Silikoza w kamieniołomach Bessèges.** (Méd. du Travail Nr. 4/1935).

Wśród 54 pracowników, wystawionych na długotrwałe wzięwanie pyłu krzemowego, których autor badał rentgenologicznie w przychodni w Bessèges, 33 przedstawiało niepra-

widlowe obrazy rentgenowskie (guzkowate lub rzekomo-guzowate). Bakteriologiczne badanie płwociny wykryło zaledwie u 4 z nich obecność prątków *K o c h a*. Wynika z tego, że chorzy z pylicą krzemową wyjątkowo tylko bywają gruźlikami, wbrew twierdzeniom *R i s t a i D u b r o w a*, którzy twierdzą, że robotnicy, stykający się z pyłem, zapadają szczególnie często na gruźlicę. Z badań autora nie wynika bynajmniej, aby uszkodzeniom, wywołanym w płucach przez pył, często towarzyszyło zakażenie gruźlicze. Ważne jest zastosowanie środków zapobiegawczych, ażeby postawić w miarę możliwości robotników poza sferą szkodliwego działania pyłu, zbyt długo wdychanego. Wystarczy rozporządzenie administracyjne Ministra Pracy, by wyrwać pewnej śmierci przedwczesnej dużą liczbę robotników. Rozporządzenie takie powinno zawierać następujące punkty: 1) w galeriach, w których kuje się skały krzemowe, wolno wykonywać tylko raz dziennie rozsadzanie skał i to pod koniec dnia roboczego; 2) należy użyć wszelkich środków, by pozbyć się możliwie jak najdokładniej pyłu, bądź wyciągając go nazewnątrzą zdala od robotników, bądź chwytając go w specjalne worki do pyłu, bądź gromadząc go i przekształcając go w masę błotną w ujściu otworu, który wierce młot wiertniczy; 3) należy badać rentgenologicznie płuca wszystkich robotników, wystawionych na wzięwanie pyłu krzemowego, poraz pierwszy, gdy przystępują do pracy, a następnie raz do roku, aby uchwycić jak najwcześniej jakiegokolwiek zmiany w płucach i usunąć w porę robotników od niebezpiecznej dla nich pracy. Zastosowanie tych skutecznych środków nie zrujnowałoby z pewnością przemysłu górniczego we Francji. Pocóż więc dłużej czekać?

H. L.

Choroby serca i naczyń.

ROSENBLUM. Szybkość obiegu krwi u chorych leczonych dinitrophenolem. (The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Nr. 18, 1935).

B l u m g a r t stwierdził zależność pomiędzy szybkością przemiany materii a szybkością obiegu krwi. Było to poparciem dla koncepcji klinicznej, która zdobyła sobie ostatnio prawo obywatelstwa, że ilość pracy, wykonanej przez serce, jest częściowo określona szybkością metabolizmu. Stąd było zrozumiałem, że przy współistnieniu poważniejszego schorzenia serca z nadczynnością tarczycy stwierdzamy agrawację objawów ze strony serca przy wysokim poziomie metabolizmu i poprawę objawów sercowych przy niskim poziomie metabolizmu. Wraz z obniżeniem przemiany podstawowej stwierdzamy wówczas zwolnienie akcji serca, zmniejszenie jego objętości minutowej i zwolnienie obiegu krwi. Ta koncepcja była podstawą dla próby leczenia niedomogi krążenia, szczególnie w przypadkach o podłożu anginoidalnym, przez usunięcie całkowite zdrowej tarczycy. Powstaje więc zagadnienie wpływu dinitrophenolu na dynamikę krążeniową, skoro lek ten podnosi przemianę podstawową. *T a i n t e r* stosował dinitrophenol w 3 przypadkach dławicy piersiowej. Działanie preparatów tarczycy i dinitrophenolu poza wspólnem dla obu preparatów podwyższeniem przemiany podstawowej jest różne. Dinitrophenol nprz. nie daje poprawy w przypadkach hipotyroidyzmu. U 25-ciu chorych (24 mężczyzn, jedna kobieta), cierpiących na otyłość, badał autor szybkość obiegu krwi i przemianę podstawową. Przedewszystkiem stwierdzono, że otyłość sama przez się nie wpływa na czas krążenia. Wszyscy chorzy otrzymywali potem dinitrophenol, przyczem stwierdzano zarówno przyspieszenie przemiany podstawowej, jak i spadek wagi; jednak w żadnym przypadku nie stwierdzono przyspieszenia obiegu krwi. Tłumaczy to także tolerancję preparatu przez chorych na dławicę piersiową. Pod tym względem więc preparat ten posiada wyższość nad preparatami tarczycy.

Jerzy F a j w l e w i c z (Łódź).

N. H. Van MUYDEN i D. SCHERF. O obrazie chorobowym, wywołanym przez kilowe zwężenie ujścia naczyń wieńcowych bardzo znacznego stopnia. (Wien. kl. Woch. Nr. 24/1934).

Do pięciu znanych obrazów dusznicy bolesnej dodają autorzy opis nowego. Pięć pierwszych stanowi: 1) dusznica bolesna w zakrzepach naczyń wieńcowych—zawał mięśnia sercowego, 2) dusznica bolesna w zwężeniu naczyń wieńcowych (ambulatoryjna, wysiłkowa dusznica bolesna), 3) dusznica bolesna w niedomykalności zastawek półksiężycowych tętnicy głównej na tle kilowym lub zapalenia wsierdza (nocne napady z podniesieniem ciśnienia krwi), 4) dusznica bolesna w częstoskurczu napadowym (*tachycardia paroxysmalis*), 5) dusznica bolesna w ciężkich niedokrewnościach. W nowym obrazie chodzi o przypadki zapalenia kilowego tętnicy głównej (*mesaortitis luetica*), w których dolegliwości dusznicowe, które są połączone z lękiem, występują z najnieznaczniejszych powodów. Znajdowano również napady lęku bez bólu, występujące w połączeniu z płaczem i niepokojem. Podczas napadów niema podniesienia ciśnienia krwi, następuje nawet jego spadek. Nitrogliceryna zawsze szybko pomaga, lecz działanie tego środka wkrótce ustaje. Istnieje tachykardja, tętno nie jest pełne, ani mocne. W porównaniu z zawałem mięśnia sercowego różni się opisany napad szybkim działaniem azotynów, w porównaniu z ambulatoryjną dusznicą bolesną tem, że napady występują również w spokoju i nie towarzyszy im podniesienie ciśnienia krwi, ba nawet jego spadek. Brak podniesienia ciśnienia krwi różni te napady również od napadów w niedomykalności zastawek półksiężycowych tętnicy głównej.

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

R. SINGER. W sprawie kliniki zakrzepów naczyń wieńcowych. (Wien. kl. Woch. Nr. 26/1934).

Zgodnie z innymi autorami stwierdził *S i n g e r* w zakrzepach naczyń wieńcowych przyspieszone opadanie czerwonych ciałek krwi, nie pozostające w związku z podniesieniem ciepłoty; kontrola szybkości opadania krwinek posiada rozstrzygające znaczenie dla określenia czasu, przez jaki chorzy powinni pozostać w łóżku. Ażeby krótkotrwale podniesienia ciepłoty nie uszły uwagi lekarzy, należy bezwzględnie mierzyć temperaturę co 2 godziny. W cięższych przypadkach zamknięcia światła naczynia często przychodzi do łagodnych zapaleń dolnych płatów płuc z dźwięcznymi rżeniami. Podawanie chinidyny zmniejsza groźbę migotania komór.

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

Mc. GINN i WHITE. Cor acutum pulmonale w następstwie zatorów płucnych. (The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Nr. 17, 1935).

Następstwem znacznego zatkania tętnicy płucnej jest nagle rozszerzenie prawej komory i prawego przedsionka; dla tego stanu najodpowiedniejsza jest nazwa *cor acutum pulmonale*, w przeciwieństwie do *cor pulmonale*, stanu, dobrze znanego, o charakterze przewlekłym, w którym zachodzi stopniowe postępujące rozszerzenie prawego serca w pewnych schorzeniach tkanki płucnej. *Cor acutum pulmonale* naskutek zatoru zajmuje specjalne miejsce ze względu na częstość i ważność tych zjawisk oraz na trudności rozpoznawcze. Zagadnienie to nabiera jeszcze szczególnej wagi wobec podejmowanych przez chirurgów hazardowych prób operacyjnego usunięcia zatoru. Autor podaje historie choroby własnych 9-ciu przypadków. We wszystkich przypadkach objawy kliniczne zatorów płucnych są podobne do objawów, stwierdzanych w zakrzepach tętnic wieńcowych serca. Do objawów tych należą: bóle w klatce piersiowej albo ściskanie podmostkowe, podwyższenie ciepłoty ciała, przyspieszenie tętna i oddechu, zwiększenie liczby ciałek białych we krwi, objawy zapaści, poty, bledność i spadek parcia krwi. Jeżeli stan zapaści nie jest zbyt głęboki

lub mija, można stwierdzić wtórne znamiona działania zatorów płucnych na samo serce: rozszerzenie prawej połowy serca, akcentuacja II tonu nad tętnicą płucną, rytm cwałowy, czasami szmer tarcia osierdziowego w II — IV międzyżebrow. Sinica i rozszerzenie żył w okolicy karku są objawami przemijającymi. W 7 przypadkach spisano EKG i stwierdzono: obecność fali Q i odwrócenie późne uchyłka T w III odprowadzeniu; niskie odejście fali T i stopniowe schodkowate wzniesienie ST w II odprowadzeniu; wyniosłą falę S i dość niskie odejście fali T w I odprowadzeniu; wygładzenie fali T i odwrócenie fal P i QRS w IV odprowadzeniu. W 2 przypadkach w okresie poprawy wszystkie nieprawidłowości EKG ustąpiły. Chodzi więc o zjawiska odwracalne.

Jerzy Fajwlicz (Łódź).

Choroby narządów trawienia.

M. J. DEMOLE. **Wartość rozpoznawcza szybkości narastania kwasoty żołądka w przebiegu cierpień przewodu pokarmowego.** (Arch. Appar. Digestif. Nr. 9, T. 25—1935 r.).

Autor sądzi, że stopień kwasoty żołądka i ilość wydzielanej treści zależą głównie od zastosowanego bodźca; natomiast szczyt kwasoty i tempo jej narastania okazały się od bodźca niezależne. Autor przeprowadził frakcjonowane badanie treści żołądka po wstrzyknięciu 1 mgr. histaminy w 120 przypadkach schorzeń przewodu pokarmowego. Okazało się, że uzyskał trzy typy krzywych. W przebiegu wrzodów i nieżytów żołądka zawsze występuje tachysekrecja, gdyż szczyt kwasoty występuje po 20 — 30 minutach; przy wrzodach dwunastnicy stwierdził bradysekrecję — szczyt kwasoty po godzinie. Cierpienia pęcherzyka żółciowego również dają zawsze późny typ sekrecji; stąd autor wyciąga wniosek, że tachysekrecja przemawia bezwzględnie przeciwko cierpieniu pęcherzyka żółciowego. Jakób Penson.

M. BRULÉ, J. COTTET. **Rozpoznanie różniczkowe między żółtaczką mechaniczną i miąższową.** (La Presse Médicale Nr. 88—1935).

Retencja żółci z odbarwieniem kału może dojść do skutku przez obstrukcję głównego przewodu żółciowego (kamień, ucisk od zewnątrz przez nowotwór) oraz przy infekcyjnym lub toksycznym uszkodzeniu komórki wątrobowej. Odróżnienie obu tych spraw ma bardzo ważne znaczenie, zwłaszcza jeśli sprawa chorobowa się przedłuża i należy zdecydować, czy leczyć zachowawczo, czy też operować (kamień). Autorzy podają szereg cech różniczkowych. W przebiegu żółtaczki mechanicznej, zależnej od kamienia w przewodzie żółciowym, stwierdza się zawsze powiększenie wątroby; wątroba przytem jest bolesna, gładka i miękka. W żółtaczce miąższowej wątroba zwykle jest mała. Badanie czynnościowe wątroby również ma znaczenie rozpoznawcze. Najlepsze wyniki uzyskuje się obciążeniem galaktozą. Żółtaczkę mechaniczną cechuje dodatni wynik próby, natomiast w żółtaczce miąższowej próba z galaktozą wypada wybitnie ujemnie. Jeśli jednak sprawa trwa dłużej, żółtaczką mechaniczną przeobraża się na miąższową, co wpływa na wynik próby z galaktozą. Dlatego też próbę tę należy wykonywać od początku żółtaczki i często powtarzać; w przebiegu żółtaczki miąższowej wynik stopniowo staje się dodatni, natomiast w żółtaczce mechanicznej próba z galaktozą na początku dodatnia, czasem staje się ujemna. Również zaburzenia gospodarki wodnej różnie przebiegają w obu typach żółtaczki; autorzy przerabiali próbę diurezy sprowokowanej, metodą V a q u e z a i C o t t e t a, polegającą na oznaczaniu ilości moczu co 2 godziny; zrana naczczo chory zostaje obciążony 600 cm³ wody (3 razy po 200 cm³ w odstępach 15 minutowych); przez czas próby chory przebywa na standardowej diecie. Osoby zdrowe oddają w ciągu dnia znacznie więcej moczu, niż w nocy; po wypiciu 600 cm³ wody ilość moczu wzrasta nagle w ciągu najbliższych 2 godzin, c. g. mo-

czu przytem obniża się. W przebiegu żółtaczki miąższowej autorzy stwierdzili wybitne zaburzenia rytmu diurezy; we wszystkich 10 przypadkach, badanych przez autorów, okazało się, że chorzy oddają naogół mało moczu, że w dzień i w nocy oddają prawie tę samą ilość oraz, że wypicie 600 cm³ wody zrana naczczo nie wpływa na krzywą diurezy; niekiedy obciążenie wodą wywołuje spadek ilości oddawanego moczu lub nawet przejściowy bezmocz. W żółtaczce mechanicznej w ciągu pierwszego tygodnia komórka wątrobowa nie ulega uszkodzeniu i próba sprowokowanej diurezy wypada normalnie. Wreszcie autorzy zwracają uwagę na t. zw. żółtaczkę rozszczepioną (ictère dissocié), występującą w żółtaczkach miąższowych. W przebiegu żółtaczki mechanicznej stwierdza się bardzo duży i szybki wzrost stężenia bilirubiny i soli żółciowych we krwi; koncentracja jednak soli żółciowych jest zawsze prawie 10-krotnie niższa, niż barwników żółciowych. W żółtaczce miąższowej w ciągu pierwszych 2 — 3 tygodni również stwierdza się stałe narastanie bilirubiny i soli żółciowych we krwi; natomiast w 4 mniej więcej tygodniu trwania żółtaczki stwierdza się nagły spadek zawartości soli żółciowych we krwi przy niezmienionej bilirubinemji; objaw ten oznacza poprawę i dowodzi, że czynność cholelityczna wątroby wraca wcześniej do normy od gospodarki barwnikowej. W żółtaczkach infekcyjnych wyżej opisaną dysocjację stwierdza się często w pierwszych dniach choroby, co od razu pozwala wykluczyć żółtaczkę mechaniczną. Jakób Penson.

L. MANGINELLI. **Leczenie wrzodu żołądka i dwunastnicy histydyną.** (Arch. Appar. Malad. Digest. T. 25, Nr. 5, 1935 r.).

Badania doświadczalne, na zasadzie których wprowadzono do leczenia choroby wrzodowej histydynę, polegały na utworzeniu u psów przetoki dwunastniczej; po pewnym czasie stwierdzono u tego rodzaju psów charłactwo, niedokrewność i owrzodzenia żołądka i dwunastnicy, bardzo podobne do wrzodów, obserwowanych u ludzi. A r o n i W e i s s pierwsi zastosowali w leczeniu choroby wrzodowej histydynę, wychodząc z założenia, że przetoka dwunastnicza powoduje brak zużytkowania żółci, soku trzustkowego i dwunastniczego, co pociąga za sobą znaczne upośledzenie trawienia białek i pozbawia ustrój aminokwasów, niezbędnych do odnowy śluzówki przewodu pokarmowego. Materiał autora obejmuje 51 przypadków choroby wrzodowej, i innych schorzeń przewodu pokarmowego leczonych wstrzykiwaniami 4% roztworu chlorowodoru histydyny. Leczenie to powoduje b. szybkie cofanie się bólów i objawów dodatkowych, jak wymioty i bóle uciskowe. Bardzo dobre wyniki autor uzyskał przy stosowaniu histydyny w cierpieniach neurotycznych przewodu pokarmowego oraz w przebiegu zapalenia woreczka żółciowego. Wstrzykiwać należy w ciągu 20 — 30 dni 2 cm³ 4% roztworu dziennie przed jedzeniem; po pewnym czasie kurację należy powtórzyć. Jakób Penson.

Choroby kości i stawów.

J. LOUBEYRE, A. BLANDEAU. **Przypadek odwapnienia kręgosłupa na tle wadliwego odżywiania się.** (Bullett. de Hop de Paris. Nr. 27—1935 r.).

Autorzy opisują przypadek 63-letniej kobiety, która zachorowała nagle wśród objawów silnych bólów kręgosłupa; po krótkotrwałym polepszeniu bóle wystąpiły ponownie i trwały nawet w spokoju. Na zdjęciu stwierdzono odwapnienie ostatnich kręgów piersiowych, lędźwiowych, krzyża i kości biodrowych, bez objawów przewlekłego gościa kręgów. Chora cierpiała na nadcisnienie i od 2 lat nie jadła wcale mięsa, jaj, ryb, mleka ani masła. Leczono chorobę przetworami wapnia i ergosteryną naświetlaną oraz djetą, zawierającą dostateczne ilości białka. Po paru miesiącach stwierdzono znaczną poprawę subiektywną oraz ponowne uwapnienie kręgosłupa, stwier-

dzione na zdjęciu. Pomimo obfitej diety ciśnienie krwi nie wzrosło. Autorzy zwracają uwagę na fakty, że dolegliwości kręgosłupowe wystąpiły nagle, przytem bóle były tak silne, że musiano chorej wstrzyknąć morfinę.

Jakób P e n s o n.

R. WANKE. **Leczenie chirurgiczne choroby Recklinghausen (Osteodystrophia fibrosa generalisata).** (Med. Klinik Nr. 16—1935).

Choroba R e c k l i n g h a u s e n a powstaje na tle przerostu gruczolakowatego jednej lub więcej przytarczyc. Istotna zmiana kości polega na t. zw. *osteoporosis*; wtórnie występują ogniskowe zmiany osteodystroficzne w postaci torbieli i guzów. Sprawa przebiega przewlekłe; b. rzadko kończy się samoistnem wyleczeniem; przeważnie po dłuższym czasie prowadzi do charłactwa i zejścia śmiertelnego. Niekiedy obserwuje się zwolnienia. Anatomopatologicznie przytarczyca wykazuje przerost gruczolakowy wodojasnych komórek głównych. Nad obrazem klinicznym dominuje ciężkie zaburzenie gospodarki wapniowej; sama hiperkalcemia nie stanowi o rozpoznaniu, może bowiem występować w szeregu innych schorzeń (*myeloma*, *carcinosis*, *sarcomatosis* kości i t. p.); pozatem i w przebiegu choroby R e c k l i n g h a u s e n a stwierdza się niekiedy normalną zawartość wapnia we krwi. Ważną rolę rozpoznawczą odgrywa nadmiar soli wapniowych w moczu. W 10% udaje się wymacać powiększoną przytarczycę. Leczenie operacyjne jest jedynie skuteczne. W piśmiennictwie ogłoszono dotąd 100 przypadków, wyleczonych drogą usunięcia gruczolaka przytarczycy. Autor obserwował w ciągu ostatnich 10 lat 4 przypadki choroby R e c k l i n g h a u s e n a, gdzie osiągnięto zupełne wyleczenie przez usunięcie operacyjne gruczolaka przytarczycy; poprawa jest przytem trwała; szkielet znów staje się mocny, objawy, stwierdzane na zdjęciu, cofają się szybko i gospodarka wapniowa wraca do normy. Autor podkreśla, że w czasie operacji należy b. uważnie szukać powiększonej przytarczycy, gdyż niekiedy znajduje się ją daleko od gruczolu tarczowego np. obok nerwu przeponowego lub obok grasicy. Pierwszy przypadek gruczolaka przytarczycy był operowany przez M a n d l a w 1925 r.; po 6 latach wystąpiło ponowne pogorszenie. Chory został ponownie operowany — nie znaleziono jednak gruczolaka przytarczycy i usunięto część tarczycy wraz z dwoma normalnemi przytarczycami; jednak obraz chorobowy nie uległ poprawie. Autor sądzi, że w danym przypadku rozwinął się gruczolak przytarczycy w miejscu, niedostępnem dla chirurga.

Jakób P e n s o n.

Choroby skóry, weneryczne i płciowe.

H. BRANDT. **Rozsiane kępki żółte w przypadku zaburzenia przemiany lipidowej.** (Dermat. Woch. Nr. 1/1935).

Spostrzeżenie dotyczy 7-letniego dziecka z niezwykle rozprzestrzenioną ksantomatozą w postaci grudkowo-guzkowatej, wybitniej rczwiniętej w miejscach, narażonych na uraz (ucisł, tarcie). Zwiększona zawartość cholesteryny (250 mg.%) we krwi już podczas pierwszego badania, jak również próba obciążenia wskazywały na zaburzenie przemiany lipidowej; badanie histologiczne wykazało utkanie typowe dla żółtych kępek. Leczenie, przeprowadzone w ciągu 1/2 roku, a polegające na naświetlaniu (lampą J e s i o n k a) miejsc schorzałych oraz na diecie beztluszczowej, dało na początku już dobre wyniki. W ciągu następnych 3 1/2 lat cierpienie wybitnie się poprawiło pomimo zaprzestania leczenia i nieprzestrzegania diety; ostatnie badanie wykazało prawie całkowite ustąpienie wykwitów przy nadal istniejącem ciężkiem zaburzeniu przemiany lipidowej, a więc zaszło tu wyleczenie samoistne, co też u dzieci często spostrzegamy; co prawda, trudno osądzić, w jakim stop-

niu leczenia było bodźcem do procesu wessania wykwitów. Spostrzeżenie autora nie jest w zgodzie z poglądem B ü r g e r a i G r ü t z a, którzy twierdzą, że zewnętrznie objawy ksantomatozy ustępują pod wpływem leczenia dietetycznego, natomiast występują ponownie i wybitnie po zaprzestaniu leczenia.

J. M e r e n l e n d e r.

A. SÉZARY et J. TERRASSE. **Odczyn Wassermanna w płynie mózgowo-rdzeniowym chorych na nowotwory układu nerwowego.** (Ann. de Dermat. et de Syphil. Janvier 1935, Nr. 1).

Odczyn W a s s e r m a n n a, jak, zresztą, wszystkie inne metody biologiczne, może być przyczyną błędnego rozpoznania choroby, jeżeli nie jest potwierdzony klinicznie. W wielu przypadkach reakcja dodatnia nietylko że nie przemawia za przymiotem, lecz nieraz występuje u osobników nie dotkniętych tem cierpieniem. Z tego względu ciekawe jest badanie odczynu W a s s e r m a n n a w płynie mózgowo-rdzeniowym chorych na nowotwory układu nerwowego. Od roku 1910 szereg lekarzy stwierdził, że u chorych tych odczyn W a s s e r m a n n a jest dodatni w płynie, podczas gdy we krwi prawie zawsze jest ujemny. Często wynik dodatni wprowadzał w błąd lekarza, który stosował kurację przeciwpriymiotową, i dopiero po wystąpieniu typowych objawów nowotworowych podczas operacji lub też w czasie sekcji ujawniła się istota schorzenia. Z całego szeregu obserwacji autorzy wyciągają następujące wnioski: 1) pomimo najskrupulatniejszego przeprowadzenia badania w 25 na 32 przypadki nie było żadnych objawów przymiotu; 2) typową cechą odczynu była jego zmienność co do wyniku w krótkich odstępach czasu, a nawet zaobserwowano w jednym przypadku nowotworu kości ogonowej reakcję dodatnią poniżej, a ujemną powyżej nowotworu, chociaż łączność kanału była zachowana; 3) umieszczenie nowotworu nie wpływało na wynik badania płynu; 4) w płynie występowało często współistnienie zespołu objawów F r o u i n a (żółte zaabrwienie, znaczna zawartość i szybkie ścinanie się białka). Nie jest rzeczą łatwą ustalić z całą pewnością charakter nowotworowy, a nie przymiotowy cierpienia, ponieważ stwierdzenie typowej zmienności odczynu jest utrudnione przez przeciwwskazanie częstego nakłucia łędźwiowego, tembardziej, że i stosunek białka do liczby leukocytów występuje w podobny sposób w sprawach nowotworowych i specyficznych. Ze względu na trudności rozpoznawcze autorzy zalecają badającym nieopieranie się jednostronnie na wyniku badań biologicznych bez dokładnego badania klinicznego.

Helena G a b a y.

J. BORMANN. **Dośkonale wyniki naświetlania różą prom. R.** (Dermat. Woch. 9/11-31 r.

Autor podaje cały szereg przypadków róży w Środkowej Azji o przebiegu nader ciężkim, które udało mu się wyleczyć w b. krótkim czasie naświetlaniami prom. R. Gdy inne metody leczenia, jak np. maść ichtjolowa, kseroformowa i t. d., zawodziły, udało mu się uzyskać szybki efekt po zastosowaniu prom. R. Dzielił on powierzchnię skóry, zajętej różą, na poszczególne pola i naświetlał je pełną dawką epilacyjną, t. j. na każde poszczególne pole dawał z odległości 25 ctm. pod 1 Al, przy 100 kv. i 3 milamp. — 4 H. Po 24 godz. temperatura spadała niemal do normy, jednak całkowitemu wyleczeniu towarzyszyła nader dotkliwa bolesność skóry, która trwała około 2 4godz. Wobec powyższego autor zmienił technikę i początkowo dawał 2/3 dawki epilacyjnej, a po jednodniowej przerwie dawał pozostałe 1/3 dawki. Po pierwszym naświetlaniu temperatura spadała b. znacznie, bóle mało dotkliwe, po drugim naświetlaniu gorączka całkowicie ustępowała, żadnej bolesności chorej nie odczuwał, objawy róży ustępowały.

L e w i n s o n.

Streszczenia pojedyncze.

Fizjologia normalna i patologiczna.

Soma WEISS i Laurence B. ELLIS. **Zużycie tlenu i wytwarzanie kwasu mlekowego w kończynach podczas spoczynku i ćwiczenia u osobników z prawidłowym i chorym układem krążenia.** (Arch. Intern. Med. 1935, t. 55, z. 4).

Wyjaśnienie roli krążenia obwodowego w ogóle, w stanach niewyrównania w szczególności ma duże praktyczne i teoretyczne znaczenie, zwłaszcza wobec zupełnie sprzecznych w tej dziedzinie poglądów. Weiss i Ellis problem ten badają na drodze biochemicznej, starając się wyświecić, ile tlenu z krwi tętniczej pochłaniają tkanki kończyn, stanowiące 30 — 40% tkanek całego ustroju, ile wytwarzają kwasu mlekowego — w stanie spoczynku, podczas pracy (wchodzenie 2 pięter w górę) i jakie pod tym względem istnieją różnice między osobami zdrowymi i chorymi na serce. Tych ostatnich podzielili na 3 grupy: z zupełnie wyrównanym krążeniem, z niedomogą „suchą“ (bez powiększonej wątroby i obrzęków), z niedomogą przekrwienną. Krew pobierano z żyły łokciowej i udowej oraz z tętnicy udowej, pod parafiną. Zawartość tlenu i dwutlenku węgla badano metodą Van Slyke'a i Neilana, kwas mlekowy metodą Friedemanna, Cotto i Shaffera. Prócz tego badano ciśnienie żyłne, pojemność życiową płuc. U chorych z tak wielką niedomogą, że nie można było u nich przeprowadzić próby wchodzenia po schodach, pobierano krew podczas spoczynku i po 2-minutowym staniu. Zbadano 17 osób normalnych, 17 chorych z wyrównanym krążeniem, 16 z niedomogą suchą i 17 z wyraźną niedomogą przekrwienną. U osobników prawidłowych zużycie tlenu w nodze i w ręce było mniej więcej takie same; podczas stania — znaczne zwiększenie zużycia, zwłaszcza w nogach. Natychmiast po ćwiczeniu zużycie tlenu wzrasta się przeszło dwukrotnie, w ciągu 10 min. jednak wraca do normy. Wybitne zwiększenie kwasu mlekowego w żyłę udową po ćwiczeniu jest zrozumiałe; w ręce początkowo zwiększa się kwas mlekowy nieznacznie, dopiero po 10 min. następuje wyrównanie między krwią żylną rąk i nóg (jako skutek wymieszania się krwi). Jako wynik badań uważają Weiss i Ellis, że niema danych do uważania zaburzenia krążenia obwodowego jako pierwotnej przyczyny w występowaniu niedomogi serca. Jednakże nie odgrywa to krążenie obwodowe roli zupełnie biernej. U ludzi normalnych czynność krążenia może ulec znacznemu wzmoczeniu i pewna część pracy może zostać sercu oszczędzona przez odruchy naczyniowe, które mają tendencję do wypychania krwi tam, gdzie jest ona najbardziej potrzebna i pod zwiększonym ciśnieniem, zwłaszcza zaś przez zwiększone zużycie tlenu. Te same czynniki, ale w stopniu jeszcze większym, wpływają na krążenie u ludzi chorych na serce, z niedomogą jego lub bez. Za pomocą krążenia obwodowego może niewydolna czynność serca zostać wyrównana. Niedomoga krążenia obwodowego, przejawiająca się w niedostatecznym dostarczaniu tlenu do tkanek jest zwykle późnym objawem tego, co się nazywa zwykle przekrwienną niedomogą serca. Często w ogóle do tego nie dochodzi, ponieważ na długo przedtem, zanim nogłoby się to stać ważnym czynnikiem w obrazie klinicznym, duże zaburzenia w krążeniu małym, powstające jako skutek niedomogi serca, prowadzą do zupełnej inwalidności chorych i do ich śmierci.

H. M a k o w e r.

Sidney A. GLADSTONE. **Rzut serca i związane z nim funkcje w okolicznościach podstawowych i po posiłkach. Studium kliniczne.** (Arch. Intern. Med. 1935, t. 55, z. 4).

Wykonano 44 badania u 12 osobników — 5 ze zdrowym układem krążenia, 7 z chorym. Po posiłkach ciśnienie skurczowe krwi wzrasta, różkurczowe maleje (ale w mniej-

szym stopniu). Rzut serca u osób zdrowych wzrasta po posiłkach o 11 — 47%, u osób chorych o 2 — 47%, średnio o 25% wzgl. 17%. U ludzi chorych był szereg nietypowych wyników. Niema ścisłej korelacji między zmianami ciśnienia krwi i zmianami rzutu skurczowego serca.

H. M a k o w e r.

Djagnostyka.

M. M. WINTROBE i J. Walter LANDSBERG. **Standardyzowana technika dla próby opadania krwinek.** (Amer. Journ. Med. Sciences 1935, t. 189, z. 1).

Autorzy posługują się do badania szybkości opadania krwinek nie zwykłymi rurkami, a hematokrytem; po odczytaniu opadania (po godzinie) hematokryt wiruje się, a z odczytanej objętości krwinek czerwonych można na specjalnej tablicy skorygować błąd, zależny od anemii lub policitemii. Metoda ta przedstawia się w sposób następujący: 5 cm³ krwi, wydobytych suchą igłą i strzykawką z żyły, miesza się w małej buteleczce z 4 mg. szczawianu potasu i 6 mg. szczawianu amonu (w mieszaninie tej, podanej przez Hellera i Paula krwinki nie kurczą się, opadają z taką samą szybkością, jak w osoczu heparynowanym); hematokryt napienia się do znacznika 10 cm. krwią, po godzinie odczytuje się poziom krwinek; winno się to odbywać w temp. 22 — 27°C, hematokryt musi stać zupełnie pionowo, już 3° odchylenia mogą spowodować opadanie znacznie szybsze; po odczytaniu hematokryt zostaje odwirowany, określa się % krwinek i uzyskaną szybkość opadania koryguje się na załączonym do pracy wykresie. U zdrowych mężczyzn przeciętna szybkość opadania po 1 godz. wynosi 3,7 mm. u zdrowych kobiet 9,6 mm. U 86% mężczyzn opadanie wahało się między 0 a 6,6 mm., u kobiet zaś między 0 a 15 mm.

H. M a k o w e r.

J. WILDER. **Środek pomocniczy przy wymacywaniu słabo wyczuwalnego tętna.** (Wien. klin. Woch. 52. 1934).

Króciutka uwaga autora zasługuje jako wielce praktyczna na wzmiankę. Lekarz, badający w niejasnych przypadkach tętno stopy, waha się tu i owdzie, nie mając pewności, czy tętno jest, i czy wyczuwa własne, czy też pacjenta tętno. Wystarczy rozcierać stopę lekko oliwą, gliceryną, masłem, aby wyczuwalność tętna wielokrotnie się wzmogła. (Taż sama metoda ułatwia wymacywanie narządów brzusznych. Dodałbym, że i w ciepłej kąpieli udawało mi się to nieraz ze skutkiem. Ref.).

H. H i g i e r.

Lecznictwo.

E. LEVIN. **Wpływ Coraminy na ilość krążącej krwi.** (La Semana Médica, Rocznic 42, Nr. 36 str. 742, 5 września 1935 r.).

Przy użyciu błękitu trypanowego określano ilość krążącej krwi u 12 osób przed i po dożylnym wstrzyknięciu 1 — 2 cm.³ Coraminy. Z pośród badanych osób 4 miały wyrównaną wadę serca. Z doświadczeń wynikało, że Coramina zwykle zwiększa ilość krążącej krwi, z wyjątkiem przypadków niedomogi sercowej. Działanie Coraminy jest zapewne obwodowe, podczas gdy w asystolji krążąca masa zmniejsza się dzięki tonizującemu działaniu na mięsień sercowy. Stosowanie Coraminy w niedomodze sercowej ze wzmoczeniem krążącej masy krwi nie jest przeciwwskazane, ale nawet pożyteczne.

W. K u r o w s k i.

JANUSCHKE H. **Adonis vernalis w terapii zaburzeń układu cyrkulacyjnego nerwowego.** (Deut. medizin. Wochl. 1934. 928—930).

Próby z adonigenem, pochodnym *adonis vernalis*, dawniej głównie propagowanej przez lekarzy rosyjskich, zwłaszcza

B e c h t e r e w a. Dłuższe systematyczne badania nad dziećmi stwierdziły, że pomyślnie — acz słabiej od niezawsze znoszonej naparstnicy — działa w dekompensacji serca, kaszlu sercowym, częstoskurczu napadowym, padaczce i nerwicach adonigen.

H. H i g i e r.

RICHTZENHAIN W. Doświadczenia z adovernem w praktyce nerwowej. (Mediz. Welt. 1934. 950).

Adovern, wyciąg z *Adonis vernalis*, zawierający oba czynne glikozydy preparatu, chwali autor w nerwicach lękowych, dziecięcej padaczce i płasawicy, w tyreotoksykozach. nerwicach sercowych i lękowych (polskie firmy produkują ostatnio z tejże rośliny różne wyciągi i intrakty czynne. Ref).

H. H i g i e r.

F. CADHAM. Nowa metoda leczenia posocznicy. (Amer. Journ. Med. Sciences, 1934, t. 188, z. 4).

Fred C a d h a m z Winnipeg (Kanada) podaje metodę leczenia posocznicy, wypróbowaną przez niego w 100 przypadkach; śmiertelność wynosiła 15%, a po odliczeniu 5 śmiertelnych przypadków powolnego zapalenia wsierdzia — 10.5%. Metoda ta polega na jednoczesnym stosowaniu surowicy uodpornianych królików i surowicy zdrowych dawców krwi. Króliki w wieku 6 m. do 2 lat są uodporniane różnymi szczepami paciorkowców i gronkowców; wstrzykuje się je podskórnio i dożylnie, 2 razy na tydzień. Kiedy królik osiąga 2 lata, staje się dojrzały do dawania surowicy leczniczej. W razie stwierdzenia zakażenia krwi przyrządza się możliwie najprędzej autoszczepionkę, którą następnie wstrzykuje się codziennie królikom. Już po 24 godz. można pobrać z serca 6 — 10 cm³ krwi, której się pozwala skrzepnąć; surowicę po sprawdzeniu jałowości wstrzykuje się podskórnio lub domięśniowo choremu. Wstrzykiwania takie stosuje się codziennie. Od zdrowych dawców tej samej grupy co chory pobiera się 60 — 100 cm³ krwi, której daje się skrzepnąć w ciepocie pokojowej, poczem wstawia się do lodowni na 12 — 18 godzin, a następnie oddziela się surowicę i wstrzykuje choremu dożylnie. Stosuje się to codziennie lub co drugi dzień. C a d h a m stosuje surowicę ludzką celem dostarczenia ustrojowi, posiadającemu bardzo małą ilość dopełniacza, dostatecznej jego ilości; dlatego też nie stosuje całkowitej krwi, gdyż, jak wykazał poprzednio, elementy morfotyczne obniżają zawartość dopełniacza. W surowicy uodpornionych królików zawarte są duże ilości swobodnych przeciwciał dla większości szczepów gronkowca i paciorkowca, spotykanych w przypadkach zakażenia krwi u ludzi. Zwykle już bardzo szybko po zastosowaniu leczenia powstaje wybitna poprawa w stanie chorych. Ciężota opada, krew staje się jałowa, zmiany miejscowe wykazują tendencję do gojenia się. W przypadkach śmiertelnych było powolne zapalenie wsierdzia lub powikłania — przez podwójne zakażenie, zatory, zapalenie opon mózgowych, zapalenie płuc, ropień płuc. Nawet w przypadkach powolnego zapalenia wsierdzia była przejściowa poprawa. Uzyskane wyniki odbijają się bardzo korzystnie od stosunków, jakie miał autor przed wprowadzeniem tej metody. Śmiertelność wynosiła wtedy 85%.

H. M a k o w e r.

Choroby jamy ustnej, nosa, gardła i uszu.

A. PUTSCHKOWSKY. Czy ziarnica stoi w związku z cierpieniem n i g d a ł k ó w ? (Zeit. f. Hals. Nas. u. Ohr., t. 37, z. 4).

A. cytuje 2 przypadki ziarnicy, które dokładnie obserwował przez czas dłuższy. W obydwu przypadkach chorzy przed wystąpieniem objawów ziarnicy często zapadali na anginy, powikłane parokrotnie ropniami okolomigdałkowymi. Ziarnica rozpoczynała się od powiększenia migdałków podniebiennych, a następnie gruczolów chłonnych szyjnych powierzchownych i głębokich. W obydwu przypadkach badanie histopatologiczne migdałków wykazywało zmiany charakterystyczne dla ziarnicy. Udzielenie odpowiedzi w sensie pozytywnym na pytanie, podane w tytule, jest jednakże trudne.

J. T e n c e r.

H. KRAMM. Zapalenie komórek podbłędnikowych, (Ropienie w wodociągu ślimaka). (Zeit. f. Hals. Nas. u. Ohr., t. 37, z. 4).

Komórki powietrzne podbłędnikowe stanowią niekiedy punkt wyjścia dla powikłań wewnątrzczaszkowych. Zazwyczaj rozwój tych komórek znajduje się w odwrotnym stosunku do wielkości opuszki żyły jarzmowej. Im wyżej sięga opuszka, tem mniej rozwinięte są komórki podbłędnikowe i odwrotnie. A. podaje 2 przypadki zapalenia komórek podbłędnikowych. W obydwu przypadkach sprawa ropna przeszła na wodociąg ślimaka. W jednym z tych przypadków powstało zapalenie opon mózgowych, w drugim zejście było pomyślnie. Powikłania powstają w tych przypadkach wskutek cierpienia głębokich komórek podbłędnikowych, położonych bardziej dośrodkowo i do tyłu. Podczas operacji po obnażeniu tylnego przewodu półkulistego napotyka się twardą płytkę kostną, ustawioną w płaszczyźnie strzałkowej, która rozprzestrzenia się dośrodkowo od tylnego przewodu półkulistego pomiędzy dolną powierzchnią błędnika, blaszką szklaną tylnej jamy czaszkowej i sklepieniem kostnym opuszki żyły jarzmowej. Przez tę płytkę oddziela się układ komórek powietrznych wyrostka sutkowego od komórek podbłędnikowych. Po usunięciu tej płytki można oczyścić komórki pod wewnętrznym przewodem słuchowym oraz wewnętrzną powierzchnią wierzchołka piramidy. Należy zwracać uwagę podczas operacji na przednią granicę komórek podbłędnikowych ze względu na bliskość t. szynnej wewnętrznej. Należy również być ostrożnym w okolicy przewodu słuchowego wewnętrznego ze względu na możliwość utworzenia wodociągu ślimaka, co w następstwie prowadzi do zapalenia opon mózgowych.

J. T e n c e r.

L. B. SEIFERTH. O działaniu chininy na słuch i narząd przedsionkowy; zarazem przyczynek do sprawy doświadczonego oczopląsu z ułożenia. (Zeit. f. Hals. Nas. u. Ohr., t. 37, z. 5).

Badanie histologiczne kości skalistych psów, którym zastrzykiwano podskórnio dawki trujące chininy, nie wykazywało żadnych zmian patologicznych ani w okresie zatrucia ostrego, ani też przewlekłego. U królika udaje się wykazać w okresie ostrego zatrucia chininą oczopląs wskutek zmiany ułożenia. Kierunek oczopląsu bywa przytem różny, najczęściej jednak pionowy. We wszystkich doświadczeniach stwierdzało się u królików w okresie zatrucia chininą prawidłowe odzyny cieplne i poobrotowe. Oczopląs z ułożenia, obserwowany u królika naskutek zatrucia chininą, zależy od zmian w układzie nerwowym ośrodkowym, gdyż w błędniku odchylen od normy nie stwierdzono. Oczopląs ten powstaje prawdopodobnie wskutek uszkodzenia przez chininę śródbłonka naczyń krwionośnych w mózgu, co wprowadza zaburzenia w krążeniu w ośrodkach u. przedsionkowego. Zatrucie chininą u człowieka objawia się zarówno w działaniu na część obwodową narządu słuchu i równowagi, jak też na układ nerwowy ośrodkowy. Należy zatem odróżniać: 1) zaburzenia słuchu, powstałe wskutek działania na układ nerwowy ośrodkowy, 2) uszkodzenia narządu obwodowego słuchu, 3) cierpienia narządów n. ślimakowego i przedsionkowego, zależne od idiosynkrazji na chininę.

J. T e n c e r.

T. GORDYSCHESKI. W sprawie zaburzeń mowy w ropniach mózdzku pochodzenia usznego. (Zeit. f. Hals. Nas. u. Ohr., t. 37, z. 4).

A. podaje przypadek lewostronnego ropnia mózdzku pochodzenia usznego, w którym obok innych objawów stwierdzało się mowę skandowaną. Po operacji otwarcia ropnia mowa wróciła do normy. Dawniej tłumaczono zaburzenia mo-

wy w ropniach mózdzku zmianami w rdzeniu przedłużonym, a zatem w jądrach nn. językowo-gardłowego, błędnego i podjęzykowego. Obecnie neurologi łączą te zaburzenia z cierpieniem mózdzku. Podobnie jak w adiadochokinezie, ma tu chodzić o brak synergii w mięśniach, biorących udział podczas mowy. Niektórzy autorowie uważają, że zaburzenia te powstają w cierpieniu obydwu półkul mózdzku, inni twierdzą, że o podobnych zmianach mowy stanowi cierpienie prawej półkuli mózdzku. Ognisko chorobowe ma się znajdować w podobnych przypadkach w zrazach półksiężycowatych, ale lokalizacja ta nie jest jeszcze zupełnie pewna. W przebiegu ropni mózdzku większego rozmiaru dochodzi do uszkodzenia rdzenia przedłużonego, w tych razach trudno jest ustalić, czy przyczyną objawów jest mózdzek, czy też rdzeń przedłużony.

J. T e n c e r.

Choroby kobiet i położnictwo.

E. SCHULZE. **Leczenie zatrzymania moczu podczas położu i po operacjach ginekologicznych (Doryl).** (M. Med. Woch. 1935, Nr. 34).

Autor systematycznie wypróbowywał doryl M e r c k a (chlorek karbaminocholiny) w zatrzymaniu moczu, występującym często u położnic i po operacjach ginekologicznych. Jeżeli podawanie gorącej herbaty, stosowanie ciepła i wpływ sugestywny okazują się bezskuteczne, wstrzykuje się podskórnie 1 ampulkę dorylu zaw. 0,0025 g. w pierwszym dniu po operacji (u położnic już w 8 — 10 godzin po porodzie). Działanie występuje przeważnie po 20 — 30 minutach. W razie potrzeby można po godzinie bez obawy ponownie wstrzyknąć. Czasami wystarcza doustne podanie dorylu, mianowicie jednej tabletki zaw. 0,002 g. w 1 — 2-godzinym odstępie czasu. Autor wypróbowywał doryl dotychczas w 279 przypadkach. Najmniejszego powodzenia można spodziewać się po operacjach, w których w znacznym stopniu odkrywano i naruszano pęcherz (szycie przedniej części pochwy), oraz u położnic po długotrwałym porodzie (wąska miednica). Poza tym uzyskiwano korzystne wyniki. Autor podkreśla w końcowej części pracy, że zapomocą wstrzykiwań podskórnych dorylu udaje się znacznie częściej, niż dotychczas stosowanymi środkami zwalczyć zatrzymanie moczu podczas położu oraz po operacjach ginekologicznych i uniknąć tym sposobem wprowadzania cewnika.

B a d e r.

M. MATYAS. **Leczenie rzesistkowego zapalenia pochwy (trichomonascolpitis) podczas ciąży tabletkami pochwowymi Cholevalu.** (Zentr. für Gyn. 1935, Nr. 16).

Autor opisuje 2 przypadki rzesistkowego zapalenia pochwy podczas ciąży. W przypadkach tych dało wynik dodatni leczenie tabletkami pochwowymi cholevalu M e r c k a po uprzednim starannym oczyszczeniu pochwy. Wydzielina natychmiast całkowicie ustąpiła, i ciążę można było bez trudu doprowadzić do końca. Gdyby tabletki pochwowymi cholevalu okazały się również korzystne w dalszych przypadkach schorzeń pochwy pochodzenia rzesistkowego, w końcowym okresie ciąży, posiadałoby ich stosowanie przed porodem znaczenie zapobiegawcze.

B a d e r.

Choroby skóry, weneryczne i płciowe.

O leczeniu przebarwień skóry. (Ankieta Dermat. Woch. T. 100 Nr. 3/1935 r.).

F u c h s stosuje w ostudach i piegach złuszczone leczenie maścią naftolową; maści wybielające (np. J a r i s c h a Hg. Bi, Ba) muszą być stosowane miesiścami. Najlepsze wyniki daje połączenie obu tych metod. Autor ostrzega przed leczeniem *ac. carb. liquefacto*. Plamy soczewicowate usuwa elektrokoagulacją. Dla zapobiegania piegom poleca maści chroniące (Deljal i in.). H o f f m a n n uważa, że ostudy wymagają le-

czenia ogólnego oraz miejscowego, najlepiej obu razem. Latem przy opalonej skórze, gdy ostudy są mniej widoczne, miejscowego leczenia można zaniechać, zimą stosuje wybielające maści i nacierania. Gdy to nie daje pożądanego wyniku, zaleca stosowanie śniegu *plus* aceton, które dają bardzo delikatną bliznę. Plamy soczewicowate najlepiej usuwać *jednobiegunowym* prądem, wkraczanie przy znamionach barwnikowych może wywołać melanomę. Terapii fizycznej przeciwko piegom autor unika. M a r g u a r d t w leczeniu przebarwień uwzględnia 3 okoliczności: przyczyny wewnętrzne, odczyn skóry na światło i wpływ słońca na przebarwione miejsca. Przyczyny wewnętrzne należy usunąć, a jeżeli to nie wystarcza — leczyć miejscowo. Jeżeli skóra nie nabiera brązowego koloru w słońcu, chroni się ją maściami, w przeciwnym razie dąży się do ściemnienia skóry przez poddawanie jej działaniu promieni słonecznych. Pojedyncze b. ciemne ogniska usuwa się elektrokoagulacją. M i l b a r d t uważa, że piegi i plamy soczewicowate są pochodzenia zarodkowego, ostudy zaś wywołują zaburzenia wewnątrzwydzielnicze. Małe plamy soczewicowate przycięga autor arsenem *plus* kw. trójchlorooctowy, albo usuwa elektrolizą, większe śnieguje. Zapobiegawczo zaleca unikanie słońca i ochronne maści lub mydła. W ostudach obok miejscowego leczenia stosuje preparaty jajnikowe. W u c h e r p f e n i g nie widzi dobrych wyników leczenia piegów maściami i nacieraniami, zaleca usuwanie ich prądem o wysokim napięciu lub kolistą elektrodą przy słabym prądzie. W ostudach unika organo-preparatów. Miejscowe leczenie może dać dobre wyniki. *Pigmentatio racemosa* jest to poprzedzający *cutis marmorata* okres; wszelkie środki lecznicze są przeciwwskazane, ponieważ każde podrażnienie może spowodować rozpad skóry.

Marja G r y n b e r g o w a.

S. LIBERMAN i G. SUTEJEW. **Dermatitis gangraenosa infantum.** (Arch. Dermat. u. Syphil. Nr. 71. 4.2 1935).

Dermatitis gangraenosa infantum rozwija się głównie u dzieci, bardzo wyniszczonych, w pierwszych latach życia po przebytych ostrych chorobach zakaźnych, lub jako objaw, towarzyszący przewlekłym chorobom zakaźnym oraz jako skutek złego odżywiania. Jest to choroba zakaźna, która z rekuły rozpoczyna się od krosty lub niesztowicy i przechodzi w owrzodzenie. W przebiegu choroby powstają czarne plamy i ograniczone ogniska martwicze skóry, które początkowo występują prawie bez objawów zapalnych, w następstwie zaś ulegają oddzieleniu, i wytwarzają się ogniska owrzodzenia. Choroba ta występuje dość często obok pseudo-furunkulozy lub *dermatitis exfoliativa* R i t t e r v o n R i t t e r s h e i n, względnie obok zapaleń skóry o etiologii gronkowcowej. Badania mikrobiologiczne wykazały, iż flora bakteryjna głównie składa się z gronkowców. *Dermatitis gangraenosa infantum* możemy uważać za specjalną martwiczo-wrzdziejającą postać pyodermy.

H a u s w i r t.

Toschimori OGATA. **O męskim hormonie płciowym Androstinie.** (Kansai Iji, Nr. 236, 1935 r.).

Autor, dyrektor kliniki w Tokio badał nasienie u 3 pacjentów przed i po zastosowaniu androstyny. Podczas gdy przed zastosowaniem androstyny liczba plemników była mała i ruchliwość nieznaczna, po androstinie ruchliwość wzrosła się, jak również i ich okres życia przedłużył się. U 57-letniego mężczyzny z przerostem gruczołu krokowego zastosowano 12 iniekcji androstyny, skutek, w przeciwieństwie do innych preparatów, był zadziwiający. W 9 przypadkach neurastenii płciowej, zaburzeniu zdolności płciowej, przedwczesnym wytrysku nasienia 3 — 11 iniekcji androstyny spowodowały wzmoczenie *libido*, ustąpienie zmęczenia i wzmoczenie energii. Stany podniecenia u kobiet histerycznych pod wpływem androstyny zmniejszały się. W jednym przypadku, gdzie środki nasenne były bezskuteczne, dobry skutek wystąpił już po 2 iniekcjach androstyny.

F. M i k u l s k a.

A. VALERIO. Leczenie uporczywego, przewlekłego zapalenia gruczołu krokowego (prostatitis) zapomocą glukonianu wapnia i wstrzykiwań fibrolizyny do sterczu. (Zentr. für Chir. 1935, Nr. 32).

64 chorych z uporczywym, przewlekłym zapaleniem gruczołu krokowego otrzymywało do kroczu 2 razy tygodniowo wstrzykiwania naprzemian 5 cm³ roztworu glukonianu wapnia (10 i 20%) i fibrolizyny *Mercka* (2,3 lub 4,6 cm³). Środki te działały nadzwyczaj korzystnie. Po 6 — 12 zmiennych wstrzykiwaniach 51 chorych wyleczyło się, a u 10 nastąpiła poprawa. Wszystkie przypadki kontrolowano zapomocą wzierania, badania przez odbytnicę i hodowli gonokoków.

B a d e r.

Choroby nerwowe i psychiczne.

BUSCHAN Georg. O prymitywnej trepanacji. (Psychiatrisch-neurologische Wochenschrift 1934. 308—310, 321—323).

B u s c h a n, znany medyko-histyk, antropolog i neurolog, przytacza ciekawy zbiór historyczno-etnologiczny trepanacji pierwotnej u pierwotnych ludów, z którego wynika, że terapeutyczne otwieranie czaszki stosowane było przed wielu tysiącami lat prawie na całej kuli ziemskiej w uszkodzeniach czaszki lub mózgu, urazach i rozpaczliwych bólach głowy bez zmian w jej koście. Autor suponuje, że wyniki musiały być niegorsze, niż obecnie, „u dzikich z świetnie gojącą się skórą” (Niejeden neurochirurg będzie uważał to twierdzenie „skórne” za herezję i osobistą urazę. Ref.).

H. H i g i e r.

KOEBKE H. Postępy neurochirurgji i ich znaczenie dla lekarza praktyka. (Fortschritte der Therapie. Z. 1—4, 1935).

Praca, pochodząca z głośnej kliniki neurochirurgicznej Sztokholmu, daje dobry rzut oka na stan obecny chirurgji czaszki i mózgu, przekonywając lekarza praktyka, że słuszny jest pogląd *C u s h i n g a* z Ameryki, najbardziej kompetentnego w tej sprawie, o ogromnej częstości guzów mózgu, ustępującej może jedynie częstości nowotworów macicy. O ile w lepszych klinikach i szpitalach, gdzie kwitną neurologja i chirurgja, prawie 1/3 guzów mózgu zostaje błędnie lub wcale nie rozpoznana, o tyle w szwedzkiej klinice *O l i v e r o n y* zdarza się to tylko w 3% przypadków, przyczem jako ustalone uważa się rozpoznanie, przy biopsji lub autopsji makro- lub mikroskopowo potwierdzone. Jak zwykle i wszędzie z postępem djaгностиyki mnożą się, jak grzyby po deszczu, guzy mózgu i ich usuwanie na drodze chirurgicznej. 50 łóżkowy oddział neurochirurgiczny bywa stale zapełniony, a operacje odbywają się codziennie, z każdym rokiem mnożąc się:

Rok	Liczba chorych	Liczba guzów mózgow.	Liczba zabiegów chirurg.
1926	67	39	31
1930	209	89	71
1933	436	211	171

Autor po krótkim wstępie historycznym omawia główne objawy guzów mózgu, sprowadzając zależność większości ich do zaburzeń w krążeniu wewnątrzczaszkowym krwi i płynu. Nieco więcej miejsca poświęca badaniu pola widzenia i radiografji nowoczesnej, zwłaszcza precyzyjnej wentrykulografji. Potwierdza się panujący od lat kilku pogląd, że blisko 3/4 guzów wieku dziecięcego i młodzieńczego są to glejaki i lokalizują się przeważnie w mózdzku. Dużo miejsca poświęca *K o e b k e* samemu zabiegowi chirurgicznemu: trepanacji czaszki, krwawieniu z części miękkich i z naczyń mózgu,

punkcji komór bocznych, stosowaniu narzędzi djatermicznych podczas operacji, narkozie miejscowej, enukleacji guza, transfuzji krwi, badaniom w okresie pooperacyjnym ciepłoty, tętna, ciśnienia krwi i oddychania. Ostatnia część omawia klasyfikację guzów, z których blisko 60 — 70% należy do łagodnych. Z 10 grup najczęstsze są glejaki: 40 — do 50% guzów mózgu, oponiaki: 15 do 20%, włókniako-nerwiaki: 9 do 10%, gruczolaki 5 do 10%. Porównawcza statystyka śmiertelności przy- i pooperacyjnej w obecnym stanie nauki jest rzeczą nielatwą, zwłaszcza w stosunku do guzów innych narządów. Bardzo poważne są postępy w chirurgji układu nerwowego za ostatnie dwudziestolecie, tak, iż autor ryzykuje zdanie, że w ostatnich czasach „jeden rok rozwoju w neurochirurgji odpowiada dziesięciu latom w ogólnej chirurgji”. Niezależnie od operacji guzów mózgu *K.* omawia rękoczoyny na mózgu: 1) w krwaniakach podtwardówkowych, 2) w zapaleniach opony zakaźnych (drainage lumbale et cisternale), 3) w ropniach mózgu, podtwardówkowych, pozatwardówkowych i wieloogniskowych; i 4) w wodogłowie oraz zwężeniu w okolicy wodociągu *S y l w i u s z a*, zbiornikach podstawy mózgu i czaszki, zrostach otworu *L u s c h k i*, *M a g e n d i* i *M o n r o i* według techniki *D a n d y e g o*. W ostatniej części dość szkiecowo znajduje omówienie chirurgja: 1) guzów wewnątrz- i zewnątrz-rdzeniowych, chordektomja, *radicotomia posterior* *F o e r s t e r a*, 2) *torticollis spastica* i 3) nerwów obwodowych ogólnych, a zwłaszcza opuszkowych (*paralysis et spasmus facialis, neuralgia trigemini, acustici, glossopharyngei*). Liczne rysunki wentrykulo- i encefalograficzne ozdabiają artykuł, oparty zarówno na własnym doświadczeniu, jak na znajomości piśmiennictwa nowoczesnego. (Interesujący się tym działem znajdą obszerniejsze omówienie tejże sprawy w artykułach: *Choróbbskiego* w Pol. Gaz. Lek. r. 1935 i *Higiera* w Warsz. Czas. Lek. r. 1935. Ref.).

H. H i g i e r.

KORBSCH H. Z terapii przewlekłych infekcyj układu nerwowego. (Therapie^d. Gegenwart 75. 425—426. 1934).

Autor zachwala metodę leczenia, stosowaną w chronicznie zakaźnych chorobach nerwowych, włączając stwardnienie wieloogniskowe. Metoda, jak ją stosują klinika w Münster, składa się z 2-ch faz, przedzielonych odpoczynkiem miesięcznym. Podczas 1-ej fazy stosuje się przez 2 tygodnie wcierania maści srebrnej *C r é d é g o* codziennie wielkości fasoli, następnie wstrzykiwania po 0,1 Neo-Silber-salwarsanu 2 razy tygodniowo przez 4 miesiące, przyczem po każdej iniekcji daje się *afenil* lub *Calcium-Sandoz*. W 2-ej fazie po pauzie miesięcznej przechodzi się do niemniej skomplikowanej terapii: 6 tygodni wcierań 33% szarej maści rtęciowej codziennie 3 gr. Od 2 tygodnia 2-ej fazy 2 wstrzyknięcia solganalu tygodniowo we wzrastającej dawce, razem 4 gramy. Jednocześnie 3 razy tygodniowo po 5 ccm urotropiny dożylnie. Przez cały czas leczenia pedantyczna kosmetyka i kontrola jamy ustnej i nerek. (W naszych warunkach i naszym przeciętnym typie mało zamożnego i mało cierpliwego pacjenta metoda ta nie bardzo liczyć może na rozpowszechnienie ani w terapii prywatnej, ani też przez rozwekłość w lecznictwie szpitalnem nie taniem i w droższym sanatoryjnym. Ref.).

H. H i g i e r.

STOCKERT F. G. Evipan sodowy w psychjatrji. (Medizin. Klinik 1935. I. 198—201).

Początkowo *Evipan* sodowy stosowano jedynie w chirurgji. *H a u p t m a n n* wciągnął go jako *adjuvans* przy hipnozie. *S t o c k e r t* stosuje ten preparat ze skutkiem pomyslnym obok sugestji słownej u neurotyków, jakałów, w nerwicach lękowych, stanach przygnębiennych, gdzie sprowadza pewną euforję. W uporczywej bezsenności były znakomite skutki po zastrzyknięciu dożylnem 0,2 ctm.³.

H. H i g i e r.

Streszczenia pojedyncze.

Bakterjologia i Serologia.

I. G. RAMON, R. RICHOU, M. DJOURICHITCH. **O odporności antytoksykcyjnej ogólnej i miejscowej.** (C. R. Acad. Sciences t. 192 r. 1934).

II. G. RAMON, R. RICHOU. **O odporności otrzymanej przez wpuszczanie abryny do woreczka spojówkowego królika; odporność antytoksykcyjna ogólna, czy miejscowa?** (C. R. Soc. Biol. t. 117 r. 1934).

III. G. RAMON, R. RICHOU. **Powstawanie odporności u królika przez wpuszczanie jadu błoniczego do woreczka spojówkowego. Odporność antytoksykcyjna ogólna czy miejscowa?** (C. R. Soc. Biol. t. 117 r. 1934).

IV. G. RAMON, M. DJOURICHITCH. **O działaniu toksycznym i odpornościowym jadu błoniczego stosowanego na skórę.** (Annales Pasteur t. 54 r. 1935).

I. Ehrlich, a następnie Römér uodporniali oko królika przeciwko działaniu jadu abryny przez stosowanie maści, zawierającej jad, albo też przez wpuszczanie jadu do oka. Autorzy przypuszczali, że uzyskana początkowo odporność była tylko miejscowa, i dopiero po kilkakrotnym stosowaniu jadu powstawała odporność ogólna. Ramon, Richou i Djourichitch w badaniach swych wpuszczali do oka tygodniowo 1 : 2 kropli coraz bardziej stężonego roztworu abryny. Po pierwszych wkraplaniach powstawało zapalenie spojówki z wydzieliną ropną. Po 7-ym zabiegu 1 kropla jadu nie wywołała odczynu. W tym okresie drugie oko, nie poddawane uprzednio działaniu abryny, zniosło również dobrze 1 kroplę roztworu abryny. Surowica tego zwierzęcia zawierała dosyć dużo antytoksyn. W innej serii doświadczeń autorzy wpuszczali jednocześnie do obu oczu jednakową ilość abryny. Zabiegi te powtarzano najwyżej dwa razy. Otrzymany odczyn był jednakowy w obu oczach, które jednocześnie i całkowicie zostały uodpornione. W trzeciej serii doświadczeń autorzy używali abryny formalizowanej (anabryny). Odczyn spojówkowy był bardzo słaby, niekiedy nawet nie występował wcale. W celu otrzymania surowicy jednakowo bogatej w antyabrynę, należało stosować przynajmniej 15 razy anaabrynę, podczas gdy abryna stosowana była tylko 5—6 razy. Wydaje się, że odczyn zapalny sprzyja powstawaniu antytoksyn. Doświadczenia te dowodzą, że odporność, występująca w oku, jest odpornością ogólną. II. Jeżeli wpuścić do oka królika 1 kroplę bardzo silnego jadu błoniczego (który zabija świnkę morską wagi 500 gr. w ilości 1/1000 — 1/2000 cc), wywołuje się zapalenie spojówki z obrzękiem powiek i ropną wydzieliną. Autorzy zauważyli, że w miarę zakraplania (zabieg powtarzano raz tygodniowo) odczyn słabnie, a następnie nie pojawia się zupełnie. We krwi wykryć można wówczas antytoksynę błoniczą. Drugie oko jest również odporne na działanie jadu błoniczego. Wpuszczanie do woreczka spojówkowego królika 2—4 kropli anatoksyny błoniczej nie wywołuje odporności ani ogólnej, ani miejscowej. Autorzy powtarzali te doświadczenia, stosując anatoksynę błoniczą z dodatkiem abryny. W tych warunkach abryna, drażniąc spojówkę, stwarzała odpowiednie podłoże dla działania anatoksyny, i autorzy uzyskiwali odporność ogólną i miejscową. III. Jeżeli na skórę królika świeżo ogolonego lub depilowanego zapomocą siarczku baru zaaplikować jad błoniczy, zmieszany z maścią (2 cc. jadu na 9 cc. lanoliny + waseliny) powstaje w tym miejscu rozsiany obrzęk zapalny z małymi strupkami. Te ostatnie podobne są do małych ognisk martwiczych, które występują wskutek doskórnego wstrzyknięcia bardzo małych dawek jadu. Strupy są wynikiem przenikania małych ilości jadu do skóry uszkodzonej przez golenie lub depilację. Jeżeli bowiem wciera się maść z jadem na skórę już zabliźnioną, nie

obserwuje się żadnego odczynu. Po kilkakrotnym stosowaniu maści z jadem na skórę, za każdym razem goloną lub depilowaną, odczyny skórne stają się coraz słabsze i w końcu nie występują zupełnie. W tym okresie surowica zwierzęcia zawiera 1/10 jednostki antytoksykcyjnej w 1 cc., która nie dopuszcza do powstawania martwicy. U niektórych królików jednak martwica występuje, surowica ich antytoksyny nie zawierała. Odporność miejscowa na jad jest zatem wynikiem odporności ogólnej. Miejscowy odczyn zapalny sprzyja wytworzeniu się antytoksyn w sposób podobny jak niektóre substancje nieswoiste, wywołujące obrzęki miejscowe (tapioca) dodane do jadu lub anatoksyny błoniczej przy wstrzykiwaniach podskórnych. Natomiast anatoksyna, zmieszana z maścią i stosowana na skórę, uodparnia o wiele słabiej, nie wywołując jednocześnie zmian miejscowych. J. Seydel.

G. RAMON, E. LEMETAYER, R. RICHOU. **Wpływ substancji nieswoistych na antygen w wywoływaniu odporności antytoksykcyjnej.** (C. R. Soc. Biol. t. 116 r. 1934).

Świnki morskie i króliki otrzymują z przerwą trzytygodniową 2 zastrzyknięcia podskórne 1 cm³ anatoksyny błoniczej lub tępcowej. Anatoksynę wprowadza się samą, lub też z dodatkiem różnych substancji takich, jak: żółć wołowa, oliwa, cholesteryna, oliwa z cholesteryną, lanolina, lanolina z cholesteryną, oliwa z kamforą i cholesteryną, i lanolina z oliwą. Miano antytoksykcyjne określane jest po każdym wstrzyknięciu. Okazuje się, że dodatek lanoliny do anatoksyny, lub oliwy z lanoliną wpływa na podwyższenie miana antytoksykcyjnego surowicy. Dotyczy to szczególnie anatoksyny błoniczej.

J. Seydel.

Lecznictwo.

C. G. AHLSTRÖM. **Występowanie nacieczeń z komórek zasadochłonnych w tylnym płacie przysadki w stanach nadciśnienia.** (Klin. Wochschr. 41, 1935).

W 1934 Cushing wygłosił interesującą teorię o genezie nadciśnienia i jego morfologicznym podłożu. W szeregu cierpień jak rzucawka porodowa, nadciśnienie samoistne, w miażdżycy, Cushing stwierdził różnego natężenia nacieczenie komórek zasadochłonnych w neurohipofizie wychodzące z *pars intermedia* przysadki i przechodzące w płat tylny, normalnie ubogo zaopatrzonej w elementy komórkowe, a obficie w tkankę glejową. To nacieczenie jest, zdaniem C., wyrazem morfologicznym wzmożonego wytwarzania hormonów wazopresyjnych tylnego płata. Hormony te wytwarzane są w *pars interm.* i przenoszone do neurohipofizy; nacieczenie bazofilowe dowodzi nadczyńności części pośredniej i aktywacji tylnego płata przysadki. Już dawniejsi autorzy stwierdzali nacieczenia bazofilowe w przednim płacie w toku cierpień nerkowych i wiąжали je z nadciśnieniem (Berblinger, Skubiszewski, Kraus), z drugiej zaś strony stwierdzano złośliwe stwardnienie nerek (*nephrosclerosis maligna*) u chorych z bazofilowym gruczolakiem przedniego płata (MacMahon, Evans, Crooke i inni). Cushing uważa, że zmiany dotyczą przede wszystkim *pars interm.* i neurohipofizy i że nadciśnienie zależy bezpośrednio od tych zmian. Sparrk (1935) przeprowadził badania kontrolne i nie mógł stwierdzić zależności między nacieczeniem bazofilowym neurohipofizy i nadciśnieniem. Autor również dla celów kontrolnych badał skrawki seryjne przysadek chorych zmarłych na najrozmaitsze choroby. Materiał autora obejmuje 61 przysadek, przyczem 25 należało do chorych, u których za życia istniało nadciśnienie, a 36 — z ciśnieniem prawidłowym. Wyniki były następujące: w połowie przypadków bez nadciśnienia występowało bazofilowe na-

cieczenie, w materiale zaś z nadciśnieniem zjawisko to spotykało się w 96% przypadków (w 60% w stopniu wybitnym). W zgodności zatem z hipotezą C u s h i n g a istotnie w przypadkach nadciśnienia bazofilowe nacieczenie neurohipofizy spotyka się częściej niż w przypadkach z ciśnieniem prawidłowym. Wobec występowania tego zjawiska i w przypadkach bez podwyższonego ciśnienia ujmowanie bazofilii jako wyrazu nadmiernego wytwarzania hormonów wazopresyjnych nie jest usprawiedliwione. Nie rozstrzygnięto dotychczas dwóch zasadniczych w tej sprawie zagadnień: czy w przypadkach hipertoni mamy do czynienia z nadmiernym wytwarzaniem hormonów tylnego płata i czy te hormony powstają w *pars intermedia*. A n s e l m i n o i H o f f m a n uważają rzucawkę porodową za wyraz nadczynności tylnego płata; badania ich nie zostały jednak potwierdzone (B y r o n i W i l s o n, T h e o b a l d). Według B o h n a i innych we krwi chorych z błędem nadciśnieniem wykryto ciała, działające wazopresyjnie i moczopędnie w ilości wzmożonej; czyniono próby zidentyfikowania z hormonami tylnego płata (B o h n, M a r x)—większość jednak nie potwierdza tych wyników. Co się zaś dotyczy miejsca wytwarzania hormonów płata tylnego, C u s h i n g i inni są zdania, że zostają one wytwarzane w *pars intermedia*, a stąd dowożone do neurohipofizy, stąd zaś do szypuły przez szpary tkankowe a następnie przez krażenie wrotne przysadkowo-lejkowe do *infundibulum* (lejka) (neurocrinie wzgl. haemoneurocrinie wg. nomenklatury C o l l i n s a). Wszyscy jednak zgadzają się na powyższe ujęcie sprawy, przypuszczając raczej, że hormony tylnego płata powstają w tkance tylnego płata (K o h n, G e i l i n g). Sprawa zatem pozostaje nadal niewyjaśniona.

H. S z p i d ł a u m.

Choroby serca i naczyń.

A. H. ELLI T T i F. R. NUZUM **Reakcja sercowo-naczyniowa na podskórne wstrzyknięcie epinefryny i pituitryny w nadciśnieniu samoistnem.** (Amer. Journ. Med. Sciences, 1935, t. 189, z. 2).

Autorzy starali się stwierdzić, czy u osób z nadciśnieniem tętniczym istnieją jakościowe i ilościowe różnice w odczynie na epinefrynę (adrenalinę) i pituitrynę w porównaniu z osobami zdrowymi. Zbadano 40 chorych: 25 kobiet i 15 mężczyzn. Badano ciśnienie skurczowe i rozkurczowe oraz tętno—co 5 min. w ciągu godziny po wstrzyknięciu 0.001 epinefryny i oddzielnie po wstrzyknięciu 1 cm³ pituitryny. Miejsca wstrzyknięcia nie masowano. Wielkich różnic w porównaniu z osobami normalnymi nie obserwowano. Po adrenalinie był naogół niewielki spadek, po pituitrynie nieznaczny wzrost rozkurczowego ciśnienia i podobny spadek skurczowego. Nagły wzrost ciśnienia po adrenalinie zaobserwowano tylko u 5 chorych, wogóle zaś wzrost ciśnienia wystąpił u 14. Zresztą średnie krzywe ciśnienia, zebrane w ciągu godzinnego okresu badania, mają przebieg dość płaski. H. M a k o w e r (Łódź).

Joseph E. F. RISEMAN i J. Beatrice STERN. **Standardyzowana próba znoszenia ćwiczenia dla chorych z wysiłkową dławicą piersiową.** (Amer. Journ. Med. Sciences, 1934, t. 188, z. 5).

Rozpoznanie dławicy piersiowej, ocena jej oraz wpływ stosowanego leczenia należy w wielu przypadkach do rzeczy b. trudnych. Łatwiej można sobie zdać sprawę z obecności, rozległości i powagi tego cierpienia przez sztuczne wywołanie napadu. Trzeba przytem zastosować bodziec, przypominający normalne bodźce, wywołujące napady u tych chorych, któryby był skuteczny u znacznej większości chorych, a nie wywoływałby napadów u ludzi, nie cierpiących na dławicę. Rodzaj ćwiczenia powinien być dobrze znany chorym i nie powinien wymagać treningu. W tym celu zastosowali auto-

rzy schodki o wysokości 1½ stóp, składające się z 2 stopni. Pacjenci mogą sobie wchodzić i schodzić ze schodków w takim tempie, jak tego pragną. Podczas pierwszych prób czynnik zdenerwowania może przyspieszyć wystąpienie napadu, trzeba to brać pod uwagę i liczyć się tylko z późniejszymi wynikami. Niska ciepłota u wielu chorych przyspiesza napady. Obfite jedzenie niekiedy przyspiesza napady. Po nitroglicerynie często chorzy mogli wykonywać więcej pracy, np. jeden z chorych przed pobraniem 0.65 mg nitrogliceryny mógł wykonać 63—70 pełnych przejść przez schodki, 1 godz. później zaś — 100. Po napadzie dławicy jedni chorzy mogli wykonywać mniej pracy, inni tę samą ilość, co przedtem, wreszcie inni jeszcze mogli po pierwszym napadzie pracować więcej. Próba standardyzowana, biorąca pod uwagę wyżej opisane czynniki, przedstawia się następująco: temperatura pokoju wynosi 7,5—13° C, próba jest wykonywana przynajmniej 1 godz. po lekkim posiłku lub naczczo — w dniu, kiedy chory nie miał napadu dławicowego; chorzy wchodzi i schodzi ze schodków w tempie dowolnem, aż do powstania napadu dławicy. Autorzy opisują wyniki, uzyskane u 53 chorych ze szpitala Beth-Israel w Nowym Jorku. U 34 ćwiczenie standardyzowane wywoływało napady, przeważnie wystarczało przejście 40—80 stopni. Po pewnej liczbie stopni chorzy czuli się niedobrze, co nie przeszkadzało narazie w ruchach, po 4—20 stopniach uczucie to wzmagало się i wkrótce chorzy musieli stawać. Ataki te były według słów chorych zupełnie takie same, jak powstające w życiu codziennem. Można było dokładnie określić umiejscowienie i promieniowanie bólu, długotrwałość napadu. W większości przypadków próba ta umożliwiała postawienie pewnego rozpoznania. Liczba przebytych stopni orjentowała co do ciężkości stanu chorych. Wyniki, uzyskane przy wielokrotnem powtarzaniu próby, były jednakowe. U 19 chorych badanych w ten sposób napady dławicy nie powstawały. Tylko 1 z nich chorował na dławicę piersiową, pozostali albo nie mieli wogóle dławicy, albo też mieli ją dawniej, ale w czasie badania byli długi czas wolni od napadów. Próba jest zupełnie bezpieczna (w odróżnieniu np. od adrenalinowej), daje wyniki stałe i jednolite i może pomóc do postawienia właściwego rozpoznania i do oceny rokowania i wpływu zastosowanego leczenia.

H. M a k o w e r.

HOCHREIN i MATTHES. **Niedokrewność i dławica piersiowa.** (Dtsch. Arch. f. klin. Med. Tom 177, Zesz. 1).

Obecny stan wiedzy o mechanizmie powstawania dławicy piersiowej punkt ciężkości zagadnienia widzi w niedomodze wieńcowej, przyczem siedlisko bólu tkwi w samym mięśniu sercowym. Nierozstrzygnięte są jednak 2 zagadnienia: czemu nie każda niedomoga wieńcowa prowadzi do dławicy piersiowej, i jaka substancja wywołuje ból. Przypuszczano dawniej, że następstwo gorszego ukrwienia mięśnia sercowego powstaje produkt przemiany materji (P — substancja L e w i s a), który jest bodźcem bólowym. Badania doświadczalne na ludziach i zwierzętach potwierdziły zdanie, że spowodowana przez niedomogę wieńcową anoksemia mięśnia sercowego daje objawy stenokardyjne. Powstaje więc zagadnienie: jak zachowuje się ukrwienie, szczególnie wieńcowe, w niedokrewności z wykrwawienia; jak często jest dławica piersiowa w niedokrewności, i jak dużym jest odsetek niedokrewności w dławicy piersiowej; jakie zmiany elektrokardiograficzne znajdujemy w dłużej trwającej niedokrewności. Pod tym kątem widzenia zostały zanalizowane historie chorób z kliniki wewnętrznej w Lipsku za okres 4 lat w liczbie przeszło 27.000; uzyskane dane uzupełniono serją badań na zwierzętach, u których sztucznie wywoływano stan niedokrewności. Można było ustalić, co następuje: U różnych chorych z poprawą niedokrewności stenokardja nasilała się. Dławicę piersiową znajduje się częściej w niedokrewności miernego stopnia (hemoglobiny około 50%), niż ciężkiego (hemoglobiny oko-

ło 30%), i to prawie wyłącznie u ludzi starszych. Jeżeli pewne podmiotowe sensacje sercowe (bicie serca, uczucie gnecenia) zaliczyć do zespołu objawowego niedomogi wieńcowej, to nie-spostrzega się ich nasilenia w miarę wzrastającej utraty krwi. Z liczby 297 chorych z dławicą piersiową niedokrewność stwierdzono tylko u 5-ciu (1,7%), przy czym z tej liczby u trzech istniało również organiczne schorzenie wieńcowe. Niedokrewni łatwiej i szybciej się męczą, i dlatego dochodzi u nich trudniej do przeciążenia serca. Dlatego rzadziej znajduje się objawy kliniczne niedomogi wieńcowej, na której istnienie wskazuje tylko EKG (głębokie Q, znieszczałenie ST i t. d.). Wielu chorych z ciężką niedokrewnością nie zdradza żadnych objawów niedomogi wieńcowej ani klinicznie, ani elektrokardiograficznie. Jerzy Fajwlewiec (Łódź).

Choroby przemiany materji i gruczołów wewnątrzwydzielniczych.

S. STROUSE, S. SOSKIN, L. KATZ, S. RUBINFELD. **Leczenie cukrzycy u osób dotkniętych zmianami sercowo-naczyniowymi.** (The Journ. of the A. M. A. 198 — Nr. 20 — 1932)

Statystyki lat ostatnich wykazują, że chorzy na cukrzycę coraz częściej umierają z powodu schorzeń sercowo-naczyniowych, jak miażdżycę lub zakrzepę naczyń wieńcowych, zawały mięśnia sercowego, dusznica bolesna. Niektórzy autorzy sądzą, że cukrzyca długotrwała prowadzi do zmian miażdżycowych; wzrost śmiertelności z powodu zmian sercowo-naczyniowych tłumaczą tem, że wprowadzenie racjonalnego leczenia cukrzycy insuliną pozwala chorym dojść do późniejszego wieku, kiedy na plan pierwszy występują zmiany sercowo-naczyniowe. Inni natomiast (Parronnet, Hymann) uważają, że długotrwałe leczenie insuliną, a zwłaszcza powtarzające się wstrząsy hipoglikemiczne, prowadzą do zaburzeń sercowo-naczyniowych. Autorzy badali 7 przypadków cukrzycy u osób z miażdżycą naczyń wieńcowych i dusznicą bolesną; chorzy byli leczeni zapomocą odpowiedniej diety oraz insuliną, przy czym nie otrzymywali żadnych leków nasercowych. Okazało się, że pomimo znacznej poprawy w gospodarce węglowodanowej, wszystkie objawy sercowe uległy pogorszeniu. Na specjalną uwagę zasługuje fakt, że poprawę dolegliwości sercowych osiągnęto przez podawanie glukozy. Główny nacisk kładą autorzy na dietę; spostrzegli bowiem, że u sercowo-chorych diabetyków dieta uboga w węglowodany powoduje pogorszenie objawów sercowych; wręcz przeciwnie działa dieta obfita w węglowodany. Być może, że pogorszenie spraw sercowych, które przypisuje się insulinie, w istocie zależy od małowęglowodanowej diety, stosowanej obok insuliny przez dłuższy okres czasu. Autorzy opisują szereg przypadków, gdzie jedynie zmiana diety w kierunku dodawania węglowodanów, powodowała poprawę objawów sercowych; przytem zwracają uwagę, że pomimo diety obfitej w węglowodany, cukier we krwi najczęściej zwykle nieznacznie przewyższał glikemję uprzednią (o 10—20 mg%). Autorzy sądzą, że przy leczeniu cukrzycy u osób ze zmianami sercowo-naczyniowymi należy nie nadużywać insuliny, strzec się wstrząsu hipoglikemicznego i stosować dietę obfitą w węglowodany. Jakób Penzon.

H. MAYRHOFER. **Aglikozurja w śpiączce cukrzycowej.** (Wien. med. Wschr. Nr. 45, 1935).

Aglikozurja w śpiączce cukrzycowej przy wysokim poziomie cukru we krwi nawet w razie braku acetonu i kwasu octoowego w moczu daje prawie bez wyjątku złe rokowanie. Aglikozurja przy małych ilościach moczu polega prawdopodobnie na niedomodze krążenia, na którą nie wpływa z zasady żaden środek. Czy w opisywanej postaci aglikozurji ma się do czynienia z niedomogą nerek, czy też z początkiem niedomogi sercowo-naczyniowej, nie można rozstrzygnąć z pewnością. Obie postaci wykazują różnice przedewszystkiem pod tym względem, że w opisywanej przez autora wydalenie pływ-

nów nie jest spoczątku upośledzone, ulega zaś zaburzeniu dopiero kilka dni przed śmiercią, podczas gdy w pierwotnie istniejących zaburzeniach krążenia wraz ze zmniejszaniem się diurezy zmniejsza się wydalenie cukru. Spostrzeżenia Lichtwita przemawiały za tem, że nawet w lekkich tylko miażdżycowych zmianach nerek wskutek dodatkowego obciążenia w śpiączce stają się one niewydolne dla wydalanania cukru, połączonego ze stężeniem moczu, podczas gdy wydalenie wody i innych składników moczu przynajmniej spoczątku nie ulega zaburzeniom. Upośledzona zdolność wydzielnicza nerek bywa w dalszym następstwie przyczyną krócej lub, dłużej trwającego zatrucia, które wreszcie doprowadza do nieodwracalnego zaburzenia w krążeniu. H. L.

A. JORES. **O badaniach hormonalnych w chorobie Cushinga.** (Klin. Wschr. 38, 1935).

Gruczolak z komórek zasadochłonnych, występujący w przysadce w przypadkach chor. C. składa się z komórek czynnościowo pełnowartościowych, co zezwala na głębsze wejrzenie w prawidłowe czynności wydzielnicze przysadki. Cushing sądzi, że komórki zasadochłonne wytwarzają hormon gonadotropowy, którego nadmiar wywołuje zespół opisany przez tego autora. Twierdzenie to Cushing starał się umocnić doświadczalnie, podając wspólnie z Kennethem (1934) większe dawki czynnika gonadotropowego rosnącym myszom i psu przez dłuższy okres czasu. U zwierząt tych wystąpiła otyłość, zatrzymanie wzrostu kośćca i zaburzenia płciowe — zatem doświadczalnie wywołany obraz ch. C. Brak wszakże było zmian w nadnerczach. Należałoby się spodziewać, że u chorych stwierdzi się nadmiar wydalanego z moczem hormonu gonadotropowego, analogicznie do osobników, u których wygasły czynności płciowe (w wieku starszym lub po wytrzebieniu). Jednakże hormon gonadotr. wykrywa się u chorych z zespołem C. tylko wyjątkowo (1 na 14 przyp. Cushinga). C. opiera się na fakcie, że choroba ta u kobiet przebiega z zanikiem miesiączkowania. J. Bauer natomiast jest zdania, że w zespole C. mamy do czynienia z nadmiernym wytwarzaniem hormonu interrenotropowego (hormon kortikotropowy + adrenotropowy), za czem przemawiałyby zgodność obrazu klinicznego *interrenalismus* i ch. C. Przypadek autora dotyczył 35-letniej kobiety, u której w następstwie trzech przebytých ciąży rozwinął się zespół: otyłości twarzy i tułowia, czerwono zabarwionych *striae* na tułowiu i ramionach, znaczne wzmoczenie ciśnienia tętniczego, hypercholesterynemia i przejściowe zaburzenia miesiączkowania (brak osteoporozy i *hypertrichosis*). W przypadku tym zostały przeprowadzone następujące badania hormonalne: odczyn Aschheim'a - Zonde'ka na obecność hormonu gonadotropowego w surowicy i w moczu (wynik ujemny); badanie surowicy i moczu na obecność hormonu melanoforowego (wynik przejściowo-dodatni w surowicy) i badanie hormonu interrenotropowego (wyniki dodatni w surowicy i w moczu). Powyższe wyniki potwierdzają zdaniem autora pogląd J. Bauera, wykazując, iż w patogenezie ch. C. bardzo istotną rolę odgrywa nadmierne wytwarzanie hormonu adrenotropowego. Z innych badań autora wynikać ma, że w wzajemnych stosunkach między przysadką a nadnerczami ma znaczenie nie tylko hormon interrenotropowy, lecz również hormon melanoforowy i podnoszący ciśnienie krwi, a zatem prawdopodobnie cały zespół hormonów tylnego płata. Dla uproszczenia poglądów na endokrynologję przysadki autor bierze za punkt wyjścia dwa cierpienia przysadkowe, wywołane istnieniem gruczołów z komórek kwasochłonnych i z komórek zasadochłonnych i dochodzi do wniosku, że istnieją dwie główne grupy hormonów przysadkowych, związanych genetycznie. Grupa kwasochłonna składa się z hormonu wzrostu, tyreotropowego i kontrainsulinarnego, do grupy zaś zasadochłonnej — hormonu tylnego płata,

hormon gonadotropowy, interrenotropowy, barwnikowy i przemiany tłuszczowej. Chor. C. spowodowana jest nadmiernym wytwarzaniem hormonu grupy bazofilowej, akromegalia zaś grupy kwasochłonnej. W pierwszym cierpieniu mamy kliniczne zaburzenia przemiany tłuszczowej, nadnerczy, barwika i gruczołów płciowych, — w akromegalii — zaburzenia wzrostu, tarczycowe i przemiany tłuszczowej. Zaburzenia płciowe występujące w akromegalii mogą być skutkiem nadprodukcji hormonu wzrostu, hamującego działanie hormonu gonadotropowego.

H. Szpidaum.

E. KYLIN. Cukrzyca przysadkowa z nadciśnieniem jako jednostka kliniczna. (Zeitschr. f. Kreislaufforschung 1, 1935).

Nadciśnienie samoistne charakteryzuje się szeregiem współistniejących objawów: zaburzenia w przemianie materii ze skłonnością do przecukrzenia krwi, hiperurikemii, hiperfosfatemii, hipokalcemii, wzmożeniem przemiany spoczynkowej i do cukromoczu, odmiennego odczynu na adrenalinę (spłaszczenie krzywej glikemicznej) i na wstrzyknięcie insuliny (zmniejszona wrażliwość). Wszystkie te objawy są wyrazem zaburzeń wewnętrzno-wydzielniczych. W sposób uderzający powyższemu zespołowi przeciwstawia się zespół spotykany w chorobie Simmondsa (charłactwo wskutek niedomogi przedniego płata przysadki) a cechujący się niskim ciśnieniem tętniczym, hipoglikemją, hipourikemją, hiperkalcemją, obniżeniem przemiany materii spoczynkowej, skokiem glikemii po adrenalinie i nadmierną wrażliwością na insulinę. Ta przeciwstawność objawów skłania autora do przyjęcia, że w nadciśnieniu samoistnym mamy do czynienia z nadczynnością przedniego płata, który między innymi wydziela hormon tyreotropowy, gonadotropowy i kontra-insulinary, wywołujący hipertensję i przecukrzenie krwi. Ta hipoteza wyjaśnia częste przecukrzenie krwi i cukromocz u osób z nadciśnieniem, wzmożenie ich przemiany spoczynkowej — sama hipertensja byłaby wynikiem pobudzenia nadnerczy przez przedni płatek przysadki. Zjawienie się nadciśnienia w okresie życia, w którym następuje wygasanie czynności płciowych, jest w zgodności z faktem zwiększonego wydzielania hormonu gonadotropowego w wieku przejściowym (wykazanego przez Zondeka) i ze zwiększonym wydzielaniem tego hormonu stwierdzonego przez Kyliną — u chorych z nadciśnieniem. Kylin ponadto stwierdził doświadczalnie w płynie mózgowo-rdzeniowym ludzi z nadciśnieniem i u kobiet ciężarnych z objawami nadciśnienia obecność substancji przecukrzającej krew. Zdaniem Kylin, wśród wielkiej grupy klinicznej nadciśnienia można wyodrębnić postać, w której czynnik przysadkowy odgrywa dominującą rolę; grupa ta charakteryzuje się wyżej opisanym zespołem humoralnym.

H. Szpidaum.

A. TORBRUGGEN, H. HEINLEIN. Hipoglikemja wywołana naświetlaniem trzustki promieniami Roentgena. (Klin. Woch. N. 27 — 1932)

Autorzy obnażali trzustkę królików i naświetlali Roentgenem; po paru dniach u zwierząt doświadczalnych występował typowy wstrząs hipoglikemiczny; jeśli wstrząs występował po paru dniach od naświetlania, stwierdzano zwyrodnienie przewodów wyprowadzających trzustki bez wystąpienia wstrząsu hipoglikemicznego minęło 8 — 13 dni, wysepki trzustki uległy zwiększeniu, a nawet stwierdzono ich regenerację. W narządach mięsistych zanotowano zupełny brak glikogenu; u zwierząt, które w czasie wstrząsu

zginęły, stwierdzili autorzy zanik tłuszczu w narządach; w mózgu i oponach nie znaleziono zmian patologicznych.

Jakób Penson.

Choroby kobiet i położnictwo.

R. KLEITZMAN. Nowy sposób wytworzenia sztucznej pochwy. (Gyn. et Obst. Nr. 5. T. XXXI. 1935 r.).

Wszyscy są zdania, że kobiecie, nie mającej od urodzenia pochwy, trzeba zapomocą operacji umożliwić stosunki płciowe. Metody stworzenia sztucznej pochwy są bardzo liczne. Autor próbował wytworzyć pochwę zupełnie nową metodą, a mianowicie, za pomocą mazi zdrowych noworodków. Naciąwszy słuzówkę u wejścia pochwy, autor stworzył kanał między kiszka stolcową i cewką moczową 9 cm. długości i 6 cm. szerokości i włożył do środka kauczukową sondę, oblepioną wyjałowioną mazią noworodka. Po siedmiu dniach wyjął sondę i skonstatował liczne białe wysepki nabłonka. Przepłukiwał codziennie roztworem Ringera, następnie wkładał tampony z gazy, pokryte również mazią. Po miesiącu pacjentka wyszła ze szpitala z pochwą, przepuszczającą łatwo dwa palce. Dwa miesiące po operacji wycięto u pacjentki kawałek dna pochwy, i badanie wykazało normalny nabłonek pochwy.

L. Ebina.

A. BRINDEAU i P. LANTUEJOL. Poronienie terapeutyczne drogą brzuszną. (Gyn. et Obst. T. XXXII Nr. 1—1935 r.).

Bywają przypadki, gdy u kobiety trzeba wywołać poronienie i sterylizację jednocześnie. W tych przypadkach zdarza się bardzo często, że operacji przez pochwę wykonać nie można, lub że jest ona bardzo trudna. Wtedy autorowie proponują cięcie cesarskie nawet przy małych ciążach. Po przecięciu ścian macicy, bez nacięcia jaja płodowego, wstrzykują do ścian z obydwu stron cięcia ekstrakt tylnego płata przysadki mózgowej. Macica się kurczy i wyrzuca jajo nazewnątr. Wtenczas palcem lekko wydostaje się jajo płodowe, kompresem oddziela się łożysko od ściany macicy i zeszywa się macię. Następnie wykonywa się sterylizację, przecinając obydwa jajowody.

L. Ebina.

R. A. TCHERTOK. Zasady fizjoterapii w ginekologii. (Gyn. et Obst. T. XXXII Nr. 1. 1935).

Autor wynalazł nową i ciekawą metodę badania działania fizjoterapii na kobietę. Nakłuwa dolną wargę szyi macicy igłą Franka. Wylicza, ile krwi wyszło z tego ukladu, bada krzepliwość i leukocytozę. W tym samym czasie bada krew z palca. Autor przeprowadza te badania trzykrotnie. Przed seansem, zaraz po seansie i dwie godziny po seansie fizjoterapii. Doszedł na zasadzie tych badań do następujących wniosków: Djatermja wzbudza hiperemję prędko, lecz na krótki czas, rozgrzewa tkanki, powiększa leukocytozę lokalną i ogólną, działając na organy krwiotwórcze. Lampa Sollux z różowym filtrem pobudza hiperemję powoli, powiększa leukocytozę lokalną i ogólną. Lampa Sollux z filtrem niebieskim wywołuje bardzo słabą hiperemję, zmniejsza bóle miejscowe, a na leukocytozę zupełnie nie działa. Tampony błotne wzbudzają prędko hiperemję, lecz na krótko, znacznie powiększają leukocytozę ogólną, a w szczególności lokalną i zmniejszają krzepliwość krwi. Masaż vibracyjny I i II kręgu lędźwiowego wywołuje hiperemję i znaczną leukocytozę, prawdopodobnie działaniem na spłot nerwów wegetatywnych. Autor zauważył, że masaż vibracyjny działa dobrze u kobiet, mało rozwiniętych seksualnie, z zaburzeniami menstruacyjnymi.

L. Ebina.

Streszczenia pojedyncze.

Fizjologia normalna i patologiczna.

VCGT. **Witamina C, a rozmnażanie się.** (M. m. W 81. 1934).

Autor stwierdził doświadczalnie na zwierzętach, że tylko 50% morskich świnek, otrzymujących pokarmy ubogie w witaminę C, może zająć w ciążę. Objawy gnilca, rozwijającego się na tle awitaminozy C, są wyraźniejsze u zwierząt ciężarnych. Dowodzi to dużego zapotrzebowania witaminy C ze strony rozwijającego się płodu. Przy braku tej witaminy mamy 50% poronień. — Niemowlęta tylko wówczas mogą normalnie się rozwijać i pozostać przy życiu, o ile mają dostateczny zapas witaminy C, otrzymany od matki w życiu płodowym. Autor sądzi, że brak witaminy C staje się często powodem poronień i przedwczesnych porodów. Niektóre choroby niemowląt jak: obrzęk oraz żółtaczka złośliwa powstają najpewniej wskutek tego, że w czasie ciąży matka nie otrzymywała dostatecznej ilości witaminy C. Autor podkreśla zależność między hormonami i witaminami. Zauważono, że poronieniom zapobiega podawanie ciężarnym preparatów ciała żółtego, podobny efekt osiągamy przy podawaniu witaminy C. Ciało żółte zawiera największą, po nadnerczu, ilość witaminy C. S. G u z m a n (Warszawa).

K. EHRHARDT i Alarich HAGEN. **Dalsze badania nad hormonem ciała żółtego.** (Endokrinologie, Bd. 16 H 1—2 1935 r.).

Praca dotyczy głównie pochodnych ciała żółtego, występujących w łożysku ludzkim, w wyciągach z moczu ludzkiego i zwierzęcego i występujących w świecie zwierzęcym. Również Agomensina i Sistomensina była w tym kierunku wypróbowana. Wyniki były następujące. W pierwszej serii podawano Agomensinę i Sistomensinę w niewielkich ilościach królikom niedojrzałym uprzednio przygotowanym hormonem folikuliny. Wyniki przeważnie były ujemne. W drugiej serii podawano większe dawki (do 30 cm³ Sistomensiny na królika). W kilku przypadkach otrzymał wyniki słabo dodatnie. Zupelnym zmian gruczołowych śluzówki w żadnym wypadku nie obserwowano. To dowiodło, że Sistomensina zawiera niewiele hormonu ciała żółtego. Badania F. M i r a n d a, który używał dużych dawek (25 gr.), wykazały zupełne zmiany gruczołowe śluzówki macicy. Następnie wykonano cały szereg badań z męskim hormonem płciowym. Wstrzykiwano niedojrzałym królikom, uprzednio przygotowanym folikulina, codziennie 1 cm³ Erugonu i 2 cm³ Agomensiny, ogółem 5 cm³ Erugonu i 10 cm³ Agomensiny. Badania histologiczne wykazały zupełną przemianę gruczołową śluzówki macicy. To potwierdza pogląd, który panuje w literaturze, że męski hormon płciowy i hormon ciała żółtego wywołują identyczne działanie biologiczne. F. M i k u l s k a.

Patologia kliniczna i doświadczalna.

W. G. HARRISON jr., J. A. CALHOUN, J. P. MARSH i T. HARRISON. **Przekrwienia niedomoga serca.** Odruchowe pobudzenie oddychania jako przyczyna duszności wieczorowej. (Arch. Intern. Med. 1934, 53. Nr. 5).

Celem pracy niniejszej było wyświetlenie mechanizmu „duszności wieczorowej”, opisanej poprzednio przez autorów. Badania gazów krwi i stężenia jonów wodorowych, wykonywane rano i wieczorem, nie wykazały większych różnic. Analogiczne badania tętna i ciśnienia krwi również różnic nie wykazały; natomiast u osobników kontrolnych stwierdzono szybsze tętno i mniejsze ciśnienie rozkurczowe wieczorem. Większe zmiany istnieją w zakresie czynności oddechowej: ilość od-

dechów na min. wzrasta wieczorem z 20 na 23, również wentylacja i pochłanianie tlenu są większe, natomiast pojemność życiowa płuc wyraźnie się zmniejsza. Pod tym względem wyraźnie różnią się ci chorzy od ludzi zdrowych, wzgl. od chorych sercowych bez duszności wieczorowej, (pochłanianie tlenu również u kontrolnych osobników było większe wieczorem; u chorych z niedomogą serca było pochłanianie tlenu tylko o 5% większe niż u zdrowych). Przyczyny zwiększania się wentylacji wieczorem i zmniejszania się pojemności życiowej doszukiwali się autorzy na drodze doświadczalnej. Psom wprowadzano 25 cm. krwi do lewej tętnicy płucnej, efekt: szybsze oddychanie i zwiększona wentylacja; wprowadzenie tej samej ilości powietrza do jamy opłucnowej wywołało mniejsze wzmoczenie oddychania. Po przecięciu nerwów błędnych zmian tych nie udało się wywołać. Z obserwacji klinicznych i doświadczalnych wyciągają autorzy następujące wnioski: 1. Włókna dośrodkowe nerwu błędnego w płucach są nadzwyczajnie czułe na przekrwienie płucne. Już bardzo nieznaczne zwiększenie ilości krwi w łożysku naczyniowym płuc wywołuje wyraźne wzmoczenie odruchowe oddychania. 2. Duszność wieczorowa chorych z niedomogą serca jest prawdopodobnie zależna od odruchowego pobudzenia oddychania i zmniejszonej pojemności życiowej, spowodowanych przez zwiększenie się stopnia istniejącego już przedtem przekrwienia płuc. Większe przekrwienie płuc wieczorem aniżeli rano uzależnione jest prawdopodobnie od zwiększonej aktywności fizycznej w ciągu dnia.

H. M a k o w e r (Łódź)

C. LIAN i J. FACQUET. I. **Mierzenie szybkości krążenia w niedomodze serca.** II. **Mierzenie szybkości krążenia poza niedomogą serca.** (Bull. et Mém. Soc. méd. Hôp. 1935, t. 51, z. 9).

I. Autorzy badali szybkość krążenia przeważnie za pomocą dożylnych wstrzykiwań sacharyny; mocny i krótki smak słodki w ustach pozwala na dokładne uchwycenie czasu przejścia sacharyny z żyły łokciowej do ust. Liczne badania wykazały, że czas powyżej 18 sekund i poniżej 9 (z sacharyną) jest patologiczny. W niedomodze serca szybkość krążenia jest zawsze mniejsza niż w normie, chyba że istnieje jednocześnie jakiś czynnik, przyspieszający krążenie (gorączka, znaczny częstoskurcz, choroba B a s e d o w a, ciężka niedokrewność). Zwolnienie krążenia spowodować może prócz niedomogi serca obrzęk śluzakowy, *polyglobulia*, znaczna bradykardja. Istnieje pewna równoległość między nasileniem niedomogi serca a stopniem zwolnienia krążenia. Gdy niedomoga serca pod wpływem leczenia ulega poprawie, szybkość krążenia wzrasta; tak np. w przypadkach obserwowanych z 36 spada na 26 sek. po naparstnicy, z 66 na 23 po dożylnym zastosowaniu ouabainy. Jeżeli zwolnienie szybkości krążenia nie ustępuje, jest to oznaką, że niedomoga serca trwa. Zwolnienie szybkości krążenia może być jedyną cechą niedomogi serca, klinicznie się nie przejawiającej (utajona niedomoga serca). W porównaniu z mierzeniem ciśnienia żylnego jako metodą badania niewydolności krążenia określanie szybkości krążenia jest sposobem pewniejszym, ponieważ w pewnych przypadkach niedomogi serca, w których ciśnienie żyłne było prawidłowe, szybkość krążenia była wyraźnie zwolniona. Metoda ta, tak prosta, bezpieczna i rozpoznawczo cenna, powinna zdaniem autorów przejść do codziennej praktyki lekarskiej. II. T a c h y k a r d j a. Poniżej 140 uderzeń na minutę naogół niema wielkiego wpływu częstoskurezu na szybkość krążenia. Dopiero znaczna tachykardja przyspiesza wyraźnie krążenie. B r a d y k a r d j a ma wpływ odwrotny. W y-

siłki fizyczne przyspieszają krążenie, podobnie gorączka. Choroby płuciopłucny są bez wpływu. Ma to duże znaczenie w przypadkach nieżyty oskrzeli, co do których trudno się zdecydować, czy są one przejawem choroby narządu oddychania czy też przejawem niedomogi serca. Nadciśnienie tętnicze, nawet bardzo wysokie, o ile nie jest powikłane niedomogą serca, nie zmienia szybkości krążenia. Choroba Basedowa. Występujące tu przyspieszenie krążenia daje największe ze wszystkich obserwowanych szybkości. W 4 przypadkach z niedomogą serca były wartości prawidłowe (interferencja). W wolu zwykłym szybkość krążenia jest prawidłowa. W 2 przypadkach obrzęku śluzkowego z obniżeniem przemiany podstawowej o 40% było $1\frac{1}{2}$ — 2-krotne zwolnienie szybkości krążenia. Nie do końca znacząca wzmacnia szybkość krążenia tylko nieznacznie, *polyglobulia* natomiast wyraźnie ją zwalnia.

H. Makower (Łódź).

O. DZIUBINSKAJA. Fagocytna czynność leukocytów i własności opsoniczne surowicy u zwierząt, pozbawionych nadnerczy. (Żurn. Med. Ciklu t. II, z. 2).

Fagocytna czynność białych ciałek krwi ulega u zwierząt, pozbawionych nadnerczy, osłabieniu. Podczas gdy u zwierząt normalnych liczba fagocytna przy samoistnej fagocytzie wynosi 6,24, u zwierząt, pozbawionych nadnerczy, równa się ona 3,11. Opsoniczne własności surowicy u zwierząt, pozbawionych nadnerczy są 2,69 razy mniejsze, aniżeli w normie. Wskaźnik opsoniczny surowicy zwierząt, pozbawionych nadnerczy, wynosi 0,37.

Henryk J. Landau.

G. LEMMEL i W. BÜTNER. O warunkach powstawania mikrolitów w żółci. (Dtsch. Arch. Klin. Med. t. 174, z. 2).

Mikrolity spotyka się w zawartości pęcherzyka żółciowego w 9 — 10% sekcji. Na trupach płci męskiej znajduje się je prawie dwa razy częściej, aniżeli na kobiecych, z wiekiem częstość ich zwiększa się. Trzy grupy czynników pozostają w związku patogenetycznym z ich wytwarzaniem się: 1) ciężkie ogólne zakażenia oraz ciężkie ostre i przewlekłe uszkodzenia wątroby, 2) zmiany starcze, 3) stany chorobowe w drogach żółciowych pozawątrobowych (zapalenie i zastój). W grupie 1) mikrolity są wyrazem ciężkiego stanu patologicznego, w grupie 2) oznaką bardziej fizjologicznego procesu starczego. Mikrolity ułatwiają nam poznanie zależności patogenetycznej między ogólnymi schorzeniami ustroju (ostre zakażenia i uszkodzenie wątroby) a wytwarzaniem złogów w układzie dróg żółciowych.

Henryk J. Landau.

Radjologia.

SGALITZER Max. Technika i dozowanie naświetlań rentgenowskich w chorobach wewnątrzczaszkowych. (Strah-jentherapie 53. 1935).

Wskazówki bardzo doświadczonego rentgenologa wie-deńskiego są zawsze godne uwagi. Ostrzega S. w przypadkach guzów mózgu przed zbyt optymistycznym. Zwalnianie siły rozrostowej guza na tej drodze jest wielce problematyczne. Przy podejrzeniu guza w mózgu, a zwłaszcza promienio-wrażliwego, możliwie unikać naświetlania nietrepanowanej czaszki, gdyż mózg ostro obrzmiewa i nie mieści się łatwo w czaszce. Próbné naświetlanie winno dochodzić najwyżej do 50 r., przeczne dziennie jedno tylko pole może ulec naświetlaniu. Naświetlać można w korzystnych warunkach naprzemian 4—5 pól w ciągu 2—3 tygodni w równych odstępach. Gdzie średnie dawki efektu nie dają, na działanie wyższych dawek liczyć nie należy. Wskazania są rozleglejsze i śmielsze przy kombinacji operacyjnego i rentgenowskiego leczenia.

Głównie działą Roentgen w zbieraniu nadmiernem płynu komorowego, w hydrocefalii, niezależnie od natury i pochodzenia jej (na co zwracałem niejednokrotnie uwagę jeszcze przed 10 laty, porównyując wysysanie płynu po naświetlaniu z resorpcją luetycznego płynu pod wpływem rtęci i jodu. Referent). Hamujący wpływ promieni na rozrastanie się guza jest możliwy, ale nie dowiedziony.

H. Hügler.

Lecznictwo.

J. J. BERETERVIDE, R. NEYRA i O. FITTE. Środki powodujące krzepnięcie krwi. Badania nad ich działaniem w zastosowaniu klinicznym. (La Prensa Medica Argentina, 1935. Nr. 10).

Na podstawie badań doświadczalnych omówiono wartość poszczególnych środków, powodujących krzepnięcie krwi. Do ustnie podawano: sole wapnia, fibrynogen, surowiec końską, i preparaty wątroby; pozajelitowo stosowano wapń, 10% roz-twór żelatyny, surowiec końską, fibrynogen, tromboplastinę, preparaty wątroby i coagulen. ten ostatni wstrzykiwano wyłącznie podskórnym, nigdy dożylnym. Na oddziale szpitalnym stosowano systematycznie coagulen przy ścisłej obserwacji wpływu środka na krzepnięcie krwi. W przeddzień operacji wstrzykiwano 20 ccm. coagulen-u, po operacji tyleż. Określenie czasu krzepnięcia wykazało znaczne jego skrócenie, utrzymujące się ponad 24 godziny. U innych pacjentów próbowano stopniowego przygotowania przez wstrzykiwanie 1—2 razy po $1\frac{1}{2}$ do 5 ccm. coagulen-u w ciągu 4—6 dni przed operacją. Wynik jednak znacznie ustępował jednorazowemu wstrzyknięciu 20 ccm. Autorzy dochodzą do wniosku, że coagulen winien być stosowany w ilości 20 ccm. zarówno profilaktycznie, jak i leczniczo - wstrzyknięcie można powtórzyć, gdyż przy stosowaniu podskórnym niema żadnych działań ubocznych.

W. Kurowski

L. S. VULOVIĆ. 12 lat doświadczenia z Phytiną „Ciba“. (Serpski Archiv, 1935, Nr. Nr. 6 i 10).

Autor omawia zaburzenia w odżywianiu u dzieci z punktu widzenia praktyka. Z licznych środków, mających na celu wzmocnienie ustroju, autor zaleca phytinę, jako najbardziej celową dla wieku dziecięcego. Phytina nie uszkadza żołądka, nie powoduje odbijania, ani nudności, szybko wchłania się, wpływa przytem korzystnie na układ nerwowy i przemianę materji. Działanie phytiny zaznacza się już po tygodniu poprawą apetytu. Autor zaleca następujące dawkowanie: 3—4 razy dziennie po 0,25 phytiny w tabletkach, proszku lub kapsułkach przed lub w czasie jedzenia, ewentualnie 2—3 razy dziennie 10—15 kropeł phytiny płynnej.

W poszczególnych wypadkach wskazane jest obok phytiny podawanie witaminy D lub mieszanek z kwasem solnym; w gruźlicy otrzymał dobre wyniki, łącząc phytinę z silistrenem. Na zakończenie autor zaznacza, że phytina nie jest środkiem, błyskawicznie działającym, dlatego winna być zażywana przez dłuższy czas.

W. Kurowski

E. SEHRT. Dzisiejsze zasady postępowania w leczeniu ułonięć. (Münch. mediz. Wochenschrift. 1935, Nr. 39).

W artykule tym autor daje odpowiedź Thielowi który, w Münch. mediz. Wochenschrift polemizuje z Sehrtem w sprawie znaczenia Coraminy w ratowaniu pozornie zmarłych Thiel twierdzi, że *analeptica* wtedy tylko mogą być skuteczne, gdy zachowane jest krążenie. Wrazie ustania oddechu i krążenia jedynie skuteczne jest sztuczne oddychanie z masażem serca lub dosercowe wstrzyknięcie adrenaliny.

Thiel opiera swe twierdzenie na licznych doświadczeniach na zwierzętach. Se h r t w odpowiedzi zaznacza, opierając się na statystyce 1575 przypadków oraz 20 osobiste przez siebie obserwowanych, że u pozornie zmarłych z brakiem tętna i oddechu coramina błyskawicznie pobudza oddech i krążenie. Jednocześnie cytuje prace Killiana i wielu innych autorów, którzy, opisując ciężkie przypadki zatrucia, zapaści oraz ciężkich uszkodzeń oddechu i krążenia, z jaknajlepszym rezultatem stosowali Coraminę. Nie pomija milczeniem także przypadków utonięć, opisywanych w literaturze lub komunikowanych mu, oraz pracy H o m e a o stosowaniu Coraminy w zamartwicy noworodków, gdzie inne środki nie dały większego efektu. Następnie Se h r t podaje w wątpliwość wartość doświadczeń na zwierzętach w zakresie fizjologii krążenia, zwłaszcza, jeśli chodzi o układ naczyniowy obwodowy z obwodowymi ośrodkami naczyniowymi, tak różny u człowieka i u zwierząt. Porównywanie pozornie zmarłych wskutek utonięcia ze zwierzętami, zatrutowanymi CO₂, jak to czyni Thiel, nie wytrzymuje krytyki, gdyż w utonięciu występuje anoksemia i przeładowanie krwi CO₂, u zwierząt doświadczalnych zaś czyste zatrucie. Za najważniejszy Se h r t uważa następujący wniosek: Coramina, w przeciwieństwie do innych środków, może uratować tych pozornie zmarłych, których ośrodkowy i obwodowy układ naczyniowy jeszcze reaguje. Obwodowym punktem działania Coraminy jest przede wszystkimśrodek bionek żył, na co przytacza szereg dowodów: Gwałtowne rozciąganie zwieracza odbytu, jako jeden ze sposobów ratowania topielców, wskazuje na istnienie ośrodka pobudliwości w obrębie spłotu żylnego hemoroidalnego. Tu należy podać znane doświadczenie H e s s a: tylny odcinek ciała żaby, połączony z przednią częścią tylko za pomocą nerwów, przemywa się na przemian roztworami soli o PH₁—7,4 oraz PH₂—6,4, przy zamianie na roztwór kwaśniejszy następuje wyraźne ożywienie czynności serca. Szczególnie pouczające są doświadczenia M a u t h e r a i P i c k a z izolowaną wątrobą mięsożernych: adrenalina wywoływała nie tylko kurcz naczyń, ale także zmniejszenie objętości całego narządu. Wszelkie wątpliwości co do istnienia ośrodka pobudliwości w żyłach usuwa A t z l e r, pisząc: „Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że oprócz ośrodków naczynioruchowych, położonych w układzie nerwowym ośrodkowym, istnieją mechanizmy obwodowe zdolne utrzymać stan napięcia naczyniowego”. Tylko działaniem na te ośrodki obwodowe autor tłumaczy błyskawiczny wpływ Coraminy na pozornie zmarłych. — Co dotyczy zawartości tlenu we krwi, istnieje metoda określania jej zapomocą błękitu indofenolowego. Przez systematyczne wstrzykiwanie Coraminy można obniżyć poziom błękitu indofenolowego we krwi żyłnej nawet do połowy. Spadek ten wskazuje na wzmożone zużycie tlenu kosztem molekularnego tlenu hemoglobiny. Na zakończenie Se h r t zaznacza, że proponowane przez Thie la dosercowe iniekcje adrenalliny uważa za broń obosieczną, niepozbawioną niebezpieczeństwa. W. K u r o w s k i.

Gruźlica.

J. BEERENS i L. REMOUCHAMPS, Wpływ promieni krótkofalowych na rozwój gruźlicy doświadczalnej świnek morskich i na oporność w stosunku do tego zakażenia zwierząt, uodpornionych przez BCG. (C.R. Soc. de Biol. 1935, t. 119, z. 16).

Autorzy stosowali fale o długości 5 m. Zakażali świnki morskie szczepem bydłęcym V a l l é e. Świnki naświetlane wykazywały taki sam stopień rozwoju gruźlicy jak kontrole. To samo tyczy się powstawania odporności pod wpływem BCG: stosunki u zwierząt naświetlanych i kontrolnych były zupełnie podobne. H. M a k o w e r (Łódź).

Raul Cibils AGUIRRE. Doświadczalny dowód gruźliczego pochodzenia rumienia guzowatego. (La Presse Méd. Nr. 6, 1936)

Autor podaje wyniki swej pracy, poświęconej wykryciu prątków K o c h a w guzkach rumienia guzowatego. Otóż w 5 przypadkach stwierdzono w preparatach bezpośrednich, wykonanych ze skrawków guzka, obecność prątków K o c h a. Prątki te zostały zidentyfikowane drogą seryjnego przeszczepiania guzków oraz hodowli na odpowiednich pożywkach. Autor szczegółowo opisuje przypadek rumienia guzowatego u 2½ rocznego dziecka z odczynem M a n t ó u x wybitnie dodatnim. Jeden z guzków wycięto do badania i doświadczeń. Badanie histopatologiczne wykazało: w górnych warstwach wysięk dookoła naczyń włosowatych; w głębszych częściach guzka ogniska zapalne z przewagą komórek wielojądrowych oraz zapalenie tętnic. Badanie bakteriologiczne wykazało: 1) hodowla bezpośrednia: po 5 miesiącach otrzymano szczep prątków kwaso - alkoholoodpornych. Tę hodowlę przeszczepiono na drugiej pożywce i również otrzymano świeży szczep o takich samych własnościach. Próby biologiczne z temi szczepami na świnkach i królikach wypadły dodatnio: we wszystkich przypadkach stwierdzono zmiany gruźlicze. 2) Szczepienie: część guzka zastrzyknięto śwince morskiej do gruczołów wzgl. pod skórę. W celu otrzymania pewnych wyników zrobiono pięć pasażów na świnkach i w szóstej serii szczepionych świnek otrzymano zmiany, z których wychodzą typowe prątki gruźlicy. 3) Wreszcie autorowi udało się, po wielokrotnych próbach barwienia różnemi metodami, wykryć w skrawkach samego guzka bezpośrednio pod mikroskopem obecność prątków K o c h a. Autor sądzi, że wymienione dowody świadczą niezbicie o gruźliczym pochodzeniu rumienia guzowatego.

A. K i r s z b r a u n,

Choroby płuc.

[3] Alfred E. COHN i William H. LEWRIS, Jr. Płatowe zapalenie płuc i naparstnica. (Amer. Journ. Med. Sciences, 1935, t. 189, z. 4).

Czy naparstnica przynosi korzyść chorym na zapalenie płuc płatowe nie jest jeszcze kwestją rozstrzygniętą. Ostatnio W y c k o f f, D u B o i s i W o o d r u f f oraz N i l e s i W y c k o f f, przeprowadzając badania na dużym materiale chorych w przeciągu stosunkowo krótkiego okresu czasu i stosując naparstnicę naprzemiennie u co 2-go chorego doszli do wniosku, że systematyczne jej podawanie w płatowym zapaleniu płuc jest nawet niebezpieczne. C o h n i L e w i s przeprowadzili badania podobne na 1456 chorych ze szpitala Instytutu Rockefellera w Nowym Jorku, biorąc jako podstawę różniczkowanie chorych według „ciężkości choroby”, gdyż ryzyko zejścia śmiertelnego jest w przypadkach o różnym przebiegu, z różnemi powikłaniami i kombinacjami powikłań i czynników ujemnych — zupełnie różne. Na przebieg choroby wpływa rodzaj pracy, typ pneumokoka, wiek chorych, alkoholizm, obecność bakterjemii, liczba zaatakowanych płatów, obecność choroby układu sercowo-naczyniowego, wreszcie właściwe powikłania. Każdy z czynników wyżej wymienionych został poddany dokładnej analizie, a następnie różnorodne ich kombinacje. W świetle tych badań wynik choroby nie zależy — ani w sensie dodatnim, ani w ujemnym — od podawania lub niepodawania naparstnicy, ale od obecności różnych czynników ujemnych i ich kombinacji. Tylko w przypadkach z szybkim migotaniem przedsionków podawanie dostatecznych dawek naparstnicy stanowi metodę leczniczą, ratującą chorych od złego zejścia. H. M a k o w e r (Łódź).

B. S. KLINE i S. S. BERGER. **Ropień i zgorzel płuc. Analiza 90 przypadków obserwowanych w ciągu 10 lat.** (Arch. Intern. Med., 1935, t. 56, z. 4).

W ciągu 10 lat obserwowano w szpitalu Mount Sinai w Cleveland 55 przypadków spirochetozy płuc (w tem 39 — zgorzeli płuc), 12 przypadków ropnia płuc pochodzenia odoskrzelowego i 23 przypadki ropnia płuc zatorowego. 22 przypadki zgorzeli wystąpiły po operacjach w znieczuleniu ogólnym. Zmarło 96% chorych z ropniem płuc zatorowego pochodzenia, 58% — odoskrzelowego, zaś tylko 32% z powodu zgorzeli płuc z jamą, co jest sprawą cięższą od ropnia. Autorzy omawiają obszernie etiologię krętkową (*Spirochaeta Miller-Vincent*) ropnia i zgorzeli płuc oraz znaczenie terapii arszenikowej. Odczyn Wassermann'a w przypadkach spirochetozy płucnej nie występował.

H. Makower (Łódź).

Robert A. COOKE i R. Clark GROVE. **Stosunek dychawicy oskrzelowej do zapalenia zatok nosowych ze szczególnym uwzględnieniem wyników leczenia chirurgicznego.** (Arch. Intern. Med. 1935, t. 56, z. 4).

Cooke w pracy poprzedniej, opartej na 688 przypadkach dychawicy oskrzelowej, znalazł w blisko połowie przypadków etiologię infekcyjną przyczem zakażenie zatok nosa stwierdził u 38% chorych, u których astma rozpoczęła się w wieku 10—30 lat, u 65% — w wieku 30—50, i u 83% — powyżej 50 lat. W pracy niniejszej autorzy dają sprawozdanie z 248 przypadków astmy infekcyjnej (u chorych powyżej 10 lat życia). Zapalenie zatok stwierdzono tu w 92% przypadków. Astmę uważają za odczyn alergiczny na bakterje lub ich składniki. W 120 przypadkach wykonano operację — u 72% chorych stwierdzono poprawę, która z biegiem czasu stale się wzmacniała.

H. Makower (Łódź).

Choroby serca i naczyń.

G. BICKEL. **Zawał mięśnia sercowego, przebiegający jako udar mózgu.** (Bull. de la Soc. Méd. de Hop. de Paris Nr. 29-1935).

Autor opisuje przypadek zawału mięśnia sercowego, który na początku dawał obraz udaru mózgowego; chory w ciągu paru dni znajdował się w stanie głębokiej śpiączki; dopiero 4-go dnia wystąpiło tarcie osierdzia, które zwróciło uwagę autora w kierunku schorzenia serca; badania dodatkowe potwierdziły rozpoznanie zawału mięśnia sercowego. Śpiączki w danym przypadku nie można uzależnić od wylewu krwi do mózgu ani od zatoru czy zakrzepu, gdyż po paru dniach wszystkie objawy neurologiczne cofnęły się bez śladu. Autor sądzi, że śpiączka zależała od nagłego spadku ciśnienia krwi (z 260/160 do 60/45), co pociągnęło za sobą znaczne upośledzenie ukrwienia mózgu. Autor uważa, że w ten sam sposób należy tłumaczyć zmiany psychiczne, często obserwowane w przebiegu zawału mięśnia sercowego. Jakób Penson.

R. KOURILSKY, M. MARCHAL. **Postać utajona zawału mięśnia sercowego.** (Bull. de la Soc. Méd. de Hop. de Paris Nr. 22-1935).

W piśmiennictwie coraz częściej napotyka się nietypowy przebieg zawału mięśnia sercowego. Autorzy opisują przypadek 67-letniego mężczyzny, cierpiącego od paru lat na miażdżycę naczyń obwodowych. Chory w podróży nagle poczuł się słaby, miał nudności, spociał się. Jednak sam wszedł na schody do szpitala, mówił głośno, puls był szybki, ciśnienie znacznie spadło; towarzyszący podróży podał, że w drodze chory na parę sekund stracił przytomność. Badanie EKG. wykazało zmiany, typowe dla zawału mięśnia sercowego; tegoż dnia

temp. podniosła się do 38,2°C. Po 3 dniach czuł się zupełnie dobrze. Po 10 dniach zmiany EKG. również wróciły do normy. Jakób Penson.

A. TILLEMANN. **Dławica piersiowa w świetle nowych poglądów.** (Schw. Med. Woch. Nr. 27-1935)

Aortalne pochodzenie dusznicy bolesnej jest obecnie przez wszystkich autorów negowane; powszechnie przyjęty jest pogląd, ujmujący dusznicę bolesną, jako zespół objawów, powstający spowodu niedostatecznego ukrwienia mięśnia sercowego. Przemawiają za tem doświadczenia na zwierzętach, obserwacje kliniczne oraz dane EKG., które niezbicie dowodzą, że napadom dusznicy bolesnej towarzyszą zmiany w zespole komorowym, a więc zmiany w mięśniu sercowym, a nie w aortie. Szereg czynników prowadzi do ischemji mięśnia sercowego; jako najważniejsze wymienić należy zakrzepy naczyń wieńcowych serca, zwężenie zastawki dwudzielnej, zwężenie aorty, przełomy naczyńiowe Pał'a, ciężka niedokrewność, często-skurcz napadowy. Okazało się, że sztuczne obniżenie zawartości tlenu w powietrzu wdychanem przez chorego z dusznicą bolesną prowokuje typowe napady dusznicowe i zmiany EKG. *Angina pectoris ambulatoria* powstaje przeważnie na tle zwężenia naczyń wieńcowych serca wskutek miażdżycy lub kłty; przy zwiększeniu pracy mięśnia sercowego powstaje głód tlenowy spowodu niedostatecznego rozszerzania się schorzałych tętnic wieńcowych, co prowadzi do napadu dusznicy bolesnej. Wiadomo, że wstrzyknięcie adrenaliny często wywołuje napad dusznicy bolesnej u osób ze schorzaleniami naczyńiowymi wieńcowymi, co tłumaczy się tem, że adrenalina nie posiada zdolności rozszerzania chorych naczyń wieńcowych, a jednocześnie zadaje sercu dużą pracę przez wytwarzanie dużego oporu w krążeniu obwodowym. Napady dusznicy bolesnej, obserwowane w przebiegu wad zastawkowych serca, tłumaczy się również ischemją; przy zwężeniu zastawki dwudzielnej bliznowate zmiany zastawkowe zwężają naczynia wieńcowe; przy zwężeniu aorty naczynia wieńcowe otrzymują zbyt mało krwi. Niewydolność krążenia często idzie w parze ze zmniejszeniem natężenia objawów dusznicy bolesnej, gdyż serce mniej pracuje i wymaga mniej tlenu; to samo obserwuje się niekiedy po przebytych zawałach mięśnia sercowego, co tłumaczy się nekrozą i zbliźnowaczeniem odcinka serca, który był przedtem powodem napadów dusznicy bolesnej. Leczenie winno mieć na względzie przede wszystkim lepsze ukrwienie mięśnia sercowego, co osiąga się przez stosowanie luminalu, papaweryny, atropiny, związków nitrowych, eufiliny i wdychania tlenu; środki te winny być stosowane nie tylko w czasie napadu, lecz i w okresach międzypadowych. MacKenzie ostrzega przed stosowaniem środków przeciwbólowych, działających na układ nerwowy ośrodkowy i aparat obwodowy percepcyjny, gdyż ból jest sygnałem alarmującym i ostrzegającym chorego przed nadmiernym wysiłkiem. Jedynie w 40—50% zawałów mięśnia sercowego i w 15—20% miażdżycy naczyń wieńcowych stwierdza się napady dusznicy bolesnej; ten stosunek między zmianami anatomicznymi mięśnia sercowego, a odczuwaniem bólu jest dotąd niewytłumaczony. Również mechanizm powstawania bólu w przebiegu niedokrwienia mięśnia sercowego jest dotąd nieznany. Autorzy amerykańscy mówią o nieznannej toksycznej substancji, gromadzącej się podczas pracy w mięśniu sercowym i ulegającej magazynowaniu wskutek złego ukrwienia. Ból, a zwłaszcza uczucie strachu ma zależeć od ośrodków układu wegetatywnego, zlokalizowanych w rdzeniu przedłużonym. Jakób Penson.

HOYLE i EVANS. **Dłuższe pozostawanie w łóżku z powodu dławicy piersiowej wysiłkowej.** (The Lancet, Nr. 11, 1934)

Dane z obserwacji 23 przypadków. W ciągu pierwszego miesiąca absolutny spokój w łóżku, nawet karmienie przez prze-

łęginiarkę; w 5-tym tygodniu chory opuszcza łóżko na godzinę, w tygodniach następnych pozostaje poza łóżkiem coraz dłużej; dopiero w 7-y tygodniu rozpoczyna z początku krótkie, potem coraz dłuższe spacerunki po równym terenie. W 7 przypadkach wystąpiła znaczna poprawa, w 10 — lekka poprawa. Obserwacja obejmuje okres 4—9 miesięcy po powrocie do zwykłych zajęć. Zmniejszała się nie tyle częstość napadów, ile ich nasilenie. Czasami obserwował spadek ciśnienia krwi.

Jerzy Fajwlewiec (Łódź).

SCOTT. Tętniak tętnicy płucnej. (The Lancet, Nr. 11, 1934)

Znane są tętniaki drobnych gałązek *a. pulmonalis* w jamach gruźliczych; pęknięcie ich jest klasycznym rodzajem nagłej śmierci u chorych z rozpadową gruźlicą płuc. Tętniak samego pnia tętnicy płucnej lub jego głównych odgałęzień jest bardzo rzadko spostrzegany. Kila, jako moment etiologiczny, ma tu dużo mniejsze znaczenie, niż w tętnicy głównej, jednak została ona stwierdzona w pewnej liczbie opisanych przypadków. Częściej momentem przyczynowym są zmiany ateromatyczne lub septyczne zapalenie wsierdzia. Równocześnie stwierdza się często wrodzone anomalje układu sercowo-naczyniowego, najczęściej (w 22 przypadkach na 90 opisanych) szeroki *ductus aorticus*, w którym wystąpiły zmiany ateromatyczne. W 2 z opisanych wogóle w piśmiennictwie przypadków stwierdzono moment urazowy. Rozpoznanie za życia prawie się nie udaje; najczęściej rozpoznaje się guz śródpiersia. Tętniak tętnicy płucnej występuje naogół w wieku młodszym, niż w tętnicy głównej; jednakowo często u mężczyzn i u kobiet. W polowie opisanych przypadków następuje śmierć nagła wskutek pęknięcia tętniaka z wylewem krwi do jamy osierdziowej lub opłucnowej; w reszcie przypadków śmierć następuje wskutek postępującego osłabienia mięśnia sercowego. Autor opisuje przypadek własny; rozpoznanie ustalone sekcyjnie; stwierdzono również szeroki *ductus aorticus*.

Jerzy Fajwlewiec (Łódź).

BROWN. Przypadek wrodzonego zwężenia ujścia tętnicy głównej. (The Lancet, Nr. 5, 1934).

Przypadek dotyczył dziewczynki 3-dniowej. Rodzice zdrowi. Dwoje dzieci zmarło rzekomo na serce; jedno w wieku 9 dni, drugie — 4 lat. Kilka godzin po porodzie wystąpiła stale zwiększająca się duszność i sinica; śmierć trzeciego dnia. Na sekcji: przerost serca; tętnica główna węższa od płucnej. Tętnica płucna po odejściu głównych ramion do obu płuc łączyła się z *aorta descendens*, tworząc dość szeroki *ductus thoracicus*. Na miejscu zastawek aorty dość gruby włóknisty fałd okrężny. W opisanym przypadku brak danych, przemawiających za przebytem zapaleniem wsierdzia w życiu płodowym. Chodzi o anomalję rozwojową; prawdopodobnie rodzinna skłonność do wrodzonych wad serca.

Jerzy Fajwlewiec (Łódź).

BRAMWELL. Czy uraz głowy może spowodować migotanie przedsionków? (The Lancet, Nr. 1, R. 1934).

Cztery takie przypadki opisali Hay i Jones w 1928 r. Przypadek autora dotyczy górnik 35-letniego. Migotanie wystąpiło bezpośrednio po urazie u osobnika dotychczas zupełnie zdrowego. Trwało 4 tygodnie; ustąpiło po chinidynie. Dokładnie dane anamnestyczne wykluczają jakąkolwiek inną etiologię. Działanie chinidyny polega na przedłużeniu okresu refrakcyjnego; mechanizmu, wywołującego migotanie przedsionków, nie znamy. Brown i Long wywoływali doświadczalnie skurcze dodatkowe, drażniąc tylną część bocznej ściany trzeciej komory u zwierząt w uśpieniu chloroformowym.

Jerzy Fajwlewiec (Łódź).

Choroby krwi i narządów krwiotwórczych.

R. P. CUSTER i E. B. KRUMBHAAR. Histopatologia tkanek krwiotwórczych w krwawiączce. (Amer. Journ. Med. Sciences, 1935, t. 189, z. 5).

Ostatnio sekcje przypadków krwawiączki były rzadkie, przeto autorzy skorzystali z 3 w krótkim czasie zaobserwowanych przypadków, które skończyły się śmiertelnie (krwotok, zapalenie wyrostka robaczkowego, zapalenie płuc) i zostały dokładnie zbadane sekcyjnie dla przeprowadzenia badań nad histologią i cytologią tkanek krwiotwórczych w tej chorobie. Stwierdzono we wszystkich przypadkach normalną zdolność regeneracyjną ze zwiększeniem megakaryoblastów i megakaryocytów.

H. Makower (Łódź).

E. B. KRUMBHAAR i R. P. CUSTER. Notatka o liczeniu różniczkowym komórek w szpiku kostnym ze specjalnym uwzględnieniem określania rzadko spotykanych typów komórkowych (Amer. Journ. Med. Sciences, 1935, t. 189, z. 5).

Morfologię komórek szpiku kostnego łatwiej poznać w skrawkach niż w rozmazach, przeto te pierwsze lepiej się nadają do badań nad zróżniczkowaniem tych komórek. Liczyć należy 500 komórek. Autorzy liczą komórki w każdym 4 polu, jeden liczy, drugi notuje. Około 5% komórek nie da się określić. Dla rzadszych postaci trzeba przejrzeć dużą liczbę pól, np. 200 dla określenia megakaryocytów, jak to uczynili autorzy w pracy poprzedniej. Uzyskane wyniki odznaczają się stałością.

H. Makower (Łódź).

Armand J. QUICK, Margaret Stanley BROWN i Frederic W. BANCROFT. Badanie zaburzeń krzepnięcia krwi w krwawiączce i żółtaczkach. (Amer. Journ. Med. Sciences 1935, t. 190, z. 4).

Wychodząc z założenia, że krzepnięcie krwi odbywa się w 2 fazach, z których pierwszą jest powstawanie trombin z protrombiny, tromboplastyny (trombokiny) i wapnia, a drugą wytwarzanie się włókien z fibrynogenu pod wpływem trombin, autorzy opracowali metodę określania protrombiny. Przy stałej ilości wapnia i tromboplastyny tworzenie się trombin, a co zatem idzie — krzepnięcie krwi — staje się proporcjonalne do ilości protrombiny. Omija się to przez dodanie stałej ilości wapnia do osocza odwapnionego (za pomocą szczawianu) i nadmiaru bardzo czynnej tromboplastyny. Technicznie próbę wykonuje się w sposób następujący: 9 cm³ szybko pobranej krwi miesza się z 1 cm³ M/10 szczawianu sodowego i wiruje się powoli przez 5 minut; 0,1 osocza miesza się z 0,1 roztworu tromboplastyny (emulsja mózgu królika) i dodaje 0,1 M/40 CaCl₂, wstrząsa i obserwuje czas krzepnięcia (22—25 sekund w normie). Jeżeli nie dodać się nadmiaru tromboplastyny, to uzyskuje się Howell'owski „czas protrombinowy“, wynoszący w normie 90—130 sekund; nie oddaje on wiernie ilości protrombin, gdyż zależy w dużej mierze od zmiennej ilości tromboplastyny. Badania nad zawartością protrombin w hemofilii wykazały w 6 przypadkach zupełnie normalną jej poziom (krzepnięcie no 22—24 sek), natomiast w żółtaczkach różnego pochodzenia jest znacznie zmniejszony.

H. Makower (Łódź).

Choroby przemiany materii i gruczołów wewnętrznych.

F. SCHELLONG. O zastosowaniu chleba i maki sojowej w leczeniu cukrzycy i otyłości. (Klin. Woch. N. 14—1935).

Maka, uzyskana z soi różni się od innych rodzajów maki dużą zawartością białka i tłuszczu, przy nieznacznym

odsetku węglowodanów. Skład mąki sojowej: B—33%, T—17%, W—28%; mąka zwykła: B—12%, T—1,8, W—68,7%. Białko soi jest lepiej znoszone przez ustrój, niż białko zwierzęce, zawiera przytem wszystkie niezbędne aminokwasy.

Z czystej mąki sojowej nie można jednak wypiekać chleba i dlatego należy ją mieszać ze zwykłą mąką. Autor podaje własną metodę dla sporządzania pieczywa z mąki sojowej. Soja zostaje poddana procesowi odtłuszczenia, gdyż zawiera zbyt dużo tłuszczu dla chorego na cukrzycę. Najlepszą mieszanką do wypieku okazało się: 500 gr. odtłuszczonej mąki sojowej, 100 gr. mąki owsianej, 25 gr. drożdży i 750 cm³ wody; chleb otrzymany z tej mieszanki jest smaczny i składa się z 65-68% wody, 21%—B, 0,4%—T, 8%—związków bezazotowych; 100 gr. takiego chleba zawiera 122 kalorie. Poza tem autor stosuje mąkę sojową jako dodatek do zup i jarzyn oraz do sporządzania szeregu dań jak jaja z soją, makaron, ciasto desery z siononem lub sacharyną. Autor stosował przetwory sojowe w szeregu przypadków cukrzycy i uzyskał dobre wyniki. Autor specjalnie podkreśla lepszą tolerancję białka sojowego od białka zwierzęcego w przebiegu cukrzycy; opisuje przypadek, gdzie, nie zmieniając diety, zastąpił białko zwierzęce białkiem soi i zanotował wyraźną poprawę całego obrazu cukrzycy.

Również w przebiegu otyłości chleb i mąka sojowa są bardzo korzystne; przetwory te są bowiem mało kaloryczne: zawierają mało węglowodanów i są prawie pozbawione tłuszczu; przytem są smaczne i syjące; chory traci na wadze, nie odczuwając przytem głodu. Autor przytacza przypadki, otyłości, skutecznie leczonej przetworami soi.

Jakób Pen son

J. La BARRE. Rola hormonów dwunastnicy w regulacji glikemji. (Wien. Klin. Woch. N. 21.—1935).

Ustrój rozporządza szeregiem mechanizmów, pozwalających regulować nagłą zmianę poziomu glikemji. Spadek glikemji, spowodowany wstrzyknięciem insuliny, wywołuje wytrąsanie adrenaliny. Hormony poszczególnych gruczołów dokrewnych działają hamująco lub synergicznie na czynność trzustki. Niedawno dowiedziono, że wzmożenie wydalenia sekretyny przez śluzówkę dwunastnicy wywołuje hipoglikemję. Wlewania kwasu solnego do dwunastnicy stanowią silny bodziec dla wydzielania sekretyny. Opierając się na tych doświadczeniach, autor przeprowadził szereg doświadczeń na psach; okazało się, że po wlewu do dwunastnicy słabego roztworu kw. solnego lub po dożylniej iniekcji sekretyny stwierdza się spadek glikemji; hipoglikemja ta nie zależy od nadmiernego wydalenia glukozy drogą nerek, gdyż obok hipoglikemji stwierdza się zmniejszenie cukromoczu. Hipoglikemja ta dochodzi do skutku po usunięciu zewnętrznego wydalenia trzustki (podwiązanie przewodów trzustkowych) oraz po wycięciu trzustki. Badania autora przemawiają za tem, że w regulacji poziomu glikemji, poza czynnikami natury hormonalnej i nerwowej, pewną rolę odgrywa również sekretyna dwunastnicy.

Jakób Pen son.

Choroby narządów trawienia.

J. MEYER, L. SCHEMAN i H. NECHELES. Działanie olejku miętowego na wydzielanie i ruchomość żołądka u ludzi. (Arch. Intern. Med. 1935, t. 56, z. 1).

Olejek miętowy zmniejsza lub zupełnie hamuje nadmierne wydzielanie u chorych na wrzód trawienny. Niekiedy wydzielanie kwasu solnego u tych chorych po alkoholu i histaminie ulega całkowitemu zahamowaniu, w większości przypadków jest znacznie zredukowane pod wpływem jednoczesnego podawania olejku miętowego (od 1 do 2 cm³). Podobnie działanie to zależy od bezpośredniego wpływu na śluzówkę żołądka i od skróconego czasu opróżniania się żołądka.

H. Ma k o w e r (Łódź).

E. BAKKE. Badania kliniczne nad wartością leczenia wrzodów dwunastnicy histydyną. (D. med. Woch. Nr. 38, 1935).

O leczeniu larostidyną wrzodów mamy w piśmienictwie kilkaset prac. Autorzy zgodnie podkreślają wyjątkowo korzystny wpływ larostidyny na przebieg choroby wrzodowej. Znika z kału utajona krew, następuje szybki wzrost wagi oraz znaczna poprawa samopoczucia już po 4 — 5 zastrzykach. Autor potwierdza te spostrzeżenia na podstawie 46 przypadków, przychem zastrzega się, że larostidyna ma tak korzystny wpływ tylko w świeżych przypadkach w ostrym okresie choroby. W przypadkach przewlekłych, poza pewnem polepszeniem samopoczucia, żadnych zmian w obrazie rentgenowskim nie stwierdzono. We wrzodach żołądka kuracja obejmuje 18 — 20 zastrzyków, a dwunastnicy — 25 codziennie po 5 cm³. Przy doustnem podawaniu larostidyny, nie otrzymywano żadnej poprawy. Przeciwwskazań do stosowania larostidyny niema. O pomyślnem ukończeniu terapii świadczą: brak skarg subiektywnych, nawet bez przestrzegania diety, lepsze samopoczucie, brak krwi utajonej w kale, przyrost wagi, zniknięcie albo zmniejszenie wnęki w obrazie rentgenowskim. Podczas 1½-letniej obserwacji chorych leczonych larostidyną, autor nie stwierdził nawrotów. Należy podkreślić przebieg leczenia larostidyną nad innemi metodami leczenia wrzodów żołądka i dwunastnicy. S. G u z m a n (Warszawa).

Choroby kobiet i położnictwo.

TERELI. Czerwonkowe zapalenie pochwy. (Arch. f. Kinderheilk. V. 1935).

Autor opisuje dwa przypadki ropomoczu i zapalenia pochwy wskutek zakażenia zarazkiem *F l e k s n e r a*. Zakażenie dróg moczopłciowych może nastąpić wskutek zetknięcia się pochwy z zakażonym kalem, możliwe jest również zakażenie zstępujące. U jednorocznej dziewczynki upławy były tylko objawem towarzyszącym i zniknęły po 2-tych tygodniach, gdy zakażenie czerwonkowe w przewodzie pokarmowym utrzymało się jeszcze długi czas. Z upławów wyhodowano pałeczkę *F l e k s n e r a*, z kału natomiast udało się wyhodować zarazek *S h i g a - K r u z e*. Kolonja tego zarazka aglutynowała z surowicą *S h i g a - K r u z e*. Badania te wykazały, że w przewodzie pokarmowym i pochwie były dwa różne gatunki zarazków czerwonki. Możliwe jest, że zarazek *F l e k s n e r a* wskutek różnych warunków, mimo to, że znajdował się spoczątku w pochwie i przewodzie pokarmowym, zmienił swoją postać i dlatego nie udało się go w kale wyhodować.

S. G u z m a n.

KLAFTEN. Wewnątrzpochwowe stosowanie insuliny w leczeniu nadżerek. (Med. Kl. V. 1935).

Od kilku lat autor z dużym powodzeniem leczy nadżerki wprowadzaniem insuliny do pochwy. Nadżerki zwykle są objawem zapalenia szyjki macicznej. Najtrudniej uzyskiwano poprawę w nadżerkach wskutek nieprawidłowego położenia macicy, gdy szyjka była mocno przycięnięta do tylnej ściany pochwy. Te nadżerki mają grubą brodawkowatą postać, często mylono je z początkowymi okresami raka. Wszystkie postacie nadżerek dobrze poddają się leczeniu insuliną. Z początku autor dwa razy dziennie smarował nadżerki insuliną, a następnie wkładał tampon dobrze zwilżony insuliną. W miarę polepszenia stosowano insulinę raz dziennie, a następnie co drugi dzień. Podczas leczenia należy dawać pokarm bogaty w węglowodany. — Autor zauważył, że pod wpływem insuliny menstruacje przychodzą z opóźnieniem. Insulina stosowana miejscowo bardzo wolno ulega wessaniu i tem więcej, im większe są owrzodzenia. Niedocukrzecenia krwi autor ani razu nie stwierdził.

ERHARDT u. WINKLER. Transfuzja krwi kobiet ciężarnych (D. m. w. 61, 1935).

Erhardt stosował transfuzję krwi ciężarnych kobiet przed kilku laty w leczeniu braku miesiączki, bez widocznego wyniku. Klauberg i Libke zastosowali transfuzję krwi kobiet ciężarnych w patologicznych krwawieniach narządów płciowych wskutek przetrwania pęcherzyka. Libke, badając istotę hormonalną patologicznych krwawień macicznych, doszedł do wniosku, że zastosowanie „hormonu przedniego płata przysadki” (prawdopodobnie chodzi o hormon, wywołujący luteinizację — przyp. refer.) zaczyna ze 100 cm³ krwi kobiety ciężarnej, czyni interwencję operacyjną niepotrzebną w wielu przypadkach. Autorzy w ciągu ostatnich 4-5 lat przeprowadzili leczenie 25 przypadków przerostów gruczolowych przetaczaniem krwi kobiet ciężarnych. Ilość krwi wahała się od 500—1000 cm³. 10 pacjentek obserwowano w ciągu 2-3 lat. U 3-ech nie nastąpiło polepszenie, u 5-ciu osiągnięto zupełne wyleczenie, okresy miesiączkowe były regularne, u 2-ech nastąpiło polepszenie. Autorzy tłumaczą dobre wyniki leczenia tem że wprowadza się duże ilości hormonów przedniego płata przysadki a poza tem transfuzja krwi oraz inne czynniki stymulujące, swoiste dla krwi kobiet ciężarnych.

S. G u z m a n.

B. A. LEWINA. Współczesna klasyfikacja rzeżączki u kobiet i reakcja Bordet—Gengou. (Sow. Wracz. Gaz. nr. 19, 1935).

Zostało zbadanych ponad 100 przypadków. Autor dochodzi do wniosku że reakcja B. G. zależy przeważnie od obrazu klinicznego, a nie od obecności gonokoków. Reakcja B. G. jest odczynem swoistym, niezmiernie cennym przy wyjaśnieniu etiologii stanów zapalnych narządów rodnych. Przy dodatnim B. G. wchodzi w grę tylko infekcja gonokokowa, tkwiąca w tkankach głębokich obicie ukrwionych. Ujemny B. G. wskazuje na brak sprawy chorobowej głębokich warstw tkanek, nie wyłącza natomiast rzeżączki słuzówek.

S. G u z m a n.

Choroby skóry, weneryczne i płciowe.

Charles MASSIAS. Kiła układu nerwowego u ludności Indochin, tak zwana kiła egzotyczna i objawy nerwowe. (Annales de Dermatologie. 1935).

Kwestja kiły układu nerwowego u ludności tubylczej północnej Atryki i Indochin była przez dłuższy czas sporna u różnych autorów. Przypisywali oni odmienne objawy tego schorzenia u Europejczyków i u ludności miejscowej istnieniu 2-3 różnych zarazków, przyczem zarazek azjatycki nie atakował tak często układu nerwowego, jak zarazek europejski. Jednak badania i obserwacje nad coraz większą liczbą chorych wykazały, że kiła układu nerwowego we wszystkich postaciach istnieje również i u krajowców. Kiła w Indochinach jest bardzo rozpowszechniona; liczba zarażonych w miastach wynosi około 60%, we wsiach 20%. Ludność miejscowa leczy się tylko dorywczo, niedostatecznie, najchętniej wlewaniem arsenobenzolu — ze względu na szybkie znikanie objawów. Cechą charakterystyczną kiły kolonialnej jest przewaga objawów skórnych. Według niektórych autorów, należy przypisać temu dermatotropizmowi słabsze atakowanie układu nerwowego przez zarazek. Wobec tego należałoby się zastanowić, czy niedostateczne leczenie nie jest bardziej szkodliwe, niż zupełne powstrzymanie się od leczenia, gdyż zmniejszałoby ono czynność obronną skóry. Jest jednak rzeczą bezsporną, że dokładne badania przeprowadzone w szpitalu w Sajgonie, wykazały, że z 2365 chorych kiłowych — 579 miało objawy nerwowe. W swojej praktyce autor napotkał wszystkie postacie chorób nerwowych na tle kiły. Chociaż istnienie kiły nerwowej w jej postaciach klasycznych nie daje się zaprzeczyć, jednak na

ogólną, wybitnie dużą liczbę chorych odsetek przypadków nerwowych jest stosunkowo nieznaczny. Być może, zależy to od odmiennego układu vegetatywnego i biochemicznego Annamitów.

H. G a b a y.

H. NEUMANN. Wyleczenie przypadku „priapismus” Androstiną „Ciba”. (Wiener mediz. wochenschrift, 1935.)

Po omówieniu istoty i etiologii „priapismus” autor opisuje konkretny przypadek dotyczący 55-letniego mężczyzny — w wywiadach samogwałt, w 22 roku życia rzeżączka, wyleczona po dwóch miesiącach, później niekiedy przedwczesny wytrysk nasienia, ogólnie jednak potencja zachowana. Żonaty od 23 lat, stosunki normalne. Przed szceniem laty pacjent zauważył, że po stosunku utrzymuje się przez kilka godzin wzwód prącia, który z powodu bolesności uniemożliwił powtórzenie stosunku. Po kąpieli powrócił stan normalny. Od tego czasu stan pogarszał się ciągle, przytem bolesny wzwód utrzymywał się bez przerwy mimo abstinencji płciowej. Wszelkie leczenie pozostało bez trwałego rezultatu, jedynie alkaloidy na krótki czas usuwały bolesność, nie mając żadnego wpływu na stan wzwodu. W tym stanie pacjent zgłosił się do autora. Ponieważ wszelkie możliwe badania (krew, mocza, krew na cukier, V.a.R) dawały wynik ujemny i wyłączały schorzenie organiczne, przeto należało tu przyjąć „priapismus” odruchowy. Zastosowano wówczas androstinę „Ciba” (naprzemian A i B), wiedząc o regulującym wpływie hormonoterapii na dysfunkcje nerwowe — na początku wstrzyknięto domięśniowo androstinę A, po której pacjent jakgdyby poczuł się lepiej. Po następnej iniekcji, tym razem androstyny B, wystąpiła wyraźna poprawa subiektywna, a po trzeciej można było stwierdzić zmniejszenie napięcia prącia. Odtąd zaznaczała się stała poprawa i wreszcie po szóstej iniekcji nie tylko wzwód zupełnie ustąpił, ale także obwód prącia był normalny. Podczas dwutygodniowego leczenia bromem ani razu nie było wzwodu, a po ustaniu wszelkiego leczenia stan nie zmienił się. Niebawem powrócił popęd płciowy z normalnym wzwodem. W sześć tygodni od rozpoczęcia leczenia pierwszy stosunek, który dotychczas był surowo wzbroniony — przebiegał normalnie i nie pozostawił żadnych dolegliwości. Pacjent zgłosił się do kontroli po 3 i 6 miesiącach, ponieważ czuł się dobrze, a stan prącia był normalny, można było przypadek uważać za wyleczony. Aczkolwiek nie w każdym przypadku iniekcje androstyny będą równie skuteczne, jak w powyższym, to jednak w poszczególnych razach okażą się celowe, co wobec rzadkości schorzenia, autor uważa za niewątpliwą postępek.

W. K u r o w s k i.

Choroby nerwowe i psychiczne.

H. BAOUVILLE, J. LEY i J. TITECA. Przypadek ciężkiej pooperacyjnej z zaburzeniami psychicznymi. (Annales med.-psychol. Juin 1934).

Przypadek dotyczy chorej, lat 40, nie obciążonej dziecinnie, usposobienia schizoidalnego, która od 10 lat wykazuje objawy chorobowe, charakteryzujące stany nadmiernej czynności gruczolów przytarczycznych; zaburzenia kostne z odwapnieniami i przerzutami wapniowymi podskórnymi, bóle głębokie w kończynach, wzmagające się podczas chodzenia i przy wysiłkach, często zaburzenia przewodzenia pokarmowego i napady kolki nerkowej. Poza tem chora miała na szyi naprawo od linii środkowej mały guz, który retrospektywnie należy uważać za gruczolak przytarczyczny. Do objawów powyższych dołączyły się później już (6 mies. przed przybyciem do szpitala) objawy dysfunkcji tarczycy: tachikardja, suchość skóry, zwiększony metabolizm podstawowy, chudnięcie, nerwowość oraz wzmożona pobudliwość. W grudniu 1932 r. chora poddana została operacji częściowej tyroidektomii z jednoczes-

nem usunięciem gruczolaka, a w 15 dni po zabiegu wystąpiły pierwsze objawy ciężkiej tężyczki: charakterystyczne drgawki, napadowo występujące bolesne kurcze poszczególnych członków oraz kurcze mięśni oddechowych; kilka dni później wystąpiły zaburzenia psychiczne w postaci stanów zamęcenia z omamami. Kilkakrotnie usiłowała odebrać sobie życie. W okresach wolnych od napadów tężyczki chora zachowywała się spokojnie; źle zorientowana w czasie; zdaje sobie sprawę z tego, że miała zaburzenia psychiczne, pamięta, że usiłowała popełnić samobójstwo, motywuje to tem, że słyszała, jak sąsiadki mówiły o niej, że nigdy nie wyzdrowieje, żałuje swego czynu, przyrzekała, że nigdy tego nie powtórzy. O swym zamachu samobójczym mówi uśmiechając się, nie rozumie najbardziej powagi tego kroku. Pamięć niezła, jeśli chodzi o rzeczy dawne, przedstawia ubytki w stosunku do tego, co się wydarzyło od czasu operacji. Zdolność zapamiętywania wybitnie upośledzona. Zaburzenia intelektualnych nie wykazuje, wszystkie procesy myślowe jednak odbywają się bardzo powoli, podczas badania należy chorej wielokrotnie powtarzać pytanie w przeciwnym bądź razie nie potrafi dać odpowiedzi lub też odpowiada byle co. Podczas napadu tężyczki zaburzenia psychiczne wzmagają się. Już w okresie zwiastunów (uczucie mrowienia w kończynach górnych i dolnych) ogarnia chorą coraz bardziej wzmagający się lęk; następnie już podczas napadu tężyczki występują omamy wzrokowe i słuchowe, chora dopuszcza się czynów gwałtownych, które zazwyczaj trwają dłużej, niż napad drgawkowy. Poza tem chora urojeniowo (ksobnie) interpretuje wszystko, co się dokola niej dzieje. Często też wypowiada urojenia samoponiżenia i samooskarżenia. Podczas podniecenia lękowego usiłowania samobójcze, wykonywane bez przygotowania, znięcka. Chora była leczona dożylnymi zastrzykowaniami *calcium Sandoz* w dawce 1 gr. dziennie, *Wigantolem* i *Parathyroidiną* — 6 mlg. dziennie. Po tygodniu tego leczenia napady tężyczki zaczęły występować rzadziej, jednocześnie napięcie ich znacznie osłabło; przez dłuższy jednak okres czasu utrzymywały się niektóre objawy psychiczne. Już po 3-tygodniach leczenia napady tężyczkowe ustąpiły całkowicie, stan psychiczny również poprawiał się coraz bardziej, a po 3-miesięcznym pobycie w szpitalu wypisała się zdrowa, pozostały tylko ukryte objawy tężyczki, które później również ustąpiły. Zastanawiając się nad etiologią tężyczki pooperacyjnej, autor odrzuca jako przyczynę moment uszkodzenia przytarczyczek podczas operacji, gdyż objawy tężyczki występują i wtedy, kiedy operacja odbywa się najidealniej, jak również, kiedy odbywa się tylko po jednej stronie szyi. Za *Snape* uważa, że zazwyczaj przyczyną tężyczki jest wyluszczenie gruczolaka przytarczyczek; wtedy to odwapniony szkielet chciwie pochłania wapń ze krwi, tak, że zawartość jego spada bardzo nisko, a pozostałe 3 płyty gruczolowe nie są w stanie straty tej wyrównać. Co się tyczy zaburzeń psychicznych, jakie mogą w przebiegu tężyczki wystąpić, to spotykamy tu 3 zasadnicze objawy: zamęcenie świadomości, omamy oraz napady podniecenia lękowego, podczas których chorzy wykazują niekiedy prawdziwy obraz *raptus melancholicus*. Autor zwraca uwagę na fakt, że ostrym stanom depresyjnym również towarzyszy alkalozja krwi, a co za tem idzie, zmniejszenie ilości wapnia w plazmie ustrojowej. Jednak wobec tego, że nie wszystkie przypadki tężyczki przebiegają z zaburzeniami psychicznymi, przypuszczać należy, że w patogenezie tych zaburzeń działają jeszcze i inne czynniki.

Leon Rubinraut.

K. OGASAWARA. **Działanie męskiego hormonu płciowego.** (Isen, t. I, Nr. 6, 1935 r.).

Autor zastosował androstinę u 26-letniego pacjenta, który przed ślubem popadł w stan lęku. Podawano 3 razy dziennie po 3 tabletki androstiny wraz ze środkami uspakajającymi. Dwutygodniowa kuracja dała dobry wynik. Przerwanie kuracji spowodowało lekką recydywę. Wznowiona 10-cio dniowa kuracja androstiną wraz z preparatami bromowymi przyniosła stanowczą poprawę.

F. Mikulska.

HIPPE u. LICKINT. **Leczenie zapalenia opon mózgowych promieniami Roentgena.** (Kl. W. Nr. 28, 1935).

Autorzy podają historię choroby młodego człowieka 24 l., który zgłosił się do kliniki z objawami meningokokowego zapalenia opon mózgowych. Chory był przytomny i skarżył się tylko na silne bóle wzdłuż kręgosłupa. Choroba stała się przewlekłą, towarzyszyły jej dreszcze i ostre napady bólowe. W tym stanie poddano chorego naświetlaniom promieniami Roentgena. Naświetlano potylicę i kręgosłup (7 pól 10×12 . 12% dawki rumieniowej). Otrzymał bardzo szybką poprawę, bóle i dreszcze z gorączką ustąpiły, zjawiał się apetyt i znacznie polepszyło się samopoczucie chorego. Chory wrócił do codziennych zajęć. Autor gorąco poleca ten sposób leczenia, zwłaszcza w przypadkach przewlekłych zapaleń opon mózgowych, powodujących zwykle ciężkie następstwa.

S. Guzman.

Medycyna sądowa.

A. SCHLEGEL. **Kastracja jako środek pozbawienia płodności i zabezpieczenia społeczeństwa od niebezpiecznych przestępców przeciwko moralności.** (Deut. Med. Woch. 1935. Nr. 15).

Według prawa z 24.XI.1933 r. kastracja jest środkiem prawnym w stosunku do niebezpiecznych przestępców przeciwko moralności i może być zastosowana do winnego zgwałcenia lub do przestępcy, co najmniej dwa razy skazanego na karę od 1 roku za przestępstwo na tle popędu płciowego oraz w przypadkach, gdy okoliczności przemawiają za tem, że jest to niebezpieczny przestępca nawykowy. Również kastracja może być zarządzona w stosunku do przestępcy, który popełnił zabójstwo celem zaspokojenia popędu płciowego. Autor odróżnia przestępców nawykowych, przestępców o wybitnie wzmocnionym popędzie płciowym (często na tle homoseksualnem), wreszcie przestępców, upośledzonych psychicznie, i starców. Od listopada 1933 r. autor miał możliwość obserwowania 160 przypadków, w których dokonano kastracji (w szpitalu państwowym w Moabicie). Przeciętnie po 7-tygodniach operowani mogli opuścić łóżko, a po 4-tygodniach byli uznani za zdrowych i zdolnych do pracy. Raz tylko przy operacji musiano stosować przymus; zabiegów z reguły dokonywano w znieczuleniu miejscowem. Co się tyczy następstw usunięcia gruczołów płciowych autor stwierdza, że nigdy nie występowało złe samopoczucie lub jakies zaburzenia natury psychicznej — stan ogólny operowanych był zawsze dobry; duży ich odsetek widział w tym zabiegu środek leczniczy przeciwko ich zbroczeniom i popędowi przestępczemu i nieraz wyrażał wdzięczność za dokonanie operacji. W 90% popęd płciowy zanikał, w pozostałych 10% ulegał osłabieniu. Autor zaznacza, że dalsze wnioski o wpływie kastracji na operowanych będzie można uczynić dopiero po dłuższej obserwacji w warunkach normalnych po opuszczeniu przez nich więzień.

Grzywo-Dąbrowski.

Streszczenia pojedyncze.

Bakterjologia i Serologia.

G. RAMON i B. ERBER. **O odporności przeciwbłoniczej nabytej drogą naturalną, i zakażeniu utajonem u małp.** (C. R. Soc. Biol., t. 116 r. 1934).

Badając obecność antytoksyn błoniczych w surowicy małp różnego pochodzenia (60 badań) R. i E. wykryli, że 40% pośród tych zwierząt posiada powyżej $\frac{1}{30}$ jednostki antytoksynicznej w 1 cm.³, u większości stwierdzono $\frac{1}{10}$ lub $\frac{1}{20}$ jednostki, u niektórych zaś wykryto poniżej $\frac{1}{10}$. Czy obecność antytoksyn jest wyrazem pewnego procesu fizjologicznego, czy też jest wynikiem uodparniania, uwarunkowanego przez obecność pał. błoniczych w gardzieli? Ramon i Erber wybierają drugą hipotezę, gdyż badając gardziel 30 małp 2 razy wykryli pał. błonicze typowe, chorobotwórcze dla świnek morskich. U trzech innych małp wyosobnili oni zarazek zbliżony do pał. Preisz-Nocard, te ostatnie różnią się od pał. błoniczych tem, że są chorobotwórcze dla świnek, uodpornionych anatoksyną błoniczą. J. Seydel.

G. RAMON, R. RICHOU, E. LEMETAYER. **I. Szczepienia zwierzętom doświadczalnym jadu błoniczego z dodatkiem różnych substancji, w szczególności lanoliny.** (C. R. Soc. Biol., t. 117 r. 1935).

II. Wyniki szczepień jadu tężcowego z dodatkiem różnych substancji, w szczególności lanoliny. Ibid.

III. O zmniejszaniu się jadowitości i o działaniu odpornościowym abryny, dodanej do lanoliny i wstrzykniętej śwince morskiej. Ibid.

I. Jeżeli się wstrzykuje śwince morskiej podskórnie jad błoniczy zmieszany z lanoliną (1 ccm. rozcieńczonego jadu na 4 gr. lanoliny), zwierzę nie reaguje na 40 dawek śmiertelnych jadu. Jeśli się dodaje do mieszaniny jadu i lanoliny trochę oliwy, dawka jadu, którą zwierzę znosi, nie ulega zmianie. Zwierzę znosi jad gorzej, jeżeli się uprzednio miesza lanolinę z oliwą, a dopiero następnie dodaje się jad. Jeżeli mieszać jad wyłącznie z oliwą, to zwierzę znosi 2—3 dawek śmiertelnych. Dodatek 10% alunu posiada tę samą właściwość co oliwa, dodatek chlorku wapnia, prątków B.C.G. nie wywiera działania. Królik znosi poskórną i dożylną 10—15 dawek śmiertelnych jadu mieszanego z lanoliną. II. Podobne spostrzeżenia były poczynione w stosunku do jadu tężcowego, wstrzykniętego łącznie z lanoliną. Świnie morskie znoszą 200—300 dawek śmiertelnych jadu wprowadzonego podskórną, domięśniową lub dootrzewnowo. Królik znosi 1 ccm. jadu w 2 gr. lanoliny, gdy tymczasem dawka 0,08 ccm. jadu w soli fizjologicznej powoduje tężec śmiertelny. Jad nie zostaje zniszczony przez lanolinę gdyż mieszanina nieszkodliwa dla królika jest jeszcze bardzo jadowita dla świnki morskiej. Można również wyciągnąć jad z mieszaniny zapomocą eteru i dwufosforanu sodowego. III. Podobne doświadczenia robione były z roztworem abryny i z dodatkiem lanoliny i oliwy. Wstrzyknięcie tej mieszaniny powoduje powstawanie antytoksyn. Jeśli się wstrzykuje lanolinę z abryną dwukrotnie, z przerwą trzytygodniową, po drugim wstrzyknięciu odczyn miejscowy jest znacznie słabszy niż po pierwszym. Antyabryna zjawia się we krwi już po pierwszym wstrzyknięciu, po drugim zaś 1 ccm. krwi zobojętnia 30 dawek śmiertelnych jadu. Zjawiska te tłumaczy autorzy w sposób następujący: lanolina, zdaniem ich, nie dopuszcza do zbyt energicznego działania jadu, wywołuje ona miejscowy stan zapalny, który mobilizuje siły obronne ustroju. Możliwe jest również, że lanolina wpływa na zmniejszenie własności jadotwórczych jadu, nie zmniejszając jednak jego własności antygenowych. J. Seydel.

R. DEBRÉ, G. RAMON, E. NORMAND i G. SEÉ. **I. Jak reagują tkanki świnek morskich uodpornianych anatoksyną błoniczą na wstrzyknięcie jadu błoniczego.** (C. R. Soc. Biol., t. 116 r. 1934).

II. Jak reagują tkanki świnek morskich uodpornianych anatoksyną, na wstrzyknięcie pał. błoniczych chorobotwórczych i niechorobotwórczych. Ibid

III. Jak reagują tkanki świnek morskich uodpornionych biernie, na wstrzyknięcie tych samych prątków. Ibid.

G. RAMON, R. DEBRÉ, G. SEÉ. **O odporności wywołanej przez anatoksynę błoniczą. Badania doświadczalne** (Revue d'Immunologie 1935, Nr. 1).

I. U świnek nieuodpornionych wstrzyknięcie jadu błoniczego wywołuje zmiany miejscowe, martwicę tkanki. Jeżeli dawka jadu jest bardzo mała, można zauważyć w głębokich warstwach tkanki podskórnej odczyn ze strony tkanki łącznej, który ma na celu naprawienie warstw, które uległy martwicy; zwierzę ginie mniej więcej po 8 dniach. U świnek uodpornionych martwica występuje jedynie w miejscu zastrzyknięcia; zmiany na skórze są największe po 24 g., następnie szybko się zmniejszają. Zauważyć można wybitny stan zapalny skóry, duży napływ leukocytów wielojądrzastych, następnie zmniejszenie stanu zapalnego i przerost tkanki łącznej. Ma się wrażenie, że w okresie początkowym wytworzona antytoksyna jest w ilości niedostatecznej dla zobojętnienia całego jadu, po pewnym jednak czasie zobojętnienie jest całkowite. II. Świnie morskie nieuodpornione jak i uodpornione anatoksyną błoniczą, surowica których posiadała 1 jednostkę odpornościową w 1 ccm., autorzy wstrzykują różne ilości chorobotwórczych pał. błoniczych. U świnki nieuodpornionej duża dawka pał. błoniczych wywołuje znikome zmiany miejscowe, śmierć zaś występuje po 24 lub 36 godzinach, dawka mniejsza powoduje martwicę. U zwierzęcia uodpornionego duża dawka pał. błoniczych powoduje gwałtowny odczyn zapalny, lecz bez martwicy, tworzy się jedynie ropień gorący, który otwiera się na zewnątrz lub się otorbia. Pod wpływem słabej lub średniej dawki pał. błoniczych, stan zapalny jest mniej wybitny, ropień się nie tworzy, lecz ogólny charakter odczynu jest jednakowy. U zwierzęcia nieuodpornionego pał. błonicze mnożą się szybko, u uodpornionego zaś prawie że się nie rozwijają i szybko giną. Antytoksyna obecna w jego krwi zobojętnia jad, wytworzony przez pał. błonicze i nie dopuszcza do martwicy tkanek. Jeśli się wstrzykuje zawierającą pał. błoniczych niejadalotwórczych, odczyn jest jednakowy, zarówno u zwierząt nieuodpornionych jak i uodpornionych, a mianowicie: ostry stan zapalny z skłonnością do ropienia, lecz bez martwicy, następnie zaś przerost tkanki łącznej. III. Zwierzęta uodporniane biernie (przez wstrzyknięcie surowicy przeciwbłoniczej), jak i te, które były uodpornione antytoksyną, reagują w sposób jednakowy na wstrzyknięcie zjadliwych i niezjadliwych pał. błoniczych. Z czego wynika, że odporność u zwierząt, szczepionych anatoksyną, nie może być przypisywana innym zmianom tkankowym, jak tylko obecności antytoksyny, krążącej we krwi. J. Seydel.

Lecznictwo.

L. E. ROTENBERG. **Termoelektromasaż.** (Sow. Wracz. Gaz., Nr. 20, 1935).

Połączenie mięsienia z ciepłem przy pomocy żelazka ma oddawna zastosowanie w medycynie ludowej. Autor konstruował żelazko lampowe, zawierające wewnątrz 2 żarówki. Składa się ono z podstawy i pokrywki wypukłej, w której znajdują się gniazda dla wkładania żarówek. W ciągu 5 minut żelazko ogrzewa się do 45—55. Otrzymujemy połączone dział.

nie elektryczności, mięsienia i ciepła. Pod wpływem ciepła skóra ulega przekrwieniu, staje się miękka i elastyczna, bóle zmniejszają się pod wpływem prądu faradycznego. Termoelektromasaż autor stosował z dobrym wynikiem w t. zw. *lumbago*, ischiasach, miozytach, niedowładach, radikulitach, ostrych i przewlekłych stanach zapalnych mięśni i nerwów. Żelazkiem operuje się jak przy prasowaniu bielizny. Termoelektromasaż winien znaleźć szerokie zastosowanie ze względu na prosty mechanizm i otrzymane dobre wyniki.

S. Guzman.

W. PRINSROSE. **Przywrócenie serca do życia.** (Br. Med. J. Nr. 3898. 1935).

Autor jest specjalistą w dziedzinie narkozy. Twierdzi on, że przy zatrzymywaniu się akcji serca w czasie narkozy, jedynym ratunkiem jest bezpośrednie mięsienie serca. Należy je zastosować natychmiast, nie więcej niż po upływie 3 minut, t. j. dopóki nie zajdą nieodwracalne zmiany w ośrodkowym układzie nerwowym. W przypadkach zapaści należy dosercowo wstrzyknąć adrenalinę lub *amylum nitrosum*, w razie niepowodzenia otwieramy jamę brzuszną, poczem prawą ręką masujemy serce poprzez przeponę. Przy mechanicznym a nie toksycznym zatrzymaniu serca udaje się przywrócić krwobieg. Autor uratował w ten sposób w krótkim czasie 4-ch pacjentów.

S. Guzman.

Ben FRIEDMAN, Harry RESNIK Jr., J. A. CALHOUN i T. R. HARRISON. **Wpływ środków moczopędnych na rzut serca chorych z zastoinową niedomogą serca.** (Arch. Intern. Med. 1935, t. 56, z. 2).

Autorzy odnieśli wrażenie, że środki moczopędne przynoszą chorym na serce większą korzyść, niż to się dotychczas przyjmuje i niż daje się wytłumaczyć przez zadziałanie bezpośrednie na jawne lub utajone obrzęki. W tym celu przeprowadzili szereg badań ścisłych nad narządami oddechowymi i narządami krążenia. Podawanie niewielkich dawek teofiliny w przypadkach bez większych obrzęków, gdzie nie było też wybitnego działania moczopędnego, zwiększało w dość stały sposób pojemność życiową płuc. Stosunek wentylacji do pojemności życiowej zmniejszył się znacznie w przeszło połowie obserwacji (stosowano 2 cm.³ salirganu lub 0,9—1,5 teofiliny). Chorzy tracili około ½ kg na wadze w ciągu dnia. Znaczniejszych zmian tętna i pochłaniania tlenu nie stwierdzono. Rzut minutowy serca był zwiększony w 1/3 przypadków, nie było ścisłej korelacji między zmianami rzutu serca a poprawą kliniczną. Środki moczopędne zapewne mają działanie amfotropne na rzut minutowy serca, co powoduje w pewnych przypadkach zmniejszenie rzutu minutowego pod ich wpływem, zapewne przez zmniejszenie obrzęków obwodowych. Zwiększenie rzutu minutowego serca odbywa się prawdopodobnie pod wpływem bezpośredniego zadziałania na serce, być może przez utratę obrzęku przez sam mięsień sercowy. Kiedy działanie obwodowe i centralne się równoważą, niema zmian rzutu minutowego. W przypadkach korzystnych środki te działają przez jednoczesne zmniejszenie ciężaru, pod jakim serce musi pracować, i przez zwiększenie zdolności serca do dźwignia tego ciężaru. W ten sposób działanie środków moczopędnych wybiega poza działanie czysto objawowe. Należy je stosować również w przypadkach, gdzie nawet zupełnie niema obrzęków lub też są one tylko niewielkie. Autorzy mają wrażenie, że długość życia chorych z niedomogą krążenia, którym podawano środki moczopędne, była większa, niż tych, którzy ich nie otrzymywali.

H. Makower (Łódź).

Ben FRIEDMAN, Gurney CLARK, Harry RESNIK Jr. i T. R. HARRISON. **Wpływ naparstnicy na rzut serca osób z zastoinową niedomogą serca.** (Arch. Intern. Med. 1935, t. 56, z. 4).

Liczne badania doświadczalne i kliniczne nad wpływem naparstnicy na rzut serca dały wyniki sprzeczne. Technika

acetylenową u chorych z niedomogą zastoinową serca posługiwali się tylko Stewart i Cohen, którzy znaleźli, że naparstnica stale wzmacnia rzut minutowy serca. Jednakże ich metodyka nie była wolna od błędów. Przeto autorzy zastosowali zmodyfikowaną metodę Grollmana, która nie posiada tak wielkich źródeł błędów i była pozatem skontrolowana przez różnicę zawartości tlenu w tętnicach i żyłach. Uzyskane u 22 chorych z niezbyt intensywną niedomogą serca, z których 8 dobrze odpowiadało na naparstnicę, wyniki były zupełnie niejednolite: u jednych rzut minutowy wzrastał, u innych zmniejszał się, u 3-ich nie ulegał zmianie. Tłumaczą to autorzy podwójnym działaniem naparstnicy: bezpośrednie zadziałanie na mięsień sercowy wzmacnia rzut skurczowy, działanie na obwód zaś przez zmniejszenie ciśnienia żylnego, zmniejszenie ilości krwi krążącej i wielkości serca zmniejsza rzut serca. Interferencja tych 2 czynników może wywołać zarówno zwiększenie (przy przewadze oddziaływania na serce), jak i zmniejszenie (przewaga oddziaływania na obwód), jak i brak zmiany (równowaga obu oddziaływań) rzutu minutowego serca pod wpływem naparstnicy.

H. Makower (Łódź).

Choroby zakaźne.

H. WAREMBOURG, J. DRIESSENS. **Hiperpolipeptidemia w przebiegu tęczy.** (La Presse Médicale 1935).

Autorzy opisują trzy przypadki tęczy, w których przebiegu stwierdzili hiperazotemję, a zwłaszcza hiperpolipeptidemję. Wzrost azotemji nie zależał od chloropenji, bo przez cały czas obserwacji gospodarka chlorków nie odbiegała od normy. Natomiast na autopsji stwierdzono zmiany zapalne w wątrobie i w nerkach. W przebiegu tęczy występuje nadmierny rozpad tkanek spowodowany wzmoczoną pracą mięśni oraz niedostatecznym odżywianiem. Autorzy sądzą, że poza wyżej wymienionymi czynnikami wzrost polipeptidów we krwi zależy od uspienia chloroformowego, które stosowano w celach leczniczych, oraz od dużych dawek surowicy zwierzęcej również leczniczo stosowanej. Autorzy zwracają uwagę, że należy pamiętać o przytoczonym wyżej zespole humoralnym w przebiegu tęczy; od początku leczenia należy stosować glukozę dożylnie, w celu osiągnięcia dobrej diurezy; pozatem autorzy polecają wstrzykiwania wyciągów wątrobowych oraz surowicę przeciwczwicową, zawierającą możliwie jaknajmniej białka.

Jakób Penson.

BRODIE i PARK. **Czynne uodparnianie przeciw zapaleniu przednich rogów rdzenia.** (The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Tom 105, Nr. 14, 1935).

Studia kliniczne i doświadczalne stwierdziły, że surowica ozdrowieńców jest nieskuteczna w leczeniu *poliomyelitis praeparalytica*. Zgadza się to z patogenezą schorzenia: *poliomyelitis* jest schorzeniem wyłącznie ośrodkowego układu nerwowego; swoisty *virus* dostaje się poprzez szlaki nerwowe do komórek przednich rogów rdzenia. Z faktu, że ośrodkowy układ nerwowy stanowi układ zamknięty, wynika, że surowica nie może zadziałać na ogniska, dotknięte infekcją. Leczenie stosowanie szczepionek wydaje się drogą bardziej właściwą. Za skutecznością czynnego uodparniania przemawia fakt, że chorzy, którzy przebyli zapalenie przednich rogów rdzenia, nigdy powtórnie na to schorzenie nie zapadają. Przeciwciała swoiste stwierdza się u ozdrowieńców, zarówno ludzi, jak i małp. U zwierząt doświadczalnych ilość przeciwciał była równoległa do ciężkości schorzenia, a więc stężenie przeciwciał może być probierzem, wskaźnikiem odporności w doświadczeniach uodparniających. U małp próbowano różnych metod. Pierwsza polegała na wstrzykiwaniu subinfekcyjnych dawek czynnego *virus*. Metoda ta przedstawia zbyt duże niebezpieczeństwo infekcji. Metoda druga polegała na stosowaniu mieszaniny jadu z surowicą. Ta metoda okazała się niepraktyczna,

ponieważ jad w takiej zawieszynie był już zobojętniony, nie mógł więc działać jako czynnik uodparniający. Najbardziej celowe okazało się stosowanie jadu inaktywowanego formaldehydem. U doświadczalnych małp efekt uodpornienia wystąpił po zastosowaniu 6 cm. takiej zawieszyny, raz lub dwukrotnie, przy czym 1—2 cm. stosowano deskornie, resztę zaś podskornie. Na 2300 szczepień odczyn ogólny wystąpił tylko w 3 przypadkach, zaś odczyn miejscowy w 23 w postaci powierzchownej martwicy albo zaznaczonego stwardnienia. U 75 dzieci oznaczono miano ilości przeciwciał przed i po uodparnianiu. W pierwszej grupie 12 dzieci, które otrzymały jednorazowo 5 cm., i u 7 dzieci, które otrzymały tę dawkę dwukrotnie w odstępie 11 dni, oznaczono miano przeciwciał po 1, 5 i 8 miesiącach. Po miesiącu u wszystkich dzieci stwierdzono wyższe miano; po 5 miesiącach na 11 dzieci wyższe miano stwierdzono tylko u 9-ciu; po 8 miesiącach na 9 dzieci stwierdzono wyższe miano tylko u 7-ju. Metoda ta winna znaleźć zastosowanie w czasie epidemii. Jerzy Fajwlewiec (Łódź).

M. WASSMUND. Leczenie promienicy jodową jontoforezą. (Zentr. f. Chir. 46, 1935).

Naświetlanie promieniami Roentgena znacznie skracza czasokres choroby. Stosując jontoforezę jodową zauważył autor szybkie cofanie się objawów chorobowych, demarkację oraz bliznowacenie. S. Guzman.

Choroby krwi i narządów krwiotwórczych.

GREENSPON. O czynniku antyanemicznym żołądka. (The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Tom 106, Nr. 4. 1936).

Doświadczenia Castle'a i współpracowników wykazały, że niedokrewność złośliwa powstaje na tle niedomogi żołądka w sensie wydzielania określonego czynnika antyanemicznego. Wykazali oni również, że ten czynnik krwiotwórczy jest zawarty w soku żołądkowym i w śluzówce żołądka u ludzi zdrowych. Autor wykonał szereg doświadczeń dla dalszej analizy omawianych zjawisk. Stwierdził on, że pepsyna jest antagonistą czynnika antyanemicznego żołądka (t. zw. „intrinsic factor” według Castle'a) w niedokrewności złośliwej, ponieważ: a) odżywianie pepsynowaną wenterikulina było nieskuteczne; b) odżywianie depepsynowaną śluzówką żołądka bez dodania wołowiny było skuteczne; c) odżywianie depepsynowaną śluzówką żołądka, poddaną inkubacji z rozcieńczonym kwasem solnym, bez dodania wołowiny było skuteczne; d) odżywianie depepsynowaną śluzówką żołądka, poddaną inkubacji z rozcieńczonym kwasem solnym i pepsyną, było nieskuteczne; b) odżywianie depepsynowaną śluzówką żołądka bez tywowanym w sensie działania pepsyny bez dodatku wołowiny albo innego źródła t. zw. „extrinsic factor” było skuteczne. Wynik podanych doświadczeń przeczyłby istnieniu t. zw. „extrinsic factor”, o którym mówi Castle. Podstawowe doświadczenia Castle'a mogą teraz być wytłumaczone przez mechanizm, który wyłącza działanie t. zw. „extrinsic factor”. Chodzi o wykazany w powyższych doświadczeniach antagonizm pomiędzy pepsyną a czynnikiem antyanemicznym oraz o znaną pojemność adsorbcyjną protein dla pepsyny. Przy sporządzaniu rozmaitych preparatów żołądkowych, zarówno dla stosowania doustnego, jak i parenteralnego, należy pamiętać o usunięciu czynnika antagonistycznego w postaci pepsyny. Jerzy Fajwlewiec (Łódź).

M. B. STRAUSS, P. SOLOMON, A. J. SCHNEIDER, A. J. PATEK. Leczenie powikłań rdzeniowych w przebiegu niedokrewności złośliwej (The Journ. of the Am Med. Assoc. T. 104, Nr. 18, 1935).

Poglądy dotyczące leczenia powikłań rdzeniowych w przebiegu anemii złośliwej są rozbieżne; jedni sądzą, że, pomimo najenergiczniejszego leczenia przetworami wątroby, objawy rdzeniowe nie cofają się; inni opisują poprawę po pa-

renteralnem stosowaniu dużych dawek wątroby. Należy podkreślić, że odnowa zniszczonych komórek i włókien nerwowych jest niemożliwa; jednak niewątpliwie niekiedy obserwuje się poprawę objawów rdzeniowych, co, zdaniem autorów, zależy od ogólnej poprawy stanu chorego, osiągniętej leczeniem wątrobowym lub żołądkowym; poprawa krążenia krwi, wzmocnienie aparatu mięśniowego i trening mogą wywołać pozorną poprawę objawów neurologicznych. Poza tym uszkodzenia nerwów obwodowych, które mają zdolność do regeneracji, bywają mylnie rozpoznawane, jako zmiany rdzeniowe. Autorzy omawiają 26 przypadków anemii złośliwej z wyraźnie rozwiniętymi objawami rdzeniowymi, leczonych w ciągu 3 lat przy pomocy wstrzykiwania przetworów wątroby. W 58% nie uzyskano żadnej poprawy; w 25% — powikłania nerwowe uległy złagodzeniu, a w 17% — osiągnięto zupełne wyleczenie. Na ogół autorzy odnoszą wrażenie, że powikłania rdzeniowe, trwające rok, nie wykazują tendencji do cofania się, pomimo intensywnego leczenia. Poza tym autorzy przytaczają 80 przypadków anemii złośliwej bez powikłań rdzeniowych, leczonych w ciągu 3 lat dużymi dawkami wątroby, stosowanymi pozajelitowo; w żadnym z tych przypadków nie stwierdzono wystąpienia powikłań rdzeniowych. Autorzy sądzą, że wstrzykiwanie dużych dawek przetworów wątroby jest najskuteczniejszą metodą powstrzymującą i przeciwdziałającą powstawaniu powikłań rdzeniowych w przebiegu anemii złośliwej. Jakób Penson.

Choroby dróg moczowych.

THOMAS i BARTON. Ren ectopicus pelvici. (The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Tom 106, Nr. 3. 36).

Ren ectopicus jestto nerka, która nie zajmuje wyznaczonej dla niej normalnie przestrzeni, topograficznie określonej przez stosunek do narządów sąsiednich, i nigdy tej przestrzeni nie zajmowała. Chodzi więc o anomalję wrodzoną. *Ren ectopicus pelvici* jestto nerka, usadowiona w obrębie kośćca miednicy malej, względnie wpoprzek kręgosłupa, przy czym jest ona zaopatrywana w krew przez *aa. iliacae*. Jestto anomalia, która powstaje jeszcze przed ósmym tygodniem życia zarodkowego. Autorzy stwierdzili tę anomalję raz na 822 badania pośmiertne i raz na 547 badań urologicznych. U obu płci myśleć należy o możliwości tej anomalji, gdy się stwierdza guz w miednicy malej. U kobiet zaś szczególnie w razie skłonności do samoistnych poronień, albo gdy w okresach pomiędzy normalnymi ciążami stwierdza się w jamie brzusznej lub w miednicy malej guzowate twory. Rozpoznanie ostatecznie ustalają cystoskopia, zgłębnikowanie moczowodów i obustronne pyeloureterogramy. Omawiana anomalia może przebiegać bez jakichkolwiek objawów podmiotowych. Jeżeli jest ona powodem zaburzeń chorobowych, względnie dokuczliwych objawów klinicznych, leczenie polega na operacyjnym usunięciu nerki pod warunkiem, że druga nerka jest zupełnie zdrowa i wydolna. Jerzy Fajwlewiec (Łódź).

GUTIERREZ. Postępowanie chirurgiczne w anomaljach nerek i moczowodów. (The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Tom 106, Nr. 3. 1936).

Autor podaje krótki przegląd wrodzonych anomalij nerek i moczowodów. Podkreśla przytem częstość objawów klinicznych, stanowiących czasami wskazanie do postępowania operacyjnego, przy czym objawy te zależą wyłącznie od wspomnianych anomalij. Klasyfikacja tych anomalij przedstawia liczne odmiany anatomiczne i wskazuje na możliwość różnych objawów klinicznych oraz warunków patologicznych, związanych z temi anomaljami. Zespół objawów klinicznych oraz patognomoniczne znamiona rozpoznawcze podkowiastej nerki mogą być dostateczną ilustracją znaczenia wrodzonych anomalij dróg moczowych. W każdym więc przypadku, w którym trwają uporeczywe objawy, wskazujące na możliwość procesu

chorobowego w jamie brzusznej, przy obecności minimalnych objawów zaburzeń w drogach moczowych lub nawet ich braku — należy przeprowadzić dokładne badanie urologiczne i urograficzne, i w przypadku stwierdzenia anomalii, nadającej się do skorygowania na drodze operacyjnej, otrzymuje się doskonały efekt leczniczy. Jerzy Fajwlewicz (Łódź).

STEVENS. Wrodzone zwężenie cewki moczowej u kobiet. (The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Tom 106. Nr. 2. 1936).

Jakkolwiek w ostatnich latach poświęca się więcej uwagi wrodzonym zwężeniom poszczególnych odcinków dróg moczowych u kobiet, to jednak zwężenia cewki moczowej umieszczono na szarym końcu. A jednak i w tym odcinku spotyka się cały szereg wrodzonych anomalii: *hypospadiasis*, *epispadiasis*, brak przedniej lub tylnej części całego narządu, podwójne cewki, bifurkacje, rozszerzenia, błony, zamykające światło cewki w całości lub też w postaci zastawek, wreszcie zwężenia. Zdaniem autora, zwężenie cewki wrodzone lub nabyte jest u kobiet zjawiskiem częstym. Śród 1227 kobiet z zaburzeniami w oddawaniu moczu u 458, a więc w 37% objawy te zależały od zwężenia cewki. Przytem w większości przypadków (85.6%) zwężenia znajdowały się przy ujściu zewnętrznym. Objawy zależą od stopnia i umiejscowienia zwężenia. Objawami najczęstszymi są *pollakiuria*, *dysuria*, *nycturia* oraz uczucie pieczenia; czasami występują utrudnienia w oddawaniu moczu lub objawy nietrzymania moczu. Rozpoznanie łatwo ustalić przez zastosowanie kalibrowanych zgłębników. Przy uświadczeniu zwężenia w okolicy ujścia zewnętrznego *meatotomia* jest metodą leczenia z wyboru. Przy innym uświadczeniu poprawę uzyskać można przez stopniowe mechaniczne rozszerzanie. Przy ustalaniu rozpoznania dużą usługę poza zgłębnikowaniem oddają skenoskopia oraz uretroskopia.

Jerzy Fajwlewicz (Łódź).

Joseph H. BARACH i D. Martin BOYD. Nerczyca hipoproteinemiczna i jej leczenie [za pomocą gumy arabskiej]. (Amer. Journ. Med. Sciences, 1935, t. 189, z. 4).

Leczenie nerczycy lipidowej zapomocą roztworu gumy arabskiej wprowadzili w Ameryce w r. 1933 Hartmann, Senn, Nelson i Perley. Barach i Boyd zastosowali tę metodę w 2 przypadkach, w których inne metody lecznicze nie dały żadnego wyniku, ze skutkami zdumiewającymi, jak można się m. in. przekonać z fotografii. Należy dążyć do uzyskania 2% roztworu gumy w osoczu, co osiąga się przez zastosowanie 1 grama na kg wagi. Używano roztworu 30% w 4,5 roztworze chlorku sodu, dopełnionego do 500 cm.³ przez roztwór fizjologiczny. Wstrzykuje się dożylnie, bardzo powoli. Rozczyn musi być zupełnie przezroczysty, blade-żółty. Odczyny po wstrzyknięciu są niewielkie. W tym przypadku u 20-letniej pacjentki musiano się uciec do 11 wstrzykiwań, w 2-im — u 4-letniego chłopca już po pierwszym wstrzyknięciu powstała obfita diureza, poczem codziennie chłopiec czuł się lepiej, 3 mies. później został wypisany ze szpitala i jeszcze po 19 mies. czuje się zupełnie zdrowym. W przypadku tym stwierdzono jeszcze nieznaczny białkomocz, ale poziom białek w surowicy wynosi 8.37%.

H. Makower (Łódź).

W. L. WINKENWERDER, N. Mc LEOD i M. BAKER. Zakażenie i krwotoczne zapalenie nerek. (Arch. Intern. Med. 1935, t. 56, z. 2).

W 78 przypadkach krwotocznego zapalenia nerek, obserwowanych 1—8 lat, stwierdzono w większości przypadków sprawy zapalne paciorkowcowego pochodzenia, poprzedzające wystąpienie zapalenia nerek. Najczęstsze zakażenia są: *tonsillitis*, *pharyngitis*, *bronchitis*, *sinusitis*. Zapalenia płuc pneumokokowe, gościec stawowy i kiła nie odgrywają tu wybitniejszej roli. Po ostrych sprawach zwykle następowało całkowite wy-

leczenie zapalenia nerek, po przewlekłych istniała tendencja do przewlekłego przebiegu sprawy nerkowej. Okres wylegania wynosił 3—23 dni. Zaostrzenia zapalenia nerek również stwierdzano przeważnie po zakażeniach górnych dróg oddechowych, tu okres wylegania wynosił zwykle tylko 1—2 doby.

H. Makower (Łódź).

Choroby dzieci.

B. WOŁOCH. Przypadek amputacji ręki u niemowlęcia w 3 dni po urodzeniu. (Sow. Wręcz. Gaz. Nr. 21, 1935).

Autor opisuje rzadki przypadek amputacji rączki u dziecka w 3 dni po urodzeniu. Dziecko przywieziono do szpitala ze zgorzelą poporodową prawej rączki, całe ramię barwy czarnej, skóra dłoni i palce zupełnie zmacerowane, wydzielająca się cuchnący zielony płyn. Pozatem kość ramieniowa jest złamana. Z anamnezy wynika, że rodzica z powodu niepogody nie mogła być przewieziona do szpitala, rodziła w domu, poród odbierała „babka“ i zlamala dziecku ramię. W ogólnym uspieniu eterem dokonano amputacji ręki aż do wysokości 1/3 kości ramieniowej. Dziecko po operacji czuło się b. dobrze. Po roku i 4-miesięcach dziecko naogół dobrze rozwinięte zaczęło chodzić.

S. Guzman,

O. ADDISON. Gruźlica nerek u dzieci. (Br. Med. J. Nr. 3899. 1935).

Gruźlicę spotykamy w nerkach u dzieci każdego wieku. Powstaje on drogą krwionośną i dlatego też może umiejscawiać się obustronnie. Przebieg gruźlicy nerek u dzieci jest b. przewlekły. Klinicznie może nie być żadnych objawów, z wyjątkiem przemijającego ropomoczu. Rozpoznanie może być postawione tylko na podstawie dokładnego badania ogólnego. Jednocześnie, prawie zawsze, stwierdzamy gruźlicę płuc i stawów. Rokowanie w przypadkach gruźlicy jednej nerki jest niezłe. Po usunięciu operacyjnym jednej nerki, druga nie podlega infekcji.

S. Guzman.

GAUTIER. O azotemji w przebiegu płonicy. (Revue Fr. Méd. T. XI. Nr. 1).

W pierwszym tygodniu płonicy stwierdza się niekiedy azotemję, która, według Lemierrea, może być wywołana przez 3 czynniki: 1) niedomogę czynnościową nerek, które w ostrym okresie płonicy mają zmniejszoną zdolność wydzielniczą; 2) oligurię, która sprzyja zatrzymaniu mocznika we krwi; 3) zaburzenia w przemianie związków azotowych, wywołane przez czynniki chorobotwórcze i jady. Ten ostatni moment jest najważniejszy i dlatego w przebiegu innych chorób zakaźnych często również można stwierdzić azotemję. Stopień tej wczesnej azotemji zwykle jest nieznaczny i nie przekracza 0,65‰. Azotemja powyżej 0,75‰ jest już wyrazem dużej niedomogji nerek, i należy ją traktować jako zapalenie nerek z azotemją. Praktycznie, stwierdzenie wczesnej azotemji, chociaż daje dobre rokowanie, wskazywałoby na konieczność ograniczenia białka na korzyść diety cukrowo-owo-

A. Kirszbraun.

KOSTIC-JOKSIC. Działanie eutroficzne szczepionki B. C. G. (Revue Fr. Méd. XI. 2).

Autorka wykazuje, że dzieci, które, jako noworodki, otrzymały szczepionkę B.C.G., są uodpornione nie tylko przeciwko gruźlicy, ale w ogóle lepiej się rozwijają, niż dzieci nie-szczepione, przebywające w podobnych warunkach: a więc, waga, wzrost, ząbkowanie przebiegają tak, jak u dzieci eutroficznych. Obserwacja wykazała też, że zapadalność na choroby zakaźne jest wyraźnie mniejsza, szczególnie na krztusiec (*parainfluenza*).

A. Kirszbraun.

Streszczenia pojedyncze.

Zagadnienia ogólne.

HADEN. Zaburzenia z braku mnogich swoistych czynników odżywczych u dorosłych. (The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Tom 106, Nr. 4, 1936).

Zaburzenia, wynikłe z braku swoistych czynników odżywczych, stanowią ważny dział medycyny klinicznej. O możliwości takiego czynnika etiologicznego należy myśleć w nader różnorodnych zespołach objawów klinicznych, a więc w sprawach zakaźnych, zaburzeniach gruczołowych, alergicznych i wielu innych. Chodzi o przypadki, gdzie zaburzenia przebiegają łagodnie wśród objawów, które łatwo można przeoczyć, a więc poza pełnoobjawowymi znanymi jednostkami nozologicznymi, jak krzywica, beri-beri lub niedokrewność złośliwa. Pewne objawy powinny szczególnie wzbudzić podejrzenie w kierunku obecności omawianych zaburzeń. Makrocytoza krwinek czerwonych budzi podejrzenie w kierunku niedomogi czynnika antyanemicznego, tak, jak hipochromemja każe myśleć o braku żelaza. Nadwrażliwość układu nerwowo-mięśniowego nasuwa podejrzenie w kierunku braku wapnia. Glossitis i zmiany zanikowe na śluzówce języka oraz zaburzenia w zakresie nerwów obwodowych każą myśleć o braku witaminy B. Dermatitis, pigmentacje obok zaburzeń nerwowych, stomatitis, glossitis nasuwają podejrzenie braku witaminy B₂. Niewyjaśnione obrzęki oraz łatwość powstawania złamań każą myśleć o braku witaminy C. Dla prawidłowego przebiegu procesów, związanych z którymiś ze swoistych czynników odżywczych, decydujące są 3 zjawiska: dostarczenie danego czynnika odżywczego, jego wessanie oraz zużycie. Nprz. dla zapobiegania niedokrewności złośliwej potrzeba, żeby szpikowi kostnemu był dostarczony czynnik antyanemiczny, który powstaje normalnie w żołądku przy współudziale czynników zewnętrznych i wewnętrznych. Nawet przy dostarczeniu z pożywieniem dostatecznej ilości tego czynnika antyanemicznego musi on jeszcze być wessany i chemicznie związany czyli zużyty przez szpik kostny. Ponieważ wszystkie swoiste czynniki odżywcze przyjmujemy z pożywieniem, stan przewodu pokarmowego dla prawidłowego przebiegu omawianych procesów posiada duże znaczenie. Biegunka upośledza wessanie, wymioty dostarczenie wprowadzonych czynników odżywczych. Duże znaczenie posiada normalna kwasota soku żołądkowego. Dla trzeciego czynnika, a mianowicie dla zużycia specyficznych elementów odżywczych przez odpowiednie tkanki i narządy, duże znaczenie posiada prawidłowa czynność nerek. Objawy niedomogi mogą zależeć od niedostatecznego dostarczania danego czynnika odżywczego wogóle, od niedostatecznego dostarczania go wobec wzmożonych ponad normę potrzeb organizmu, na przykład, w ciąży, w niedomodze wysysania, względnie zużycia. Prawie każda tkanka ustrojowa może być dotknięta następstwami omawianych zaburzeń. Omawiana niedomoga ma często charakter mnogi, a więc zależny od braku kilku swoistych czynników odżywczych. Zwykle jednak brak jednego z nich daje objawy, dominujące w obrazie klinicznym.

Jerzy Fajwlewiec (Łódź).

Gruźlica.

A. ALBRECHT. Gruźlica wieku starszego. (Med. KI 45, 1935).

Autor w latach 1921—1934 z pośród 6076 sekcji zwłok w wieku od 50-ciu lat wwyż, w 11% pęcherzyków stwierdził gruźlicę. W około 8% gruźlica była bezpośrednią przyczyną zgonów. 14,2% mężczyzn miało czynną gruźlicę, a kobiet 7,7%. W większości przypadków była to gruźlica płuc, 30,2%

gruźlicy jelit oraz 7,8% gruźliczego zapalenia osierdzia. Na 2600 sekcji gruźlików w Lipsku w 1932 stwierdzono obok zmian gruźliczych nowotwory, miażdżycę tętnic, wylewy krwawe do mózgu, cukrzycę i t. p. Wyżej podane zestawienia wskazują, że gruźlica u ludzi w wieku 60—70 lat nie jest tak rzadka, jak się to często niesłusznie przypuszcza.

S. Guzman.

W. LÖFFLER. Czynniki zwewnątrz- i zewnątrzpochodne w zachorowaniu na gruźlicę. (Schw. med. Woch. Nr. 36, 1935).

Spostrzeżenia autora dotyczą znaczenia czynników zewnątrz- i zewnątrzpochodnych w zachorowaniu na gruźlicę. 9-ciu członków dwunastoosobowej rodziny zachorowało na erythema nodosum po przyjęciu na służbę pracownicy domowej, chorej na ciężką gruźlicę płuc. Inne osoby mniej uczulone na działanie jadu gruźliczego nie uległy zakażeniu. Pierwszy przypadek erythema nodosum miał miejsce już w 41-y dniu po pojawieniu się źródła infekcji.

S. Guzman.

Choroby narządów trawienia.

BASTEDO. Wartość atropiny i belladonny w leczeniu schorzeń żołądka. (The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Tom 106, Nr. 2, 1936).

Atropinę i belladonnę przyjęto stosować w nadkwaśności, hipersekrekcji oraz w stanach kurczowych żołądka. Autor przed 16-tu laty w pracy na ten temat twierdził, że w dawkach, zwykle stosowanych, nie osiąga się pożądanego efektu, zaś dawki skuteczne musiałyby być tak wysokie, że wywarłyby bardzo szkodliwy wpływ na inne czynności ustrojowe. Zdanie, jakoby atropina porażała nerw błędny, przez co zostaje wywołane działanie nerwu współczulnego, który już nie znajduje hamulca-antagonisty, uważa autor za niesłuszne. Piśmiennictwo ostatnich lat dowiodło bowiem, że w razie uszkodzenia obu nerwów, błędnego i trzewiowego, czynność żołądka pozostaje prawie niezmienną. Oba więc układy roślinne posiadają co najwyżej znaczenie regulacyjne, jakby bardziej delikatnej kontroli, gdy chodzi o napięcie oraz rytm kurczliwości żołądka. Oba wspomniane układy nie są również antagonistami w sensie wpływu na czynności ruchowe żołądka. Pobudzenie nerwu błędnego wzmacnia napięcie całego żołądka; pobudzenie zaś nerwu trzewiowego wzmacnia napięcie okolicy odźwiernikowej, a napięcie reszty żołądka — obniża. Działanie atropiny na żołądek jest działaniem obwodowym, które ujawnia się dopiero po wessaniu tego leku. U zwierząt doświadczalnych kolosalne dawki atropiny mogą zmniejszyć lub wogóle zahamować wydzielanie soku żołądkowego. U człowieka dawka maksymalna atropiny stwarza tendencję do zmniejszenia wydzielania soku żołądkowego tylko w t. zw. fazie psychicznej (okres wydzielniczy, związany z uczuciem łaknienia). Te same dawki stwarzają również tendencję do zahamowania wydzielania w fazie międzytrawiennej w ciągu 2—3 godzin, a więc przez czas zbyt krótki, by usprawiedliwić podawanie atropiny na noc w chorobie wrzodowej żołądka. W fazie chemicznej (trawiennej) atropina w dawkach tak dużych, że występuje uboczne działanie toksyczne, może wywołać zmniejszenie wydzielania soku żołądkowego, jednak efekt ten nie jest stały. Działanie na czynność ruchową oraz napięcie żołądka występuje dopiero po zastosowaniu bardzo dużych dawek, po których zjawia się również niepożądane działanie uboczne. A więc pojedyncza dawka atropiny, podana podskórnie, posiada ograniczoną wartość w sensie hamowania wydzielania oraz łagodzenia stanów

kurczowych żołądka. Natomiast w dawkach, zwykle stosowanych doustnie, nie uzyskuje się żadnego praktycznego wpływu na czynności wydzielnicze i ruchowe żołądka.

Jerzy Fajwlewicz (Łódź).

ABBOTT i MILLER. **Studja nad intubacją kiszek cienkich u człowieka.** (The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Tom 106., Nr. 1. 1936).

Do intubacji użyta zostaje rurka gumowa o podwójnym świetle i małej średnicy. Do dystalnego końca tego „zgleźnika” jest przymocowany zapadający się balonik gumowy, który może być rozdęty przez wdmuchiwanie powietrza przez jedno ze światel zgleźnika. Skutki rozdęcia balonika są następujące. A) Zostaje pobudzona perystaltyka kiszek, i nasutek tego odbywa się dość szybkie przesuwanie balonika do dalszych odcinków jelit cienkich; balonik przewędrowuje po przez całą długość jelit cienkich w ciągu zaledwie 3—4 godzin. B) Powstaje w świetle kiszek cienkich sztuczna zapora dla treści, znajdującej się w odcinku proksymalnym od balonika. W ciągu dość krótkiego czasu ponad balonikiem zbiera się spora ilość treści, która może być aspirowana poprzez drugie światło zgleźnika. C) Przez połączenie światła zgleźnika, prowadzącego do balonika, z kimografionem umożliwiające zostaje graficzne przedstawienie wahań w ciśnieniu, zachodzących w świetle jelit cienkich. Technika ta pozwala na dokładne zbadanie treści kiszek cienkich, zarówno jako normalnej wydzieliny, tak i podczas aktu trawienia różnych substancji, pozwala śledzić warunki ich resorpcji oraz dokładnie poznać zjawiska ruchowe w kiskach w postaci wykresów kimografjonu.

Jerzy Fajwlewicz (Łódź).

DACK, DRAGSTEDT i HEINZ. **Bacterium necrophorum w colitis chronica ulcerosa.** (The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Tom 106, Nr. 1. 1936).

U trzech chorych z objawami *colitis chronica ulcerosa nonspecifica*, której rozpoznanie oparto na danych klinicznych, rentgenologicznych i proktoskopji, wobec postępującego wyniszczenia, niedokrewności i uporczywości objawów miejscowych, dokonano ileostomji w końcowym odcinku jelita biodrowego. W izolowanej okrężnicy dominującym drobnoustrojem było *Bacterium necrophorum*. Ten typ drobnoustrojów dominował przytem tak długo, jak długo śluzówka okrężnicy dotknięta była ciężkimi zmianami chorobowymi, zaś w okresach zwolnienia znajdowano go w okrężnicy mniej często. Przez zastosowanie odpowiednich metod badania stwierdzono ten sam drobnoustroj również w zawartości okrężnicy, która nie została izolowana na drodze operacyjnej, u 7-miu spośród 12-tu chorych z *colitis ulcerosa chronica nonspecifica* i w 2 przypadkach *colitis specifica*. W 14-tu na 16 przypadków typowej *colitis ulcerosa chronica* wykryto w surowicy krwi przeciwciała o charakterze dopełniaczy, wiążących *bacterium necrophorum*. Te same przeciwciała wykryto tylko w 3-ch spośród 16-tu przypadków kontrolnych. Dane te obok szeregu innych z piśmiennictwa, potwierdzających właściwości chorobotwórcze omawianego drobnoustroju dla pewnych gatunków zwierząt i dla człowieka, pozwalają przypuszczać, że *bacterium necrophorum* posiada duże znaczenie w etiologii *colitis chronica ulcerosa*. Wyhodowane przez autorów szczepy *bacterium necrophorum* okazały się identyczne z „*actinomyces pseudonecrophorus*”, który wykryty został w zawartości macicy u kobiet z zakażeniem połogowym. *Bacillus necrophorus* jest od wielu lat znany w weterynarii. U szeregu zwierząt domowych wywołuje on ciężkie procesy septyczne. Autorzy wprowadzali zawartość okrężnicy chorych na *colitis ulcerosa* oraz kultury *bacterium necrophorum* do izolowanej na drodze operacyjnej zdrowej okrężnicy trzech małp *Macacus rhesus*, lecz nie mogli tą drogą otrzymać zmian, typowych dla omawianego schorzenia. Tłomaczą to autorzy właściwościami epidemjologicznymi

tego schorzenia, które sprowadzają się do działania nie jednego, lecz wielu czynników. Jerzy Fajwlewicz (Łódź).

CROHN i ROSENAK. **Kombinowana postać ileitis i colitis.** (The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Tom 106, Nr. 1. 1936).

Autorzy podają opis 9-ciu przypadków kombinowanego schorzenia dolnego odcinka kiszek cienkich oraz proksymalnego (*coecum, ascendens*, rzadziej odcinki dalsze) kiszek grubych. Wszystkie przypadki dotyczą osobników w młodym wieku. Objawami najbardziej typowymi są: bóle brzucha oraz nieznaczne rozwolnienie. Początek bywa ostry z wysoką ciepłotą, poczem zwykle przyłącza się okres przewlekły. Rzadziej zdarza się stopniowe nasilanie objawów chorobowych. We wszystkich przypadkach stwierdzono typowe zmiany w jelicie biodrowym. Podobne zmiany patologiczne, lecz nie identyczne, znajdowano w okrężnicy. Niekiedy *colitis* wydaje się jakby dalszym ciągiem *ileitis*. W innych przypadkach zaatakowane odcinki okrężnicy są oddzielone od jelita biodrowego i od siebie niezmienionymi odcinkami śluzówki. Rozpoznanie opiera się na wynikach starannej radiografji po podaniu papki barytowej doustnie i doodbytniczo. Czasami występuje samorzutna poprawa. Objawy *ileitis* zwykle dominują. Opanowanie procesu chorobowego w jelicie biodrowym daje samorzutną poprawę w okrężnicy. Leczenie operacyjne: rezekcja chorego odcinka kiszek. Wczesny zabieg zapobiega wtórnym zmianom w okrężnicy.

Jerzy Fajwlewicz (Łódź).

Choroby przemiany materji i gruczołów wewnątrzwydzielniczych.

MARBLE i SMITH. **Fructosuria essentialis.** (The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Tom 106, Nr. 1. 1936).

Próg nerkowy dla fruktozy jest bardzo niski. Fruktaza w warunkach doświadczalnych zjawia się w moczu, gdy jej poziom we krwi sięga zaledwie 11 milligrm. %. Fruktaza znika z krwiobiegu dzięki czynności wątroby, w której ten wodań węgla zostaje zmagazynowany w postaci glikogenu. U osobników z *fructosuria essentialis* ta czynność wątroby z nieznanych przyczyn zostaje wybiórczo upośledzona w większym lub mniejszym stopniu. W przypadku, spostrzeganym przez autorów, nie było żadnych innych objawów dysfunkcji wątroby. Fruktozuria samoistna jest niewinnem zaburzeniem przemiany materji. W piśmiennictwie brak danych, by w następstwie fruktozurji mogła się rozwinąć prawdziwa cukrzyca. Leczenie fruktozurji samoistnej polega na usuwaniu z pożywienia nadmiaru cukru trzcinowego, miodu i owoców. Fruktozuria nieznacznego stopnia nie posiada większego znaczenia od renalnej dektrozurji lub pentozurji. Obecność fruktozy w moczu chorych z ciężką cukrzycą zdarza się dość często.

Jerzy Fajwlewicz (Łódź).

HAGEDORN, JENSEN, KRARUP i WODSTRUP. **Protaminum insulatum.** (The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Tom 106, Nr. 3, 1936).

Insulina u cukrzycowych ma na celu zastąpienie stałej wydzieliny zdrowej trzustki do żyły bramnej. Przez kilkakrotne zastrzykiwania podskórne insuliny w ciągu dnia stwarzamy tylko niedoskonałą imitację normalnego mechanizmu. W przypadkach lekkiej cukrzycy okazuje się to wystarczającym; natomiast w ciężkich postaciach cukrzycy nie jest w stanie zapobiec dużym wahanom poziomu cukru we krwi. W ciągu ostatnich godzin przed zastrzyknięciem insuliny zachodzą zaburzenia metabolizmu z tendencją do zmniejszenia posiadanych przez organizm depozytów wodań węgla, które odgrywają właśnie dużą rolę bezpośrednio po podaniu insuliny, kiedy poziom cukru we krwi spada nisko. Stosowana zwykle *insulinum hydrochloricum* ulega po zastrzyknięciu szybkiemu wessaniu

do krwi. Gdyby się udało zwolnić tę absorpcję, to tem samem udaloby się usunąć albo przynajmniej znacznie zmniejszyć wspomniany szkodliwy odczyn poadulinowy. Stosowano w tym celu różne sposoby. Leyton (1929) zastrzykiwał insulinę w postaci zawiesiny oleistej. Próbowano również zastrzykiwać insulinę razem ze środkami, zwężającymi naczynia. Wreszcie starano się stworzyć postać insuliny mniej rozpuszczalną w sokach ustrojowych. Autorzy badali w tym kierunku różne związki chemiczne i stwierdzili, że dla doświadczeń klinicznych nadają się jedynie protaminy. Przeprowadzili oni na dużym materiale badania porównawcze pomiędzy działaniem zwykłej insuliny a *protaminum insulinate* i mogli w całej rozciągłości stwierdzić, że ostatnia postać wywiera o wiele korzystniejszy wpływ na poziom cukru we krwi, ponieważ ulega powolnemu wessaniu. Daje ona w cukrzycy korzystniejszy efekt leczniczy.

Jerzy Fajwlewicz (Łódź).

ROOT, WHITE, MARBLE i STOTZ. Doświadczenia kliniczne z *protaminum insulinate*. (The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Tom 106, Nr. 3, 1936).

Duże wahania poziomu cukru we krwi z hiperglikemją z jednej i hipoglikemją (odczyn poadulinowy) z drugiej strony stanowią jedną z największych trudności w leczeniu ciężkiej cukrzycy insuliną. Zastrzykiwania insuliny raz do 3 razy dziennie różnią się bowiem ogromnie od stałego fizjologicznego jej dopływu. Dlatego przy stosowaniu zwykłej insuliny możliwe są duże, a co ważniejsze, nagle wahania poziomu cukru we krwi, zwłaszcza u chorych, którzy okazują specjalną wrażliwość na insulinę, i u których poziom cukru we krwi jest szczególnie chwiejny. Odczyn poadulinowy zwłaszcza w nocy stanowi źródło udręki zarówno dla chorego, jak i dla otoczenia. Stąd szczególną wagę posiadają badania Hagedorna i jego współpracowników nad *protaminum insulinate*. Przez połączenie zwykłej insuliny (*insulinum hydrochloricum*) z protaminą udało się przesunąć Ph tego roztworu z 2.5 do 7.3, a więc zbliżyć do Ph krwi. Po podaniu podskórnym związek taki ulega bardzo powoli rozkładowi, i czynna insulina zostaje wyzwolona w ciągu względnie długiego czasu. Do ampułki, zawierającej 5 ccm. insuliny (duńska L e o) o mocy U-40 (40 jednostek w centymetrze sześciennym) dodaje się przed użyciem 1 ccm. roztworu, zawierającego protaminę oraz fosforan sodu (jako substancję buforową). Zawartość ampułki należy skłócić przed każdym pobraniem z niej treści do zastrzyknięcia. Po *protaminum insulinate* nie sprostregali autorzy żadnego odczynu miejscowego, ani ogólnego, chociaż chorzy odczuwają zastrzyknięcie bardziej boleśnie, niż przy zwykłej insulinie. Wyniki badań w 15 przypadkach były identyczne z wynikami, otrzymanymi przez Hagedorna i jego współpracowników. Poziom cukru we krwi ulega obniżeniu na czas dłuższy, niż przy stosowaniu zwykłej insuliny.

Jerzy Fajwlewicz (Łódź).

M. KRAKAUER. Leczenie cukrzycy dietą obfitą w węglowodany i ubogą w tłuszcz. (Klin. Woch. Nr. 23. 1935).

Przed erą insulinową stosowano przeważnie w przebiegu cukrzycy t. zw. dietę Allena, która zawierała dużo tłuszczów (od 10 do 20 gr.) i b. mało węglowodanów (do 50 gr.). Chorzy cukrzycowi, odżywiani tą dietą, byli słabi, niezdolni do wysiłków i b. skłonni do acetonurji. Po wynalezieniu insuliny okazało się, że przy stosowaniu diety Allena trzeba wstrzykiwać więcej insuliny, niż przy diecie, zawierającej więcej węglowodanów. Amerykanin Joslin pierwszy zwrócił uwagę na to, że dieta obfita w węglowodany, a uboższa w tłuszcz jest daleko skuteczniejsza, niż dieta tłuszczowa. Autor od szeregu lat stosuje małowęglowodanową dietę z dobrym wynikiem; tego rodzaju pożywienie pobudza czynność trzustki, jest przez chorego lepiej znoszone, nie daje powikłań, jest chętnie przez chorych spożywane i wreszcie jest tanie. Gli-

kemja po diecie tłuszczowej jest zawsze wyższa, niż po diecie węglowodanowej. Naogół wszyscy autorzy porzucili obecnie dietę obfitą w białko i tłuszcz. Van-den-Bergh posuwa się nawet tak daleko, że wyraża się, iż liczni chorzy na cukrzycę zawdzięczają swe życie temu, że pokrywom spożywali węglowodany w większej ilości, pomimo zalecaniej przez lekarzy diety tłuszczowej i ubogiej w węglowodany.

Jakób Pen son.

Choroby dzieci.

MORGAN i BROWN. Sinica noworodków. (The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Vol. 105, Nr. 14, 1935).

Zainteresowanie dla sinicy noworodków zarówno ze strony położnika, jak i lekarza praktyka i pedjatrji, ostatnimi czasy zmalało. Prace ostatnich lat znamionuje duży postęp w leczeniu omawianego stanu chorobowego, choć w pewnym odsetku przypadków wynik leczniczy zależy może od faktu, że poprawa sinicy występuje czasami samoistnie. Rozpoznanie często napotyka trudności ze względu na różnorodność warunków, mogących wywołać sinicę noworodków, oraz na stosunkowo małą znajomość fizjologii oddychania i krążenia u noworodków. Przyczyny sinicy noworodków należy podzielić na 2 duże grupy: zależne od nieprawidłowości w czasie porodu oraz zależne od warunków patologicznych u dziecka. Do pierwszej grupy zaliczamy: aspirację śluzu, niedodmę płuc, wypadnięcie pępowiny, pępowinę okręconą dookoła szyi noworodka, wczesne odklejenie łożyska, niskie usadowienie łożyska, przedłużający się ciężki poród, położenie pośladkowe i trudności przy przechodzeniu główki dziecka; niedomogę krążenia lub ciężką toksemję u matki, działanie leków szczególnie morfiny, zastosowanej w czasie porodu, obrzęk mózgu i urazowe krwawienie wewnątrzczaszkowe. Do grupy drugiej zaliczamy: przedwczesny poród i niedostateczny rozwój płodu, przepuklinę przeponową, przetokę przetykowo - tchawiczą, wrodzone patologiczne serce, zapalenie płuc, tężec i posocznicę u noworodka, zachowaną grasicę, spontaniczne krwawienie wewnątrzczaszkowe. Pierwsze miejsce zajmuje aspiracja śluzu i następca niedostateczna wentylacja płuc; zapobiegawczo należy starannie usuwać wydzielinę z gardzieli przed wykonaniem pierwszego wdechu. Obrzęk mózgu stanowi wyodrębnioną jednostkę kliniczną również bardzo ważną, jako przyczyna sinicy noworodków. Objawy kliniczne krwawienia wewnątrzczaszkowego dotychczas nie są dokładnie wyodrębnione. Zależność sinicy noworodków od zachowanej grasicy uznaje tylko pewna grupa autorów. Tężec noworodków nie jest zjawiskiem rzadkiem, które nie powinno być przeoczone ze względu na możliwość zastosowania leczenia swoistego.

Jerzy Fajwlewicz (Łódź).

I. ASCHNOFF. O wołu u noworodków i dzieci. (Archiv v. Kinderheilk. 105. 3. 1935).

Powiększona tarczyca u noworodków zmniejsza się znacznie odrazu po urodzeniu. Również tarczyca normalna, jak stwierdzono, jest znacznie większa bezpośrednio po urodzeniu niż wtedy, gdy dziecko liczy kilka miesięcy. Wielkość tarczycy u noworodków nie jest zależną od jej większego ukrwienia, a czynności jej są regulowane na drodze hormonalnej, prawdopodobnie przez przysadkę matki, lub też jest wynikiem przemiany materji matki. Przemawia za tem fakt, że kobiety z wolem rodzą dzieci z dużą tarczycą. Należy myśleć o ciałach krążących we krwi kobiety ciężarnej z wolem, które to ciała wpływają na powiększenie tarczycy u płodu. Histologicznie, w pęcherzykach powiększonej tarczycy dzieci i noworodków nie spotykamy koloidu albo znajdujemy go tylko b. mało. Powiększenie tarczycy jest odczynem na brak dostatecznej ilości potrzebnego organizmowi jodu. Autor podkreśla złą prognozę przy wołu u noworodków i dzieci, których

przeszło 10% ginie odrazu po urodzeniu wskutek ucisku tarczycy na organy szyi. W takich przypadkach możemy wydać tylko wyrok śmierci. Należy więc dążyć do opanowania sytuacji przez podawanie matce, podczas ciąży, małych dawek jodu. Kównolegie z wiekiem powiększa się tarczycza dzieci i osiąga najwyższe stadium rozwoju w okresie pokwitania. Jako zasadę spotykamy wole koloidowe z dużym nagromadzeniem koloidów w powiększonych pęcherzykach. Jest rzeczą dotychczas niepewną czy wole te wynikają z zaburzeń hormonalnych czy też zależą od pewnych braków u dzieci. Jest pewne, że małe dawki jodu dają świetne wyniki i szybko doprowadzają do normy, w przypadkach opornych dużą rolę odgrywają czynniki konstytucjonalne. Bardzo rzadko dzieci źle reagują na podawanie jodu. Czasami już u dzieci stwierdzamy wole guzowate, przy zupełnym braku objawów kretynizmu. Bywają też rozlane wole koloidowe, a nawet spotykamy często gruczolaki, których bywa dużo zwłaszcza w okresie pokwitania podczas powiększania się wola. W takich przypadkach musimy się liczyć z pewną wrodzoną skłonnością do powiększania się tarczycy, która w odpowiednich warunkach staje się wolem („kraje tarczycowe”).

S. Guzman.

UGO de GIVANCOLO. O leczeniu krztuśca ze specjalnem uwzględnieniem hemoterapii. (Rivista di Clinica Pediatrica 1934 vol. XXXII).

Wakcynoterapia jest najbardziej rozpowszechnionym sposobem leczenia krztuśca. Daje ona, mimo rozbieżności zdań, najlepsze wyniki w warunkach szpitalnych. Warunkiem powodzenia jest wczesne rozpoczęcie terapii. Autor leczył ambulatoryjnie kilkaset dzieci szczepionkami bez specjalnie dobrych wyników. Wyniki podobne daje zwykła proteinoterapia. Wogóle trudno mówić o specyficznej szczepionce tak długo, aż nie będziemy pewni, że krztusiec jest wywołany pałeczką Bordet-Gengou. Stern w 1921 r. zapoczątkował seroterapię krztuśca, zastrzykując chorym surowicę ciętą wakcynowanych. Otrzymał on bardzo dobre wyniki. W ciągu ostatnich lat stosowano leczniczo z dobrym wynikiem surowicę ozdrowieńców. Autor stosował bardzo prostą metodę: pobierał krew z żyły matki strzykawką, zawierającą 1 cm.³ 10% jałowego roztworu cytrynianu sodu. Pobraną w ten sposób krew zastrzykiwano dziecku domięśniowo. Krew matki stosuje się z tego względu, że matka albo przechodziła w dzieciństwie krztusiec albo też, wskutek warunków życiowych uodporniła się. W zależności od wyniku hemoterapii autor podzielił dzieci na trzy grupy. Do pierwszej zaliczył te, u których po 1—2 iniekcjach znikły wszystkie objawy i pozostał tylko kaszel o kataralnym charakterze. Do grupy drugiej należą dzieci, u których wszystkie objawy znacznie zmalały, a pozostał tylko spastyczny kaszel, było ich 5 na ogólną liczbę 12. Trzecia grupa składała się z 3-ga dzieci, u których nie zauważono żadnej poprawy. W pierwszej grupie autor zaobserwował, że już po jednym zastrzyknięciu u dziecka, które poprzedniej nocy miało 12—15 napadów, kończących się wymiotami, liczba napadów zmniejszyła się do 1—4, przebiegających bez wymiotów. Każdy przypadek należy traktować indywidualnie, trzymając się jednak zasady: zastrzyknięcie 10 cm. krwi, poczem należy powtórzyć tę dawkę po 1—2 dniach. Podana przez autora metoda leczenia zasługuje na uwagę, zwłaszcza w leczeniu krztuśca u niemowląt, gdzie osłabienie wskutek kaszlu i ewent. powikłania zagrażają często życiu.

S. Guzman.

EIVIN i JOLKWER. Stosowanie glukozy w stanach toksycznych u dzieci. (Revue Fr. Méd. Tom XI. Nr. 5).

Rozbieżności zdania co do celowości stosowania cukru gronowego w stanach toksycznych u dzieci skłoniły autorów do przeprowadzenia studiów nad wpływem glukozy na ustrój

zatruty. Badania wykonano na 114 przypadkach stanów toksycznych w przebiegu zapalenia opon, zapalenia płuc, czerwonki i dyspepsji. W każdym przypadku określano poziom i krzywą cukru i okazało się, że w większości wypadków występuje wyraźna hiperglikemia, która jest tem większa, im stan dziecka jest cięższy, im objawy toksyczne są bardziej wyrażone. Przy podawaniu chorym stężonych roztworów glukozy autorzy stwierdzali szybki wzrost cukru we krwi do 160—180 mlgr. oraz bardzo powolne opadanie krzywej cukru. To zaburzenie w przemianie cukru autorzy tłumaczą czynnością niedomogą wątroby, jaka się daje zaobserwować w przebiegu wielu chorób infekcyjnych. Badania powyższe pozwalają powątpiewać co do celowości stosowania glukozy w stanach toksyczno-infekcyjnych: jako środka odżywczego ustrój ma go już w nadmiarze (hiperglikemia); dalsze więc podawanie cukru niepotrzebnie obciąża wątrobę. Z drugiej strony stężone roztwory cukru mają działanie odwadniające, przez co pogarszają stany toksyczne u dzieci. Autorzy są również przeciwni stosowaniu w tych stanach adrenaliny, i sądzą, że byłoby słuszniej w stanach toksycznych, którym towarzyszy hiperglikemia, stosować prędzej insulinę. Autorzy kontynuują swoje badania, które wykażą, czy stanowisko ich jest słuszne.

A. Kirszbraum.

LESNÉ. O cholesterynemji w przebiegu niedomogi tarczycy. (Revue Fr. Méd. Tom XI. Nr. 1).

Jest rzeczą znaną, że podawanie preparatów tarczycy w stanach hipercholestrynemji, np. w nerczycach lipidowych, obniża poziom cholesteryny we krwi. U dorosłych normalna ilość cholesteryny we krwi wynosi 1,5 gr. na litr. Epstein stwierdził, że w stanach niedomogi tarczycy poziom cholesteryny wzrasta do 2—3—4 gr. na litr. Lecząc te stany preparatami tarczycy stwierdzono, że w miarę ustępowania objawów niedomogi tarczycy obniża się poziom cholesteryny we krwi. Wobec tego, że określanie przemiany podstawowej u dzieci jest bardzo trudne, autor proponuje, aby zastępczo wykorzystywać zmiany w ilości cholesteryny we krwi dla rozpoznawania stanów niedomogi tarczycy i odpowiednio do wahań kierować leczeniem.

A. Kirszbraum.

ROHMER. Leczenie zapaleń płuc niemowląt za pomocą transfuzji. (Revue Fr. Méd. T. XI, rok 1935).

W roku 1932 wyszła pierwsza praca, poświęcona tej sprawie. Obecnie autor opracował materiał z ostatnich 3 lat. Technika pozostaje ta sama, to znaczy transfuzję zwykle poprzedza upust. Zabieg ten stosuje się tylko w ciężkich zapaleniach płuc z wyraźnymi objawami toksycznymi (duszność, sinica, liche tętno). Zwykle jednak jednorazowa transfuzja jest niedostateczna, gdyż poprawa może być nieznaczna lub przemijająca. Dlatego też autor jest gorącym zwolennikiem kilkakrotnego (nawet do 4 razy) powtarzania transfuzji, dopóki nie wystąpią objawy trwałej poprawy w ogólnym stanie chorego dziecka; objawy toksyczne ustępują, temperatura się obniża, duszność się zmniejsza, objawy ogniskowe zaczynają się powoli cofać. Przy powtarzaniu transfuzji zaobserwowano, że, gdy pobierano krew od tego samego dawcy dwukrotnie, lecz z przerwą ponad 10 dni, u chorych występowały objawy ciężkiego wstrząsu. Dlatego też autor zaleca powtarzanie transfuzji nie później niż na X-ty dzień, najlepiej w odstępach 3—4-dniowych. Leczenie należy rozpoczynać wcześniej, gdyż przeciwwskazaniem do transfuzji są ciężkie zaawansowane zapalenia płuc, którym towarzyszy znaczna niedomoga układu krążenia. Autor zestawia wyniki leczenia 161 niemowląt i wykazuje, że dzięki transfuzji udało mu się obniżyć śmiertelność na zapalenie płuc niemowląt do 30%, a ostatnio nawet do 20%.

A. Kirszbraum.

Streszczenia pojedyncze.

Fizjologia normalna i patologiczna.

Diehl, Moll, Schröder. **Czy stosowane wyciągi wątrobowe zawierają witaminę C.** (Kl. Woch. 29, 1935).

Doświadczenia na zwierzętach oraz chorych z niedokrewnością złośliwą wykazały, że przy podawaniu kwasu askorbinowego znacznie wzmacnia się działanie wyciągów wątrobowych. Biologicznie i chemicznie stwierdzono witaminę C w świeżej wątrobie. Przy pomocy miareczkowania wyciągów wątroby n/100 nalewką jodową oraz odczynnikami Tillmana otrzymano substancję, która biologicznie miała własności przeciwnieciwowe. Określenie ilości witaminy C przy pomocy miareczkowania staje się aktualnym zagadnieniem o dużej wartości praktycznej, metody te są jednak jeszcze teraz tak niedoskonałe, że należy je przyjąć z dużym zastrzeżeniem.

S. Guzman.

E. A. Spiegel i M. G. Wohl. **Odczyn trzewiowo-galwaniczny.** (Arch. Intern. Med. 1935, t. 56, z. 2).

Określenie pasów hiperalgetycznych skóry napotyka często na trudności spowodowane ich podmiotowego charakteru. Dla celów rozpoznawczych jest rzeczą ważną znalezienie obiektywnych metod badania tych spraw. W tym celu autorzy posłużyli się znanym już przedtem faktem, że pobudzenie ośrodków wegetatywnych powoduje zwiększenie potencjałów elektrycznych skóry; wydawało się prawdopodobnym, że zwiększone pobudzenie ośrodków segmentarnych związane z bólem, odnośnym do tych segmentów, przejawia się w postaci zwiększenia potencjałów elektrycznych w odpowiednich dermatomach. Potencjały skóry mierzono metodą kompensacyjną. Znalezione wielkości odpowiadały przypuszczeniom teoretycznym, otrzymane w ten sposób odczyn nazywali autorzy odczynem trzewiowo-galwanicznym. Badania nad tym odczynem mają znaczenie zarówno praktyczne jak i teoretyczne.

H. Makower (Łódź).

Histologia i Embryologia.

M. Meissel. **Zmiany w komórce roślinnej pod wpływem czynników chemicznych.** (Bull. Acad. Sc. U. R. S. S. 1933. Nr. 7).

Autor poddaje rewizji zagadnienie niezależności jądra od bytu zarodki. Badał on komórkę roślinną przy pomocy ultramikroskopu w polu ciemnym. Nowy obiektyw Spierera daje możliwość rozróżniania dwóch składowych części żywej zarodki: istoty drobnoziarnistej, mocno błyszczącej i istoty optycznie pustej. Obniżenie procesów życiowych normalnej komórki przejawia się homogenizacją jądra i zbliżeniem obrazu do pustki optycznej. Wzmocnienie procesów daje opalizację jądra i ziarnistość jego. Działano na komórkę 15—20%-wym wysokiem, roztworem cjanu potasu w stężeniu 1 na 3000 lub na 5000, kwasem arsenikowym (1 na 6000). Wpływ wysoku wyrażał się w pierwszym stadium wzmocnieniem procesów życiowych, przyczem jądro przyjmowało niekiedy kształt pelzakowaty. Wydobywała się zeń istota drobnoziarnista, przedstawiała w obrębie zarodki, poczem jądro odzyskiwało kształt swój poprzedni. Następne stadium narkozy cechowało zamglenie jądra i gruba jego ziarnistość. I te zmiany mogły się jeszcze cofać. Zatrucie definitywne dawało skłaczkanie istoty jądra. Cjanek potasu i kwas arsenikowy zmieniały jądro w kierunku homogenizacji jego zawartości. Plazmoliza komórki (po umieszczeniu jej w 30%-wym roztworze sacharozy) wywoływała opalizację zarodki oraz opalizację i ziarnistość jądra. Doświadczenia potwierdziły zależność bytu jądra od bytu zarodki.

N. Z. Z.

M. Kaiser i P. Vonwiller. **O badaniu drobnowidowem szczepiennych odczynów rogówkowych na żywym zwierzęciu.** (Wien. kl. Woch. Nr. 2, 1933).

Autorzy badali zapomocą układu Ultropatt Leitza szczepioną rogówkę królika w stanie żyjącym potem, jak ją zabarwiono przyżyciowo zapomocą wkróplonych do worka spojówki rozczyńców czerwieni kongo i błękitu metylenowego.

A. Neumann (Baden-Wien).

Bakterjologia i serologia.

F. Pezzangora i C. Bacanu. **Poszukiwanie pał. gruźliczych i paragruźliczych w moczu chorych na gruźlicę płuc, których nerki są klinicznie zdrowe.** (C. R. Soc. Biol. 1935).

Autorzy poszukiwali pał. kwasoodpornych w moczu 82 chorych; każdą próbę moczu badano mikroskopowo i robiono posiewy na podłożu Loewensteina. Jedynie u jednego osobnika, chorego na lewostronne wysiękowe zapalenie płuc z odmą i z prawostronnym naciekiem płucnym, wykryto zarówno w preparatach z osadu moczu jak i w posiewach pałeczki Kocha. Czynność nerek u tego chorego nie była zupełnie normalna. Autorzy dochodzą do wniosku, że w gruźlicy płuc bacillurję stwierdzić można jedynie wtedy, o ile narządy moczopłciowe wykazują zmiany gruźlicze.

J. Seydel.

L. Negre, J. Troiscer. **Wydalenie zarazka gruźlicy z moczem w ostrych zakażeniach niegruźliczych.** (C. R. Soc. Biol., t. 119. 1935).

Na skutek wstrzykiwań wyciągów acetonowych pał. Kocha udało się autorom 3 razy na 14 zbadanych przypadków zaobserwować wydalenie zarazka gruźliczego przez nerki u niegruźlików. U świnek, które nie były poddane działaniu wyciągu acetonowego, a którym wstrzyknięto moczu zawierając pał. Kocha, żadnych zmian gruźliczych nie stwierdzono. Na mocy tych danych autorzy dochodzą do wniosku, że zarazek Kocha wydalał się przez moczu nie pod postacią typowych pał. gruźliczych, lecz pod postacią mniej rozwiniętą i jedynie pod wpływem działania wyciągu acetonowego można było stwierdzić ich obecność. Chorzy, u których w moczu wykryto pał. Kocha, reagowali silnie na tuberkulinę, nadto stwierdzić można było u nich objawy pyelonephritis. Zdaniem autorów, można przypuścić, że zarazek gruźliczy ze stanu utajonego przechodzi w czynny wskutek stanu gorączkowego, występującego u danego osobnika.

J. Seydel.

A. Puga. **Obecność pał. gruźliczych we krwi i w płynie mózgowo-rdzeniowym.** (C. R. Soc. Biol., t. 119. 1935).

Posiewy krwi metodą Loewensteina z 22 przypadków bardzo daleko posuniętej gruźlicy płucnej, dały 5 razy wyniki dodatnie: trzy razy otrzymano wzrost kolonii makroskopowych i 2 razy kolonii mikroskopowych. Płyn m. rdz. tychże chorych posiane na podłożu Loewensteina lub wstrzyknięte świnkom morskim dawały wyniki ujemne nawet w tych przypadkach, kiedy hemokultura była dodatnia. Autor dochodzi do wniosku, że obecności pał. Kocha we krwi nie musi towarzyszyć obecność pałeczek w płynie mózgowo-rdzeniowym.

J. Seydel.

R. Debré, A. Saenz, R. Broca, J. Bernard. **Zjadliwie pr. Kocha w guzkach skórnych i we krwi dziecka dotkniętego rumieniem guzowatym, jako wyraz pierwotnego zakażenia gruźliczego.** (C. R. Soc. Biol. 119. 1935).

Autorzy poszukiwali pał. Kocha jednocześnie w guzkach i we krwi u 11 chorych, dotkniętych rumieniem guzowatym. U 9 osobników wynik badań był ujemny. U jednego dziecka, gorączkującego, w chwili największego nasilenia ru-

mienia guzowatego, autorzy wykryli pal. Kocha zarówno w zmianach skórnych, jak i we krwi. Zmiany grucznicze u świnek, szczepionych krwią chorego dziecka, występowały bardzo powoli. Wstrzyknięcie materiału, pochodzącego ze skóry, wywołało w 4 spośród 10 szczepionych świnek morskich późne zmiany grucznicze. Zdaniem autorów, najkorzystniejszą chwilą dla stwierdzenia gruczniczego pochodzenia rumienia guzowatego jest chwila występowania guzków. J. S e y d e l.

J. BABLET i Fr. BLOCH. **O pr. gruczniczym wyosobnionym ze zmian brodawczakowatych palca.** (C. R. Soc. Biol., t. 119. 1935).

Z dwóch przypadków gruczlicy brodawczakowatej autorzy wyosobnili szczep, który posiadał cechy charakterystyczne dla typu bydłowego. Po kilku pasażach na kartoflu z gliceryną w szczepie tym zaobserwowano niektóre cechy właściwe dla typu ludzkiego. Doświadczenia na królikach i świnkach nie pozwoliły na ustalenie typu. Na zasadzie zmian, które dany szczep wywołują, i ich obrazu histologicznego, należy wyodrębiony szczep uważać za pośredni między typem ludzkim i bydłowym. J. S e y d e l.

Djagnostyka.

A. ŁUSZCZAK. **Spektrografia na usługach higieny zawodowej.** (Wien. med. Wschr. Nr. 4, 5 i 6. 1936).

Pozafajolkowa spektrografia umożliwia oznaczanie węglowodorów benzolu, toluolu, ortho, meta i para-ksylolu zarówno samych przez się, jak i w mieszaninach. Oznaczanie par tych ciał w powietrzu jest możliwe z zupełną pewnością w granicach aż do zawartości kilku dziesiątych miligramu w litrze powietrza. Metoda ta obejmuje z pewnością podaną w piśmiennictwie granicę dla unikania przewlekłych uszkodzeń. Analiza spektrograficzna stanowi obiecującą drogę do oznaczania mieszanin węglowodorów szeregu aromatycznego w technicznych rozpuszczalnikach. Spektrogram pozwala unikać błędnych analiz, gdyż badający, w przeciwieństwie do innych metod fizykalnych, nie jest skazany na jedną liczbę, lecz z postaci krzywych może poznać, czy dozwolone jest wykorzystanie otrzymanych liczb (współczynników wygaszania) dla obliczeń stężenia. Spektrogram stanowi trwały protokół przeprowadzonych rozbiórów. Jeżeli chodzi o węglowodory szeregu aromatycznego, stosunki przedstawiają się tak pomyślnie, że nawet w razie tego samego systemu (benzol, toluol, o., m. i p-ksylol) kształt krzywej wygaszania pozwala na wyciąganie jednoznacznych wniosków, zwłaszcza z dużą pewnością wykryć można obecność benzolu. Ręka w rękę z dotychczas stosowanym rysunkiem zawodowo-higienicznej metodyki badania zaznacza się bardzo wybitny postęp w toksykologicznej ocenie warunków oddychania w pomieszczeniach roboczych, a dzięki temu zwiększenie czynników bezpieczeństwa dla tych, których zawód zmusza do stykania się z trującymi rozpuszczalnikami. H. L.

Dawid R. MERANZE, Theodore H. MENDELL i Theodore MERANZE. **Zmiany cytoplazmatyczne w obwodowych komórkach obojętnochnych jako pomoc w rozpoznaniu i rokowaniu.** (Amer. Journ. Med. Sciences, 1935, t. 189 z. 5).

Zmiany cytoplazmy komórek obojętnochnych były mniej badane, niż zmiany jąder. Zmiany polegają przeważnie na brudno-szarem lub niebieskim zabarwieniu ziarnistości, ich zgrubieniu i nieregularnem umieszczeniu; zwykle obserwuje się też wodniczki w zarodku. Ujmuje się to jako zmiany toksyczne lub degeneracyjne, spotykane w ciężkich chorobach i oznaczające w razie potęgowania się ich złe rokowanie. Autorzy zbadali 250 przypadków różnych chorób zakaźnych i niezakaźnych w szpitalu Mount Sinai w Filadelfji, przeprowadzając 1.500 badań. Określali oni wskaźnik degeneracyjny *Rosenthala* (stosunek procentowy nieprawidłowych neutro-

filów). W zapaleniu płuc płatowem ziarnistości patologiczne są b. częste, pozostawanie wysokiego wskaźnika po przełomie świadczy przeważnie o jakimś powikłaniu. Średnio wskaźnik wynosił 60%. W zapaleniu płuc odoskrzelowem — 45%. Często wskaźnik ten był bardziej miarodajny od temperatury i leukocytozy ogólnej. W przypadkach śmiertelnych wskaźnik wynosił średnio 82%. W nieskomplikowanych przypadkach *otitis media i mastoiditis* niema toksycznych zmian zarodki neutrofilów, zjawiają się one w razie powikłań. To samo tyczy się zapalenia wyrostka robaczkowego bez zapalenia ostrzewny i z zapaleniem jej. Badano te sprawy i w wielu innych chorobach. Duży wskaźnik toksyczny świadczy o ciężkości choroby, zwiększanie się jego o pogarszaniu się rokowania.

H. Makower (Łódź).

William B. WARTMAN. **Badanie ciśnienia żylnego w niektórych zwykłych chorobach.** (Amer. Journ. Med. Sciences, 1935, t. 190, z. 4).

Autorzy zbadali 215 pacjentów zapomocą metody Griffitha, Chamberlaina i Kitchella (streszczonej w Warsz. Czas. Lek., r. 1935). U 31 chorych bez zmian w narządzie krążenia wynosiło ciśnienie żyłne przeciętnie 83 mm. H₂O (norma 60—120 mm.). Zwiększone ciśnienie żyłne obserwowano jedynie u chorych z zastoinową niedomogą krążenia wzgl. z uciskiem w śródpiersiu. Bardzo ważne jest seryjne badanie ciśnienia żylnego, zmiany w kierunku poziomu prawidłowego świadczyły o polepszeniu i dobrym rokowaniu, w kierunku powiększenia ciśnienia — o pogorszeniu sprawy i złej prognozie. Zmiany ciśnienia żylnego i tętniczego są od siebie niezależne. Gruźlica płuc, dychawica oskrzelowa i płatowe zapalenie płuc nie miały wpływu na ciśnienie żyłne w przypadkach badanych. 69% chorych z ciśnieniem żylnem powyżej 250 mm. H₂O zmarło w ciągu 3 mies., gdy z pozostałych tylko 8%. Badanie ciśnienia żylnego jest łatwe i proste; wyniki uzyskane były tak ważne i cenne, że obecnie autor wykonuje to badanie we wszystkich przypadkach sercowo-naczyniowych i

Lecznictwo.

NISHIHARA. **Wpływ jodowych preparatów na doświadczalną miażdżycę naczyń.** (Hokuei Igakkai Zasshi 1935, Nr. 369).

Autor badał wpływ jodowych preparatów (Lipojodina i jodek potasu) na doświadczalną miażdżycę naczyń na podstawie zawartości cholesterolu we krwi, ciśnienia krwi i zmian aorty. Do doświadczeń służyły białe, dojrzałe króliki. Codziennie otrzymywały one 0,5 cholesterolu w postaci emulsji z żółtkiem jaja. Lipojodina w postaci 10% roztworu cukru mlecznego podawana była z pokarmem w ilości 15 mg. na kilo wagi. Wnioski: U królików, karmionych cholesterolą w postaci emulsji z żółtkiem jaja, stwierdzono podwyższenie ciśnienia krwi, hipercholesterynemię oraz zmiany atermatyczne na ścianie aorty. W takiej doświadczalnej miażdżycy naczyń Lipojodina i inne preparaty jodowe wykazują lecznicze działanie: obniżają ciśnienie krwi i powodują szybkie ustąpienie hipercholesterynemii. W. K u r o w s k i.

P. SPELTER. **W sprawie doświadczeń z Rezylem.** (Ztbl. Chir. 1936 Nr. 1).

Pod wpływem preparatów makowca, zalecanych po operacji, utrudnione zostaje wyksztuszenie, co zmusza w wielu przypadkach do zapobiegawczego zastosowania jakiegoś środka wykrztusznego. W leczeniu pooperacyjnych zapaleń oskrzeli z dobrym wynikiem autor stosował Rezył, ponieważ ułatwiał on wykrztuszanie nagromadzonej w oskrzelach wydzieliny: śluz ulega rozwodnieniu, i płwocina bez trudu zostaje wydalona. Rezył podawany był w kroplach (postać ta wprowadzona jest

tylko w Niemczech) albo w syropie, 3 — 4 łyżki stołowe dziennie. Autor podkreśla, że Rezydyl jest dobrze znoszony nawet przez świeżo operowanych, łagodzi kaszel, jest przyjemny w smaku, a jednocześnie pobudza apetyt. W. Kurowski.

Choroby serca i naczyń.

C. SIDNEY, BURWELL i D. FLICKINGER. **Wpływ resekcji osierdzia na krążenie krwi u chorego z zarośnięciem osierdzia.** (Arch. Intern. Med. 1935, t. 56, z. 2).

Autorzy dokładnie zbadali czynność krążenia w przypadku zarośnięcia osierdzia spowodowanego gronkowcowym zapaleniem osierdzia — przed i po operacji. Objawy niedomogi krążenia wywołane są w *concretio cordis* przede wszystkim przez zmniejszony rzut serca, następnie zaś przez wzmożone ciśnienie żyłne. Pierwszy czynnik prowadzi do tachykardji, niskiego ciśnienia różniczkowego („pulse pressure”) i zmęczenia wysiłkowego, drugi zaś czynnik do powiększenia wątroby, powstania obrzęków, płynu w opłucnej i otrzewnej. Zmniejszenie rzutu skurczowego i minutowego w tym stopniu, jaki spotyka się w *concretio cordis*, rzadko tylko bywa obserwowane w innych chorobach serca, jak np. ciężkiej tachykardji, zakrzepie tętnicy wieńcowej. Rozpoznanie jest łatwe, kiedy istnieją jednocześnie objawy znacznie zmniejszonego rzutu serca i ciężkiego zastoj żylnego, zwłaszcza jeżeli istnieje tylko nieznaczne powiększenie serca lub też niema go wcale, i zastój płucny jest nieznaczny w porównaniu do zastoj obwodowego, niema objawów wady zastawkowej, położenie serca jest ustalone i okolica serca mało tętni, istnieje *pulsus paradoxus*. Ciśnienie żyłne osiągać może wysokość, nie spotykaną w innych chorobach, w przypadku opisywanym np. 390 mm. rozczyńca fizjol. (=30 mm. Hg). Po operacji (usunięcie części zbliznowiałego osierdzia) ciśnienie żyłne spadło, rzut serca zwiększył się, zwiększyło się tętnienie serca, jednocześnie nastąpiła znaczna poprawa kliniczna.

H. Makower (Łódź).

WESLEY W. SPINK. **Powikłania sercowo-naczyniowe w trychiniozie.** (Arch. Intern. Med. 1935, t. 56, z. 2).

Zaburzenia ze strony narządu krążenia nie należą we włośnicy do rzeczy rzadkich. W piśmiennictwie przez długi czas toczyła się dyskusja, czy zapalenie mięśnia sercowego spowodowane jest tu przez inwazję larw *trichinelli*, czy też przez zadziałanie toksyczne. Obecnie nie ulega wątpliwości, że myokardyt może być wywołany przez nieswoisty odczyn zapalny, spowodowany przez obecność larw. Spink znalazł zmiany elektrokardjograficzne w 6 przypadkach z 18 zbadanych pod tym względem. Zmiany te polegają na obniżeniu lub odwróceniu załamka T oraz na zmniejszeniu amplitudy zespołu QRS; mogą być również zaburzenia przewodnictwa, jak świadczy o tem przypadek bloku wewnątrzkomorowego, obserwowany przez autora. Tylko w 1 z tych 6 przypadków były objawy niedomogi krążenia. Larwy znaleziono po strawieniu mięśnia sercowego (metoda Augustine i Theilera). Inne zmiany narządu krążenia — poza myokardytem — w trychiniozie, znajdowane przez różnych autorów, są następujące: 1) obrzęki, zwłaszcza twarzy i oczu; 2) przekrwienie i krwawienie z spojówek i białówek, biegunka krwawa; 3) hipotensja; 4) zakrzepy i zatory. Wywody autora ilustrują 4 dokładne historie choroby.

H. Makower (Łódź).

Franklin R. NUZUM i Albert H. ELLIOT. **Poprzeczna średnica serca u chorych z nadciśnieniem — z pomiarami klinicznymi, sprawdzonemi przez badania pośmiertne.** (Arch. Intern. Med. 1935, t. 55, z. 2).

W r. 1919 zaproponował Danzera jako kryterjum prawidłowych rozmiarów serca stosunek poprzecznego wymiaru serca do wewnętrznego wymiaru klatki piersiowej, określonych na filmie, znajdującym się w odległości 1,8 metra od wylotu lampy; u ludzi prawidłowych stosunek ten nie wykracza poza

1:2. W r. 1926 Hodges i Eyster starali się określić za pomocą metod statystycznych prawidłowy wymiar poprzeczny serca zależnie od wieku, płci, wzrostu i wagi. Badania ich wykazały, że korelacja taka istnieje, w największym stopniu z wagą. Na tej podstawie stworzyli oni formułę dla określania normalnej szerokości serca, która okazała się tak ścisłą, że jeżeli znalezione ortodiagnostycznie wymiary były od wskazanych przez nią większe o przeszło 5 mm., to istnieje prawdopodobieństwo 3:1, że zaobserwowane wymiary stanowią nienormalne rozszerzenie serca. Nuzumi Elliot porównali stosunek Danzera i przepowiedziane na zasadzie formuły Hodgesa i Eystera wymiary u 175 osób zdrowych (opisanych poprzednio przez Baintona) i u 79 chorych na nadciśnienie tętnicze. Znaleźli oni korelację między stosunkiem sercowopiersiowym i wagą ciała zarówno u osób z potencjalnym rozszerzeniem serca, jak i u osób prawidłowych; osoby chude mają tendencję do posiadania średnicy poprzecznej mniejszej od połowy poprzecznego wymiaru klatki piersiowej, osoby otyłe — odwrotnie, większej. Przepowiedziane metodą Hodgesa i Eystera wymiary nie były w stanie wykryć rozszerzenia lewego serca u chorych otyłych, stanowiły natomiast dobry wskaźnik u ludzi z wagą prawidłową i u chudych. Jest to zapewne zależne od tego, że u otyłych czynniki mechaniczne przeszkadzają ujawnianiu się rozszerzenia lewej komory, chociaż jest ona przerosła. Obydwie metody nie wykazały rozszerzenia serca w 20.2 + 8.5% osobników, którzy prawdopodobnie mieli przerosłe serca. Korelacja z przewagą lewokomorową, stwierdzoną elektrokardjograficznie, nie była ścisłą.

H. Makower.

Harry A. RICHTER. **Znaczenie elektrokardjogramów seryjnych w zakrzepie wieńcowym.** (Amer. Journ. Med. Sciences, 1935, t. 189, z. 4).

Richter uważa zgodnie z Herrickiem; Cooksey i Freundem; Oille; Drierslerem za najważniejsze zmiany elektrokardjograficzne w zawale serca — zmiany w krzywych, otrzymywanych seryjnie. W 72 przypadkach z Rush Medical College Uniwersytetu w Chicago tylko w 2 przypadkach nie uzyskano tą metodą zmian wyraźnych. Jako *curiosum* podać należy, że — zgodnie z szeroko rozpowszechnionym przesądem o częstej niezwykłości przebiegu chorób u lekarzy — obydwie te przypadki dotyczyły się właśnie lekarzy. Cooksey i Freund mieli w 24 przypadkach 100% wyników dodatnich, Pardee w 25 przypadkach również 100%, Oille w 200 przypadkach — 99%. W 2 przypadkach Oillego i 1-y Kellyego typowe dla zawału zmiany elektrokardjograficzne powstały 24 godz. przed objawami klinicznymi. Symulować krzywe zawałowe mogą niektóre przypadki przewlekłych wad serca, czynnego gośćca stawowego, grypy, błonicy, zapalenia płuc, nadczynności tarczycy, zapalenia wysiękowego osierdzia, mocznicy, niektórych otruc. Przez badanie seryjne można większość z tych spraw wyłaczyć, gdyż tu przeważnie zmiany utrzymują się długo wzgl. stale, w zakażeniach i otruciach mogą być zmiany z dnia na dzień, ale tu pomagają do właściwego rozpoznania inne czynniki. Trzeba przeprowadzać ścisłą korelację między przebiegiem klinicznym a badaniem elektrokardjograficznym. Dla celów praktycznych proponuje Richter przeprowadzenie badań elektrokardjograficznych jaknajprędzej po zawale, następnego dnia, po przerwie jednodniowej, później ewentualnie co tydzień w ciągu miesiąca i dłużej. H. Makower (Łódź).

C. LIAN, A. ABAZA. **Wzrost ciśnienia żylnego przy normalnej szybkości przepływu krwi jako objaw świadczący o utrudnieniu odpływu krwi z żyły próżnej górnej.** (Bull. et mem. de la Soc. de Hôp. de Paris Nr. 15—1935).

Wzrost ciśnienia żylnego na kończyźnie górnej przy normalnym ciśnieniu żylnym w kończynach dolnych świadczy o ucisku na żyłę próżną górną; ucisk ten przeważnie zależy od no-

wotworów lub stanów zapalnych śródpiersia. Oznaczanie ciśnienia żylnego w dolnych kończynach natrafia jednak niekiedy na duże trudności. Autorzy zauważyli, że przy ucisku żyły próżnej górnej stwierdza się znaczny wzrost ciśnienia żylnego w kończynie górnej obok normalnej szybkości obiegu krwi; natomiast nadmiernemu ciśnieniu żylnemu, powstającemu na tle niedomogi mięśnia sercowego, towarzyszy wzrost szybkości obiegu krwi. Autorzy sprawdzili opisany objaw w 4 przypadkach; niekiedy objaw ten ma większe znaczenie rozpoznawcze od badania Roentgenem. **Jakób Penson.**

A. GARRETTON SILVA, L. HERVÉ, A. del SOLAR. Zmiany elektrokardjograficzne w przebiegu duru plamistego. (Arch. des Malad. du coeur Nr. 5 — 1935 r.).

Badania autorów dotyczą epidemii duru plamistego w Santiago de Chili; materiał obejmuje 85 przypadków; badania EKG, przeprowadzano w chwili przybycia chorego, po spadku ciepłoty i w okresie zdrowienia. W 94% stwierdzono zmiany krzywej EKG, tem głębsze, im cięższy przebieg schorzenia. Krzywa EKG, wykazuje odchylenia od normy w całym swym przebiegu. Fala P po paru dniach trwania schorzenia ulega spłaszczeniu, czas przewodnictwa przedsionkowo-komorowego ulega znacznemu wydłużeniu i dochodzi do szczytu w okresie spadku temperatury; w jednym przypadku stwierdzono zupełny blok. Również fala T spłaszcza się w końcu 1-go tygodnia; w 2 tygodniu przeważnie jest ujemna; w tydzień po spadku ciepłoty zwykle wraca do normy. Prócz badań EKG, autorzy badali anatomopatologicznie 32 przypadki, zakończone śmiercią; stwierdzali rozległe zmiany śródmiaśzowe, mięśzowe i naczyniowe w mięśniu sercowym. Na czoło wysuwały się zmiany naczyniowe w postaci *endocarditis*, przyczem najrozleglejsze zmiany naczyniowe stwierdzano w mózgu i rdzeniu. Ciężkie zmiany sercowe odpowiadały znacznym odchyleniom od normy krzywej EKG. za życia. **Jakób Penson.**

E. DOUMER. Zaburzenia żołądkowo-jelitowe, jako jedyny objaw zawału mięśnia sercowego. (Bull. et mém. de la soc. med. de Hôp. de Paris Nr. 17 — 1935 r.).

Autorzy rosyjscy (Obrazcow, Straszenko) pierwsi zwrócili uwagę na rzadkie przypadki zawału mięśnia sercowego, przebiegające bez objawów dusznicowej bolesnej; dominującym objawem są zaburzenia żołądkowo-jelitowe. Autor opisuje 2 tego rodzaju przypadki. Przypadek pierwszy dotyczy 53-letniego mężczyzny, który nagle zachorował wśród objawów palenia w żołądku i bólów brzucha; szybko dołączyły się wymioty, biegunka. W ciągu następnych 6 dni wyłącznie obserwowano objawy ze strony przewodu pokarmowego; dopiero w 7 dniu choroby, kiedy chory zaczął chodzić, wystąpiła duszność wysiłkowa, co zwróciło uwagę na układ krążenia. Bliższe badania pozwoliły rozpoznać zawał mięśnia sercowego. Drugi przypadek dotyczy 70-letniego mężczyzny, który skarżył się na uporczywe nudności, występujące po każdym wysiłku fizycznym i ustępujące w spoczynku. Badanie EKG, wykazało zawał mięśnia sercowego. Sprawa trwała parę tygodni, przyczem ani razu nie stwierdzono objawów dusznicowych; zejście śmiertelne nastąpiło wskutek nowego zawału, który również nie powodował żadnych bólów w okolicy serca, lecz wywoływał silne nudności. Badanie autopsyjne wykryło świeży zawał mięśnia sercowego. **Jakób Penson.**

Choroby przemiany materii i gruczołów wewnętrznych.

MERKLEN, Max ARON, ISRAEL, JACOB. Testy histologiczne, dowodzące nadczynności przedniego płata przysadki w niektórych przypadkach otyłości. (Soc. Méd. des hôpitaux de Paris, paźdz. 1935).

Autorzy wykazali, że w przebiegu choroby *Dercuma* stwierdza się wzmocnienie czynności hormonalnej przedniego

płata przysadki. W tych przypadkach wstrzyknięcie świeżego moczu chorych samiec króliczym — o tarczycy będącej jeszcze w stanie spoczynku — wywołuje wzmoczoną czynność tarczycy i jajników, co można uwidocznić przy pomocy badania histologicznego tych narządów. Autorzy stwierdzili to zjawisko w 22 przypadkach otyłości, która wystąpiła w okresie przekwitania lub w innym okresie życia. W otyłości wieku przekwitania otluszczenie dotyczyło przede wszystkim okolicy pośladków i kończyn dolnych — w innych przypadkach otluszczenie miało charakter bardziej rozlany. U chorych autorzy spostrzegali często bóle głowy o charakterze hormonalnym bez powiększenia siodełka tureckiego. Należy rozróżniać nadczynność przysadki pierwotną i wtórną spowodowaną nadczynnością jajnika (jader) lub tarczycy. **H. Szpidbaum.**

M. LABBÉ, L. J. BEZANÇON. Wytrzeszcz gałek ocznych w przebiegu akromegalji. (Bull. de la Soc. Med. de Hôp. de Paris. Nr. 24. 1935).

W przebiegu zespołu przysadkowego stwierdza się niekiedy wytrzeszcz gałek ocznych; objaw ten najczęściej występuje w akromegalji, przyczem niekiedy może wyprzedzać zmiany kostne o parę lat. Typ wytrzeszczu gałek ocznych jest analogiczny do spostrzeganego w chorobie *Basedowa*, co nasstręcza niekiedy trudności rozpoznawcze, tem większe, że w akromegalji stwierdza się b. często wzrost metabolizmu. Niekiedy wytrzeszcz gałek ocznych jest zamaskowany przez zmiany kostne, zasłaniające wytrzeszcz; istotne dane można uzyskać przy pomocy exoftalmometru. Za rolę przysadki w powstawaniu wytrzeszczu gałek ocznych przemawiają dane doświadczenia. Wstrzykiwania wyciągu przedniego płata wywołują wytrzeszcz gałek u zwierząt; dłuższe stosowanie tych wstrzykiwań wywołuje przerost tarczycy; zwierzęta przytem chudną i ich przemiana podstawowa wzrasta. Po szeregu tygodni stosowania wyciągów przedniego płata stwierdza się, że waga zwierząt wraca do normy, metabolizm ulega obniżeniu; natomiast wytrzeszcz gałek nie cofa się. **Jakób Penson.**

A. LEMAIRE, J. PATER. Choroba Basedowa, powikłana zupełną niemiarowością i ciężką niedomogą mięśnia sercowego. Wyleczenie po zupełnem wycięciu gruczołu tarczowego. (Bull. de la Soc. Med. de Hôp. de Paris Nr. 27. 1935).

Autorzy opisują przypadek choroby *Basedowa* o ciężkim przebiegu; leczenie środkami farmakologicznymi zawiodło. Częściowe usunięcie tarczycy dało poprawę krótkotrwałą, poczem wszystkie objawy wystąpiły ponownie. Dopiero całkowite usunięcie tarczycy dało po krótkim czasie zupełne zdrowienie, dotyczące nie tylko objawów nadczynności tarczycy, ale również zespołu neurotonicznego (rytm serca, wytrzeszcz gałek ocznych). Autorzy podkreślają, że po całkowitem usunięciu tarczycy nie stwierdza się objawów obrzęku śluzakowatego. Autorzy sądzą, że t. zw. przypadki „*cardiomyose*” nie poddają się leczeniu wewnętrznymi środkami. Zupełny powrót do zdrowia osiągnąć można jedynie przez usunięcie gruczołu tarczowego. **Jakób Penson.**

P. VERAN. Choroba Addisona i hormon kory nadnercza. (Bull. de Hôp. de Paris. Nr. 28. 1935).

Autorzy opisują przypadek choroby *Addisona*, skutecznie leczony wyciągiem z kory nadnercza; autorzy stosowali „*eucorton*”, preparat angielski. Leczenie rozpoczęli, kiedy chora była w b. ciężkim stanie; dzięki wstrzykiwaniom „*eucortonu*” chora b. szybko się poprawiała i wróciła do codziennego życia; przez cały rok była leczona *eucortonem*, potem nagle zmarła w podróży. Autor podkreśla, że w okresie poprawy perjury wróciły do normy, zmiany barwnikowe znacznie się cofnęły, ciśnienie krwi podniosło się. Sprawność fizyczna chorej po leczeniu była b. dobra. Autor sądzi, że *eucorton* działa tylko na niektóre objawy choroby *Addisona*; tem można sobie wytłumaczyć nagłą śmierć chorej w okresie poprawy. **Jakób Penson.**

HOFFMANN u. ANSELMINO. Rola przysadki w cukrzycy. (Kl. W., Nr. 29 1935).

Podając ludziom zdrowym węglowodany autorzy stwierdzili w ich krwi obecność ciała zdolnego wywołać po kilku godzinach, u szczurów, zmniejszenie zasobu glikogenu w wątrobie. Ciała tego nie znaleziono we krwi naczyczami ani po podaniu tłuszczów lub białka. Ciało działające podobnie na glikogen wątroby znajduje się również w przednim płacie przysadki. Działanie tego ciała nie zależy od tego, czy jest ono otrzymywane z przysadki czy też ze krwi osobników odżywianych węglowodanami. Jeśli podamy psu, po uprzednim usunięciu przysadki, węglowodany, to wyżej opisanego ciała nie znajdziemy we krwi. U chorych cukrzycowych podobne hormony znaleziono w dużej ilości naczyczami, bez podawania węglowodanów.

S. G u z m a n.

Choroby kobiet i położnictwo.

W. LIEPMANN. Nowa metoda leczenia gorączkujących położnic. (Wien. med. Wschr. Nr. 1/1936).

W leczeniu doświadczenie i wejrzenie kliniczne więcej znaczą, niż wszystkie badania doświadczalne i obliczenia statystyczne. I tutaj autor może tylko stwierdzić, że ze wszystkich znanych mu metod stosowana przezeń metoda surowicowa — alkoholowa wydaje mu się najlepszą. A ponieważ jest ona poza to najtańszą i najłatwiejszą wszędzie do przeprowadzenia, gorąco ją zatem poleca. Zasługuje ona na zalecenie w pierwszym rzędzie w leczeniu gorączki połogowej, następnie zaś również w chirurgicznych schorzeniach posocznicych. Ażeby metoda autora okazała się skuteczną, należy ją zastosować natychmiast w pierwszym dniu choroby w każdym podejrzanym przypadku gorączki w połogu. Wstrzykuje się podskórnie 100 cm³ surowicy końskiej; jeżeli nastąpi spadek gorączki, nie daje się alkoholu; w razie jakiegokolwiek podniesienia ciepłoty, wstrzykuje się wśródżylnie 100 cm³ 33% alkoholu. Odkąd w ostatnich dwóch latach stosuje autor zasadniczo tę metodę postępowania, odnosi się ze spokojem do rokowania w przybyłych z zakażeniem przypadkach. Początek zakażenia połogowego znajduje się często w rękach lekarza — praktyka, zwłaszcza w poronieniach posocznicych. Metoda autora jest łatwa dlań do przeprowadzenia, również on będzie ją mógł stosować z powodzeniem.

H. L.

COLLORIDI. Nowe możliwości stosowania dużych dawek Coraminy w położnictwie. (L'Arte Ostetrica, 1935, Nr. 9).

Autor próbował Coraminę w położnictwie, mianowicie w zapaściach, występujących w czasie porodu oraz w wielu przypadkach zamartwicy noworodków, zawsze z doskonałym wynikiem. W zamartwicy noworodków wstrzykiwano domięśniowo 3—5 cm. Natychmiast po iniekcji zabarwiała się skóra i słówki, akcja serca poprawiała się, powracał oddech. Autor nigdy nie był zmuszony do iniekcji dosercowych.

W. K u r o w s k i.

A. FUJI. W sprawie tonów serca płodu i iniekcji Coraminy. (Rinsho Igaku, 1935, Nr. 10).

W przypadkach, gdy tony serca płodu są słabe, głuche i niemiernie, albo tętno przekracza 170—180 uderzeń na minutę, autor wstrzykuje matce 1—2 cm. Coraminy. Dzięki temu tony stają się silniejsze. Także w okresie wydalanania przy objawach zamartwicy, wstrzyknięcie matce Coraminy wpływa pomyślnie na płód.

W. K u r o w s k i.

DELLA G. DRIPS. Zaburzenia funkcjonalne o typie krwawień macicznych u młodych kobiet. (Medical Clinics of North America 1935, Nr. 2).

Autor leczył skutecznie znaczną liczbę krwawień macicznych, stosując djetę obfitą w witaminy, żelazo i wapń i

wstrzykując paratyreoidynę. Jako uzupełnienie terapii była stosowana sistomensina doustnie przeciętnie po 2 tabletki trzy razy dziennie po jedzeniu. Sistomensina zawiera nieco hormonu pęcherzykowego, bywa jednak w tych przypadkach stosowana z powodu zawartości hormonu ciała żółtego. W silniejszych krwawieniach stosował autor sistensinę domięśniowo po 1—2 ampulek dziennie.

F. M i k u l s k a.

FALLS, LACKNER i KROHN. Działanie progestyny oraz substancji estrogennej na skurcze macicy u człowieka. (The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Tom 106, Nr. 4, 1936).

Wyniki oparł autorzy na doświadczeniach, przeprowadzonych na dużym materiale zwierząt i u człowieka. Stosowanie progestyny w przypadkach nawykowego oraz grożącego samoistnego poronienia uważają autorzy za uzasadnione i skuteczne. Dodatni efekt otrzymali, stosując progestynę, hormon ciała żółtego, w 34 spośród 41 przypadków nawykowego oraz grożącego poronienia. Substancja estrogenna, Progynon B, pobudza do skurczów ciężarną macicę ludzką w dawkach od 20 do 40 tysięcy jednostek szczurzych. Jednostka królicza progestyny wstrzymuje skurcze macicy u człowieka 7-go dnia u rodzącej. Ta sama dawka całkowicie znosi działanie 1 cm. pituitryny, zarówno wtedy, gdy się podaje progestynę przed, jak i po podaniu pituitryny. Wstrzyknięcie podskórne 0.016 morfiny nie tylko nie osłabia skurczów ludzkiej macicy ciężarnej, wywołanych podaniem pituitryny, ale wydaje się je czasami nasilać. Nie znamy dokładnie mechanizmu działania substancji estrogennej na mięsień maciczny u człowieka. W grę może wchodzić działanie bezpośrednie na mięsień macicy albo też uczulenie go na działanie t. zw. oxytocic principle tylnego płata przysadki. Druga możliwość wydaje się autorom bardziej prawdopodobną przez wzgląd na typ odczynu, który przypomina odczyn po wstrzyknięciu pituitryny.

Jerzy F a j w l e w i c z (Łódź).

Choroby dzieci.

ZELDICH, WURMAN, ŻÓŁTKOWER i GINDYCZ. Zapalenie woreczka żółciowego u dzieci. (Sow. Wracz. Gaz. Nr. 2. 1935).

Przy bólach brzucha u dzieci, bierze się pod uwagę, gruźlicze zapalenie otrzewny, robaki oraz zapalenie wyrostka robaczkowego. O chorobach dróg żółciowych i wątroby myśleli się w praktyce pediatrycznej bardzo rzadko. Autorzy twierdzą, że choroby dróg żółciowych są u dzieci zjawiskiem stosunkowo częstym. We wszystkich przypadkach wątpliwych dokonano sondowania dwunastnicy i stwierdzono wielokrotnie zmiany w żółci A.B.C. w postaci dużej ilości śluzu i skupień leukocytów. Z 34 przypadków chorób dróg żółciowych były 32 zapalenia woreczka żółciowego, z tego 12 łącznie z lambliozą. Napady kolki wątrobowej trwały bardzo krótko. Rentgenologicznie brak zmian. We krwi leukocytoza, tylko w 4-ch przypadkach leukopenia. Po sondowaniu dwunastnicy bóle stopniowo znikają; dotyczy to zwłaszcza tych przypadków, gdzie stwierdzono lambliozę. Autorzy radzą przy skargach na bóle brzucha u dzieci pamiętać o możliwości cierpienia dróg żółciowych. Sondowanie dwunastnicy winno zająć w diagnostyce schorzeń przewodu pokarmowego u dzieci jedno z pierwszych miejsc.

S. G u z m a n.

SPORL. Samoistna acetonemja u dzieci. (M. m. W. 32. 1935 r.).

Autor opisuje zespół acetonemiczny u dzieci. Obserwował on dzieci w wieku od 3—8 lat i badał je okresowo. Jako objaw dominujący przy acetonemji u dzieci występują niepowściągliwe wymioty, które towarzyszą wydalaniu acetonu przez płuca i nerki. Jednocześnie stolec jest zaparty, często wy-

stępuje utrata przytomności. Temperatura jest przeważnie w granicach normy, natomiast drgawki występują prawie zawsze. Rokowanie w tych sprawach jest naogół niezłe. Po podaniu glukozy doustnie lub przez odbytnicę, ustają wymioty, samopoczucie szybko się poprawia i pacjent wraca do zdrowia.

S. Guzman (Warszawa).

DEBRÉ i LAMY. Cień trójkątny u podstawy płuca u dzieci. (Arch. Med. Enf. T. 38, Nr. 12).

Cień ten może odpowiadać następującym zespołom anatomicznym: 1) rozstrzenie oskrzeli: niekiedy stwierdza się trójkątny cień, opierający się o przeponę i przylegający do śródpiersia. Cień ten uważano za patognomiczny dla *pleuritis mediastinalis posterior*: zdjęcie wykonane po właniu lipiodolu pozwalało stwierdzić obecność rozstrzeni. Klinicznie mamy: kaszel, płwocinę, zgrubienia paliczków, zegarkowe paznokcie. Na powstanie tego cienia składają się głównie zmiany wytwórcze w płucu; 2) niedodma płuca: ucisk gruczołu, względnie zatkanie małego oskrzela w dolnym płacie, powoduje wystąpienie niedodmy, która w obrazie rentgenowskim daje cień trójkątny oraz objawy kliniczne, przypominające rozstrzenie oskrzeli. Rozpoznanie jest możliwe po zastosowaniu lipiodolu i bronchoskopji. Dla niemowląt obok wymienionego cienia charakterystyczne też jest znaczne przesunięcie śródpiersia w stronę chora; 3) krztusiec: w przebiegu krztusca często stwierdzamy cień trójkątny, leżący nad przeponą i przylegający do śródpiersia; pochodzenie jego nie jest jasne: jedni sądzą, że jest on następstwem zajęcia gruczołów przywnekowych oraz zmian zapalnych dookoła oskrzeli i naczyń; inni przypuszczają, że główne zmiany toczą się w oskrzelach, których światło zostaje zatkane przez wysiak zapalny, przez co powstałe niedodma, dająca charakterystyczny cień; 4) zajęcie płata sercowego. Płat sercowy jest to dodatkowy płat, mający kształt piramidy, opartej o przeponę, przylegającej przysrodkowo do serca; wierzchołek tego płata opiera się o wnękę. Gdy sprawa chorobowa zajmuje wyłącznie ten płat, otrzymamy na zdjęciu charakterystyczny trójkątny cień w wewnętrznej części dolnego płata płuc. Rozpoznanie jest bardzo trudne.

A. Kirszbraun.

Marin Ramos CONTRERAS. Leczenie plasawicy zastrzykaniami domięśniowymi siarczanu magnezu. (Presse Med. Nr. 12—1936 r.).

Autor stosuje od szeregu lat siarczan magnezu w plasawicy. W tym celu przygotowuje on roztwór wodny 25% siarczanu magnezu w ampułkach po 5 i po 10 cm.³. Zastrzykuje co drugi dzień jedną ampułkę domięśniowo, najlepiej w pośladek: miejsce po wstrzyknięciu należy przez kilka chwil masować. Dzieciom do 5 lat autor daje 5 cm.³ na dawkę, starszym dzieciom po 10 cm.³, odpowiada to 1,25 wzgl. 2,50 gr. siarczanu magnezu na dawkę. Już po 5 zastrzyknięciach autor stwierdzał znaczną poprawę, zaś do całkowitego wyzdrowienia zwykle wystarczało 10 zastrzyknięć. Iniekcje te są nieco bolesne, poza tym żadnego działania ubocznego czy ujemnego nie zauważył. W 2 przypadkach plasawicy, którym towarzyszyły komplikacje sercowe, po kuracji siarczanem magnezu wraz z plasawicą ustąpiły też objawy ze strony serca. O nawrotach autor nic nie wspomina.

A. Kirszbraun.

IEREBOULLET. Brak łaknienia u niemowląt. (Arch. Med. Enf. T. 38, Nr. 11).

Brak apetytu u niemowląt jest zjawiskiem b. częstym, zaś przyczyną wielokrotnie. Rozróżniamy anoreksję pozorną i prawdziwą. O anoreksji pozornej mówimy, gdy niemowlę nie chce jeść spowodowanego przy ssaniu lub polykaniu, np. w przypadkach wady wrodzonej, jak zajęcza warga, dalej w stanach zapalnych jamy nosogardzieliowej, u wcześniaków i t. d. Anoreksję prawdziwą najczęściej spotykamy po chorobach in-

fekcyjnych, w zaburzeniach przewodów pokarmowych, jako następstwo błędów dietetycznych, w okresie ząbkowania; wreszcie czynniki psychiczne i nerwowe odgrywają często dużą rolę w powstawaniu anoreksji, szczególnie gdy otoczenie jest nerwowe, nieopanowane: przejściowe niedomagania niemowlęcia stają się punktem wyjścia całego szeregu błędnych posunięć ze strony neuropatycznego otoczenia, co w rezultacie doprowadza do pogorszenia się anoreksji. Dlatego też, analizując poszczególne przypadki anoreksji, należy uwzględnić trzy czynniki: 1) bezpośrednią przyczynę, wywołującą brak apetytu, np. infekcja; 2) pobudliwość nerwową niemowlęcia, a więc podłoże, na którym się anoreksja rozwija, oraz 3) otoczenie, które swym postępowaniem podtrzymuje a często nawet pogarsza stan anoreksji. Postępowanie polega na usunięciu przyczyny, podawaniu środków uspakajających (gardenal, brom, wapno), potem tonicznych (żelazo, witaminy, alkalja, kalomel, lampa kwarcowa). Należy zwrócić uwagę na otoczenie, gdyż wynik leczenia zależy w głównej mierze od cierpliwości osoby, która się dzieckiem opiekuje. Niekiedy celem przeprowadzenia właściwego leczenia należy niemowlę odseparować od otoczenia.

A. Kirszbraun.

TAILLENS. Karmienie niemowląt chorych i zdrowych mlekiem skondensowanym. (Arch. Med. Enf. T. 38, Nr. 12).

Skondensowane mleko otrzymuje się przez zagęszczenie mleka w próżni. Stopień stężenia wynosi 2,6. Mleko to jest pasteryzowane oraz wzbogacone w węglowodany przez dodanie 16% cukru. Wartość kaloryczna 100 gr. mleka skondensowanego wynosi 340 kal. Jest ono łatwo przyswajalne, zawiera wszystkie witaminy, jest pozbawione drobnoustrojów i posiada wysoką wartość odżywczą. Dlatego też nadaje się jako pokarm dla młodych niemowląt, wcześniaków, niemowląt dystroficznych i dyspeptycznych. Mleko skondensowane podaje się po rozcieńczeniu wodą. Dawkowanie zależne jest od wieku i wagi: w I-m kwartale autor daje zdrowym niemowlętom: 100 kal. mleka oraz 180 gr. płynu na kilo wagi.

A. Kirszbraun.

Choroby skóry, weneryczne i płciowe.

E. BRAUN. Leczenie objawów niewydolności płciowej męskim hormonem płciowym. (Deutsche medizinische Wochenschrift Nr. 37, 1935 r.).

Preparat androstyny według autora zasługuje na szczególne wyróżnienie, gdyż zawiera całkowity wyciąg z gruczołów płciowych męskich, a mianowicie z części nasieniotwórczej i z komórek międzymięzszowych. Zastosowana w odpowiednich przypadkach daje bardzo dobre rezultaty. Autor przedstawia następujące przypadki. Mężczyzna 42-letni, w r. 1916 przebył lues, wyleczył się; coroczna kontrola wykazywała zawsze wynik ujemny W. R. Z powodu silnego bólu głowy bez anatomicznej przyczyny wykonano W. R. z wynikiem ujemnym. Od dwóch lat zmniejszenie pociągu płciowego i zdolności płciowej. Powolne pogorszenie. Silna depresja psychiczna. Leczenie różnymi preparatami było bezskuteczne. Zastosowano iniekcje androstyny A i B naprzemiennie codziennie. Już po 6 iniekcjach stan się poprawił. Kuracja była dalej prowadzona przez zastosowanie 6 iniekcji z coraz większymi przerwami. Pacjent czuł się coraz lepiej, dolegliwości nerwowe ustępowały, pociąg płciowy i zdolność płciowa wróciły do normy. Ażeby dobry ten skutek utrwalić podawano następnie androstynę w tabletkach.

F. Mikulska.

Takaji KAGAWA. Próby i doświadczenia kliniczne z Androstiną w iniekcjach. (Nippon Iji Shimpō Nr. 667, 1935 r.).

Autor przeprowadził próby i badania z androstiną w iniekcjach. Pięciu jednorocznym królikom wstrzyknięto domię-

niowo po 0,01—0,02—0,03 cm.³ w równych częściach androstyny A i B. Żadnych ubocznych objawów nie stwierdzono, zdolności płciowe wzmożyły się. Co się tyczy prób klinicznych, to autor zastosował domięśniowo wstrzyknięcia androstyny 14 pacjentom z zaburzeniami zdolności płciowej, oziębłości, *ejaculatio praecox* i z wyczerpaniem nerwowym. Ból był przejściowy i niezbyt silny. Podskórne zaś wstrzyknięcia sprowadzały duże bóle i nie pozwalały na powtórzenie. Działanie androstyny było naogół doskonale i przewyższało inne preparaty hormonalne. Przy doustnym podawaniu skutek jest mniej pewny. Zaznaczyć należy, że kombinacja obu metod jest bardzo skuteczna. Przerwanie zaś kuracji androstyną powoduje powrót stanu początkowego, w tych razach zaleca się podawanie androstyny w zmniejszonych dawkach. F. M i k u l s k a.

KLAUDER. Terapia gorączkowa w mycosis fungoides. (The Journ of the Amer. Med. Assoc. Tom 106, Nr. 3/1936 r.).

Ogłaszano przypadki samoistnych zmian zanikowych w nowotworach złośliwych po ostrym schorzeniach zakaźnych. Dane tego rodzaju znane są również w przypadkach *mycosis fungoides*, a więc schorzenia, które w późniejszych okresach posiada charakter złośliwego nowotworu. Najczęściej wymienianym schorzeniem gorączkowym, które ma dawać wspomniany efekt, jest róża. Opisywano jednak również podobny efekt po ospie, zapaleniu płuc, zimnicy i ostrym przebiegu zakażenia gruźliczego. We wszystkich tych przypadkach jeden objaw był stały, a mianowicie, wysoki ciągły tor gorączkowy bez zwolnień przez szereg dni. Autor w 5 przypadkach *mycosis fungoides* zaszczerpił zimnicę. Poprawę uzyskał w 4 przypadkach. Szczepienie zimnicą nie leczy całkowicie omawianego schorzenia, ale uzyskana poprawa jest większa od efektu, uzyskiwanego przy stosowaniu zwykłych metod leczniczych, a więc preparatów arsenikowych oraz rentgenoterapii. Do dotychczasowego arsenału leków w *mycosis fungoides* należy więc, zdaniem autora, dołączyć i leczenie zimnicą. Leczenie sztuczną gorączką, a więc stosowanie specjalnych aparatów elektrycznych uważa autor za mniej celowe od wywoływania ostrej infekcji. Tam, gdzie się jednak stosuje ciepło aparatów elektrycznych, należy równocześnie stosować proteinoterapię nieswoistą, szczególnie w postaci szczepionek dożylnie. Autor przywiązuje dużą wagę do roli obronnej układu siateczkowo-śródbłonkowego. Opisana metoda lecznicza ma być właśnie środkiem, pobudzającym czynność tego układu. Jerzy Fajwlewicz (Łódź).

A. SEZARY, J. CAROLIA i HOROWITZ. Dermografizm i komórki tuczne. (Urticaria pigmentosa bez pigmentacji.) (Bulletin de la Soc. Franç. de Derm. et de Syphil. — 1936 r., Nr. 1).

37-letni mężczyzna cierpi od 1/2 roku z powodu niedomagania ogólnego oraz swędzenia doprowadzającego do bezsenności. Od tego również czasu chory zauważył pojawianie się zmian skórnych, występujących początkowo, na prawym boku i biodrze, później na przedniej powierzchni klatki piersiowej i brzuchu, wreszcie na ramionach. Podczas badania klinicznego stwierdza się obecność licznych grudek pokrzywkowych szybko przemijających i prócz tego około setki stałych wykwitów grudkowych. Są one rozrzucone niesymetrycznie na tułowie, biodrach, ramionach i przednich powierzchniach stawów łokciowych; głowa, kończyny dolne i części płciowe nie są zajęte. Kształt grudek owalny, częściej jednak zaokrąglony, zabarwienie różowe, częściowo przechodzące w żółte, czasem ciemnoróżowe lub prawie czerwone. Niektóre z nich błyszczą się i mają odcień perłowy, przypominając *molluscum contagiosum* (jednak bez centralnego wgłębienia). Wielkość ich waha się od łebka szpilki do ziarna zboża. Spoistość jest dość znaczna. Wykwity nie są zbyt swędzące, choć jednocześnie występuje znaczne ogólne swędzenie ciała. Przy pocieraniu grudek powstał w ciągu 1 minuty duży bąbel pokrzywkowy, który utrzymywał się, według słów chorego, przez cały dzień. Podob-

ny rękoczyn wykonany w obrębie zdrowej skóry wywoływał w ciągu 5 minut dermografizm, co prawda mniej wybitny niż bąbel okologrudkowy i mniej długotrwały, gdyż ustępujący po około 2 godzinach. Badanie ogólne chorego nie wykryło wybitniejszych zmian. We krwi 5.400.000 czerwonych ciałek, 10.600 białych. Wzór: 53 wielojądrzaste, 1 eozynofil, 1 limfocyt duży, 15 średnich jednojądrzastych, 30 małych limfocytów. Leczenie polegało na wstrzykiwaniach wyciągu śledziony i 20% tiosiarczanu sodowego, których chory otrzymał po dziesięć. Po tym pokrzywka prawie całkowicie zniknęła, swędzenie znacznie się zmniejszyło. Jednakże wysypka grudkowa i łatwość wywoływania dermografizmu pozostały bez zmian. Biopsja wykazała: w skórze właściwej liczne komórki podobne do mabłonkowych; po zabarwieniu błękitem toluidyny okazało się, że są to komórki tuczne. Te komórki tworzyły albo skupienia dookoła naczyń, albo gęste nacieki lite zajmujące górną trzecią część skóry właściwej, przypominając obrazy widywane w niektórych znamionach. Posiadały obfitą zarodź. usianą ziarnistościami, barwiącymi się metachromatycznie błękitem toluidynowym. Jądro zazwyczaj ułożone centralnie o delikatnej siatce chromatinowej, w której odznacza się jąderko. Komórki te leżały odzielnie, bądź też tworzyły rodzaj *syncytium*. Miejscami dzieliły je pasma tkanki klejorodnej. Zmiany zapalne nie rzucały się w oczy, jednak w sąsiedztwie nacieków komórkowych występowały tu i owdzie obrzęki. Naskórek miejscami miał wygląd prawidłowy, gdzieindziej linja graniczna była wygładzona. Te spłaszczenia odpowiadały gęstym skupieniom komórek tucznych. Okolice te zaznaczały się także nadmierną ilością barwnika w warstwie podstawowej; w miejscach prawidłowych było go mało. W skórze komórki barwnikonośne w niewielkiej liczbie. W opisanym przypadku zwraca uwagę: wielka liczba i rozłożenie niejako guzowate komórek tucznych oraz stosunkowo niewiele barwnika, którego skupienia w naskórku odnawiały nagromadzeniom komórek tucznych.

Alfred E t t i n g e r.

GRAHAM. Łuszczyca krostkowa uogólniona. (Arch. of Derm. and Syphil. 32/2 — 1935 r.).

Istnieją niewątpliwie przypadki typowej łuszczycy, którym towarzyszą zmiany krostkowe. Co do ich klasyfikacji panuje pewna rozbieżność: jedni autorowie traktują je jako łuszczyce krostkową, inni uważają za *acrodermatitis continua* Hallopeau, występującą u łuszczykowych. Obecność gronkowców w krostkach nie ma znaczenia decydującego, gdyż z jednej strony bywają akrodermatity, w których krostki są jałowe, z drugiej obserwowano przypadki niewątpliwej łuszczycy, gdzie krostki zawierały gronkowce. W przypadku autora 50-letni chory przeszedł w ciągu kilku lat trzy nawroty, w czasie których powstawały krostki w sąsiedztwie i na obwodzie starych chronicznych tarcz łuszczykowych. Nawrotem towarzyszyła gorączka i bóle w stawach. Hodowle łusek dały wyniki ujemne, zaś z zawartości krostek wielokrotnie udawało się wyhodować gronkowce. Alfred E t t i n g e r.

R. BEZECNY. Dermatomyositis. (Archiv f. Dermatologie und Syphilis. T. 171 242—251. 1935).

Autor opisuje 3 przypadki *dermatomyositis*. W 2-ch z nich po usunięciu raka jajnika poprawa w zapaleniu skóry i muskulatury nastąpiła szybka i znaczna, w 3-ch wobec zajęcia przez raka obu sutków nie doszło do zabiegu operacyjnego. B e z e c n y wiąże obie sprawy ze sobą, uważając, że toksyn złośliwego guza na drodze układu wegetatywno-wkrewnego wywołały swoiste zapalenie skóry i mięśni. Widocznie etiologia tego rodzaju cierpienia jest różnorodna. H. H i g i e r.

Choroby nerwowe i psychiczne.

H. FLAMM. Hormonalne leczenie w przypadku narkolepsji. (Wiener med. Wochenschrift, 1935, Nr. 47).

Autor opisuje przypadek narkolepsji u pewnego 45-letniego otyłego stolarza. Cierpienie rozwijało się od kilku lat, a

ostatnio uległo znacznemu nasileniu — dzień w dzień chory odczuwał nieprzepartą sennosć, tak, że musiał przerywać zajęcie, w nocy zaś cierpiał na bezsenność, do której dołączały się dość częste napady o charakterze padaczkowym. Leczenie tyreotoksyną i odpowiednia dieta dały poprawę, przytem waga ciała obniżyła się o 5 kg. Ponieważ pacjent uskarżał się na zaburzenia potencji oraz szybkie męczenie się, dodano leczenie androstiną (2 razy tygodniowo po jednej ampulce i 3 razy dziennie po 2 tabletki). Po kilkotygodniowym leczeniu androstiną wystąpiła znaczna poprawa, którą bezwątpienia należy przypisać całkowitemu przestrojeniu układu wewnątrzdzielniczego, osiągniętemu leczeniem hormonalnem. Od kilku tygodni pacjent jest wolny od napadów, w ciągu dnia czuje się żywszy, jednocześnie sen w nocy jest głęboki i niezakłócony.

W. K u r o w s k i.

F. NIEDERMOSER. Coramina w stanach padaczkowych. (Wien. med. Woch., 1915. Nr. 43).

Autor stosował Coraminę w 3 przypadkach padaczki: u jednego pacjenta bez wyraźnego wpływu na stan chorobowy; w drugim przypadku liczba napadów wyraźnie zmniejszyła się; wreszcie u trzeciego pacjenta jednorazowe domięśniowe wstrzyknięcie 5 cm³. Coraminy przerwało napad. W 3 godziny potem chory odzyskał całkowicie przytomność, gdy dawniej w ciągu 5 dni był zamroczony. Zmianę tę autor przypisuje zastosowaniu Coraminy.

W. K u r o w s k i.

ALAJOUANINE, THUREL et BRUNELLI. Bóle skrzyżowane w schorzeniach opuszkowo-mostowych. (Rev. Neur. T. I. 1935. Str. 828).

W schorzeniach opuszkowo-mostowych istnieją często bóle twarzy po stronie ogniska. Obok tego jednak mogą występować bóle w połowie ciała przeciwległej do ogniska. Autorzy podają opis trzech podobnych przypadków, w których oprócz objawów bólowych było upośledzenie czucia w tych samych kierunkach ciała. Istniał zatem nadmiar wrażeń czuciowych obok ich deficytu. Autorzy tłumaczą zjawisko w ten sposób, iż za objawy bólowe czynią odpowiedzialnym układ współczulny. Na poparcie swego twierdzenia autorzy powołują się na to, iż cechy bólów w ich przypadkach odpowiadały charakterowi bólów współczulnych, a mianowicie, że były palące, przeszywające szybko, jakby błyskawiczne i że towarzyszyło im uczucie lęku. Co się tyczy leczenia bólów, to było ono ściśle dostosowane do terapii układu współczulnego.

N. Z. Z.

LESNÉ, LHERMITTE, LAUNAY i LOISEL. Zespół opuszkowy w zapaleniu rdzenia i mózgu. (Revue Neur. T. I. 1935 str. 876).

Autorzy podkreślają tolerancyjność opuszki w stosunku do spraw przewlekłych (zapalnych i nowotworowych) i częstą bezobjawowość jej schorzeń. Przytaczają dla ilustracji tej tezy przypadek 8-letniego chłopca, który nagle dostał drgawek ogólnych z utratą przytomności. Napady drgawkowe powtarzały się w ciągu dni następnych. W płynie m.-rdz. wykryto ksantochromję oraz nadmiar cukru i białka. Z objawów klinicznych zanotowano oczopląs, obustronnie objaw Babińskiego, dysartrię. Po 4 dniach choroby nastąpiło zajęcie śmiertelne. Na sekcji stwierdzono, że proces chorobowy ograniczał się do

opuszki i polegał na przewlekłym zapaleniu oliwki opuszkowej lewej oraz w mniejszym stopniu prawej. Mimo wskazówek, iż proces toczył się od dawna (zgrubienie ścian naczyń krwionośnych, wypełnienie przestrzeni okołonaczyniowych histiocytami, potworzenie się łuk w oliwkach) objawy kliniczne wystąpiły dopiero na cztery dni przed śmiercią. Wśród objawów nie było myoklonij, mimo, iż schorzeniu oliwek mają one towarzyszyć zdaniem Guillaína.

N. Z. Z.

Charles D. ARING i H. Honston MERRITT. Rozpoznanie różniczkowe między krwotokiem mózgowym i zakrzepem mózgowym; studjum kliniczne i patologiczne 245 przypadków. (Arch. Intern. Med. 1935, t. 56, z. 3).

Wszystkie przypadki były zbadane klinicznie i sekcyjnie. Nagły ból głowy lub wymioty przemawiają mocno za krwotokiem mózgowym. Drgawki są częstsze w krwotoku niż w zakrzepie. Nagła utrata przytomności wystąpiła w 51% krwotoków, w 32% zakrzepów. Zaburzenia oddechowe i śpiączka są częstsze w krwotoku. W krwotoku mózgowym stwierdza się też częściej zmiany oczne. Sztynność karku przemawia bardzo za krwotokiem. Obustronny Babiński był w 28% krwotoków i tylko w 15% zakrzepów. Często w krwotokach od samego początku jest duża leukocytoza. B. dużo daje badanie płynu mózgoworodzeniowego: podwyższone ciśnienie w krwotoku występuje prawie 3 razy częściej niż w zakrzepie; w 38% krwotoków było ono większe od 300 mm; takie wysokie ciśnienie spotykano w zakrzepie b. rzadko. W 74% krwotoków płyn był krwisty, czego prawie zupełnie nie widzi się w zakrzepie. 1/2 chorych z krwotokiem mózgowym umiera w ciągu pierwszych 4 dni, a tylko 1/4 część chorych z zakrzepem. Rozpoznanie różniczkowe za życia można postawić w bardzo dużym odsetku przypadków.

H. M a k o w e r (Łódź).

I. WILDER. Przypadek choroby kurczowej. (Zeitschrift f. d. g. Neurologie u. Psychiatrie T. 153 str. 193—214, 1935).

I. WILDER. Z kazuistyki choroby kurczowej. (Monatschrift f. Psychiatrie u. Neurologie T. 91 str. 270—292, 1935).

I. WILDER. Myokimja i myoklonja. (Der Nervenarzt T. 9. str. 464—466).

W tych kilku artykułach W i l d e r z Wiednia usiłuje potwierdzić i zadokumentować samoistość i prawo obywatelstwa jednostki chorobowej, opisanej przed trzydziestu kilku laty przez głośnego neurologa W e r n i c k e g o jako Crampusneurose, a który W i l d e r przed kilku laty przemianował na Crampuskrankheit (Wien. kl. Woch. 1932), chcąc tem podkreślić, że nie jest to nieuleczalna nerwica, lecz organopatja, na którą się składają liczne czynniki. Cechują ją: zapalenie nerwów lub korzonków ledwie rozpoznawalne (polyneuritis s. radiculitis levissima), nadmiar kwasu moczowego we krwi, spondylarthrosis deformans, reakcja elektromyopasytyczna i uleczalność metodą antyartretyczną. W i l d e r opisyje razem 9 nowych przypadków, tu i owdzie odznaczających się obok kurczów myokimją i myoklonją zajętych obrębów mięśniowo-nerwowych i wpływem wahań atmosferycznych na napady przykrych kurczów. (Na związek kurczów łydki z myoklonją, myokimją i myotonją jeden z pierwszych przed dwudziestu laty zwróciłem uwagę w obszernej pracy o „dystrofji myotonicznej” w Zeitschrift f. Neurol. 1916 r. Ref.).

H. H i g i e r.

Streszczenia pojedyncze.

Patologia kliniczna i doświadczalna.

T. R. HARRISON, J. A. CALHOUN i W. G. HARRISON Jr. **Przekrwienność niedomoga serca. Obserwacje dotyczące się mechanizmu dychawicy sercowej.** (Arch. Intern. Med. 1934, 53, Nr. 6).

Dychawicą sercową nazywają autorzy napady duszności, występujące u chorych z biernym przekrwieniem płuc z powodu osłabienia lewego serca, przeważnie budzące ich w nocy (czasami występujące nie podczas snu), niekiedy kończące się obrzękiem płuc, często — ale nie stale — prowokowane przez kaszel i zwykle nie związane z oddychaniem Cheyna - Stokesa. U wielu chorych słyszy się w czasie napadu „astmatyczne” świsty i fureczenia. Nie należą do tej kategorii napady duszności z oddychaniem okresowym, duszność stopniowo rozwijająca się wieczorem, napady dychawicy oskrzelowej u chorych z osłabieniem prawej komory i ostry obrzęk płuc występujący jako zjawisko końcowe u umierających bez organicznego schorzenia serca. W czasie napadu dychawicy sercowej nie stwierdzali autorzy zmian zawartości tlenu, dwutlenku węgla i jonów wodorowych we krwi tętniczej. Morfina, znosząc napad, również nie zmienia zawartości gazów we krwi; zwiększa ona pojemność życiową płuc. Stale występuje w dychawicy sercowej przekrwienie bierne płuc, wywołujące zmniejszenie pojemności życiowej i odruchowe pobudzenie oddychania, będące prawdopodobnie bezpośrednią przyczyną dychawicy sercowej. Prowokować mogą napady: kaszel (najczęściej), uczucie strachu, spowodowane przez przykre sny, gorąco; czynią one to przez zwiększanie wentylacji płuc, jak wykazały badania doświadczalne autorów. U chorych sercowo zarówno jak i u zdrowych zwiększenie wentylacji płuc wywołuje natychmiastowe zwiększenie wchłaniania tlenu, co wskazuje na zwiększenie rzutu serca. Hiperwentylacja sztuczna wywołuje u ludzi zdrowych nieznaczne zwiększenie pojemności życiowej, u chorych z niedomogą lewokomorową natomiast nieznaczne jej zmniejszenie. U jednego z chorych sztuczna hiperwentylacja wywołała napad ciężkiej dychawicy sercowej z obrzękiem płuc, u innego podobny choć mniej energiczny wpływ miał sztuczny kaszel. Ostry obrzęk płuc wywołuje zarówno chemiczne (anoksemja) jak i odruchowe pobudzenie oddychania, przez co wzmacnia duszność. Doświadczenia na psach, ogłoszone w jednej z prac poprzednich, wykazały, że wystarczy wywołać nieznaczne przekrwienie w płucach, ażeby pobudzić oddychanie. A więc i u chorych z niedomogą lewego serca wystarczy nieznaczne zmniejszenie pojemności życiowej płuc — o ile jest wywołane przez przekrwienie — do pobudzenia oddychania, które nawzajem wywołuje nowe zwiększenie przekrwienia i t. d.; powstaje błędne koło. Morfina może to błędne koło przerwać, zmniejszając oddychanie, a przez to wywołując mniejszy dopływ krwi do płuc i zmniejszając przekrwienie płucne. Być może wpływ depressoryczny na oddychanie, wywołany przez utratę dwutlenku węgla, może być w pewnych przypadkach silniejszym od pobudzającego oddychanie odruchowego działania, wywołanego przez przekrwienie płuc. Tłómaczyłoby to mogło samoistne ustępowanie ataku dychawicy. Badania histologiczne wykazały, że u niektórych chorych zmarłych z przekrwieniem płuc, istnieje niezapalny obrzęk ścian oskrzeli; obrzęk ten tłómaczy występowanie świstów i fureczeń, dających się często wysłuchać w czasie napadów dychawicy oskrzelowej. W ten sposób duszność „obstrukcyjna” może się nawarstwić na duszność „oddechową”. Napady zjawiają się we śnie dlatego, że bodźce wywołujące muszą podczas zmniejszonej w czasie snu pobudliwości narosnąć do dużej intensywności ażeby sen przerwać; wzmożona podczas przebudzenia pobudliwość ośrodka oddechowego powoduje wtedy bardzo znaczne wzmożenie od-

dychania, co wywołuje wzmożenie przekrwienia płuc i t. d. i t. d. Te same czynności, które mogą wywołać dychawicę sercową w nocy, mogą w odpowiednich warunkach wywołać napady w dzień oraz mogą spowodować duszność mniej lub więcej trwałą. 4 typy mocnej duszności chorych na serce: ortopnoe, duszność wieczorowa, oddychanie Cheyna - Stokesa i dychawica sercowa mogą kombinować się ze sobą w różnorodny sposób u tego samego chorego. Ich wspólną przyczyną zasadniczą jest przekrwienie płuc, spowodowane przez „ciśnienie wsteczne” z lewej połowy serca. H. Makower (Łódź)

M. ASCOLI. **Kilka cech krwi w nowotworach złośliwych.** (C. R. Soc. de Biol. 1935, t. 119, z. 24).

Z badań, przeprowadzonych przez autora wspólnie z D'Alessandro, Fabischem, Fiancaci i Indovina wynika, że w wyciągu eterowym wysuszonej surowicy chorych na raka znajduje się zwiększona ilość związków nienasyconych, dających się określić za pomocą liczby jodowej. Chodzi tu prawdopodobnie o kwasy tłuszczowe. Wywołują one zwiększenie glikolizy. U króli i szczurów można te zmiany wywołać pod wpływem smoły lub benzopiryny, wstrzykiwanych dootrzewnowo.

H. Makower (Łódź).

H. BUSQUET i Ch. VISCHNIAC. **Wpływ lepkości krwi na działanie hipotensyjne yohimbiny.** (C. R. Soc. de Biol. 1935, t. 119, z. 27)

Przez doświadczalne zwiększenie lepkości krwi u psów za pomocą gumy arabskiej lub żelatyny obniżające ciśnienie krwi działanie yohimbiny zostaje zahamowane. Spazmolityczne oddziaływanie yohimbiny natomiast nie ulega zmianie. Badania te mają znaczenie kliniczne o tyle, że czynią prawdopodobną nieskuteczność yohimbiny w przypadkach nadciśnienia na tle wzmożenia lepkości krwi.

H. Makower (Łódź).

F. PEZZANGORA. **Studjum kliniczne i doświadczalne nad leczeniem nadciśnienia tętniczego za pomocą dożylnych wstrzykiwań alkoholu oktylowego.** (C. R. Soc. de Biol. 1935, t. 119, z. 27).

Autor wypróbował alkohol oktylowy, zaproponowany w r. 1933 przez Clerca, Sterneai i Parisa do leczenia nadciśnienia tętniczego, w 18 przypadkach tego schorzenia. Wstrzykiwano 10 — 15 cm³ rozczynu alkoholu oktylowego 1 : 100000 w ag. *bidestillata*, dożylnie. Ogółem 15 wstrzykiwań, 2 dni przerwy między każdym wstrzykiwaniem. Wstrzykiwania te są zupełnie bezpieczne. Wywołują one nieznaczny tylko spadek ciśnienia w przypadkach z jednoczesnym zajęciem aparatu sercowo - nerkowego, wzmagają jednakże diurezę i usuwają cały szereg objawów podmiotowych. W nadciśnieniu samoistnym działanie ich jest mocniejsze i bardziej długotrwałe. Badania doświadczalne na psach i królikach potwierdziły wyniki Clerca, Sterneai i Parisa.

H. Makower (Łódź).

P. MENDELEEFFÓWNA. **I. Zdolność koagulacyjna elementów morfotycznych krwi świnek morskich chorych na raka i normalnych.**

II. Zdolność koagulacyjna leukocytów wielojądrowych i mononuklearów, pochodzących od świnek raka i od świnek prawidłowych. (C. R. Soc. de Biol. 1935, t. 118, z. 8).

III. Nowa metoda rozpoznawania raka przez określanie zdolności koagulacyjnej elementów morfotycznych krwi. (Tamże, t. 119, z. 26).

I. Osocze heparynowane świnki morskiej może być przez długi czas trzymane w lodowni w stanie płynnym, jeżeli natomiast doda się do niego pewną ilość soku tkankowego, pochodzącego z różnych narządów świnki zdrowej, następuje w

temp. pokojowej szybkie skrzepnięcie osocza. Okazało się, że tę zdolność koagulacyjną posiadają tkanki krwiotwórcze (śledziona, szpik kostny, gruczoły chłonne, leukocyty) w znacznie większym stopniu, niż inne tkanki ustroju. Zupełnie odmiennie natomiast zachowują się pod tym względem tkanki krwiotwórcze świnek rakowatych: opóźniają one bardzo znacznie koagulację, podczas gdy inne tkanki przyspieszają ją. Autorka zbadała tę sprawę jeszcze w ten sposób, że sporządziła wyciągi z krwinek czerwonych i z krwinek białych świnek zdrowych i chorych na raka. Wyciąg krwinek białych zwierząt zdrowych przyspiesza krzepnięcie, wyciąg analogiczny ze świnek rakowatych zwalnia je. Odwrotnie zachowują się wyciągi z krwinek czerwonych: rakowaty przyspiesza koagulację, gdy prawidłowy ma tylko słabą zdolność koagulacyjną.

II. Ażeby przekonać się, jaką rolę w tych sprawach odgrywają komórki krwi wielojądrzaste i jednojądrzaste komórki — jako, że gruczoły limfatyczne świnek rakowatych przyspieszają krzepnięcie osocza, podczas gdy wyciągi śledziony, szpiku kostnego i leukocytów krwi tych zwierząt zwalniają je — autorka otrzymała metodą B o r d e t a wysięki w jamie otrzewnowej świnki za pomocą bulionu (bogate w leukocyty wielojądrzaste) i za pomocą obcogatunkowej surowicy (bogate w komórki jednojądrzaste) i sporządziła z nich wyciągi, które następnie badała na ich zdolność koagulacyjną. Okazało się, że wyciągi z komórek jednojądrzastych od zwierząt rakowatych bardziej przyspieszają krzepnięcie, niż także wyciągi od zwierząt normalnych. Wyciągi z komórek wielojądrzastych zwierząt rakowatych mają znacznie mniejszą zdolność koagulacyjną, niż takie wyciągi od zwierząt normalnych.

III. Wyniki powyższe wzięła autorka jako podstawę do wypracowania metody rozpoznawania raka u ludzi. W tym celu przyrządza ona wyciągi z krwinek czerwonych i białych i bada wpływ ich na krzepnięcie osocza. U ludzi normalnych wzgl. nierakowatych następuje pod wpływem wyciągu leukocytnego krzepnięcie osocza w rozcieńczeniach mniejszych w 9—22 min., w rozcieńczeniach większych w 44—45 min., natomiast pod wpływem wyciągu z krwinek czerwonych koagulacja nie następuje nawet po 90 min. U rakowatych stwierdzono znaczne opóźnienie krzepnięcia pod wpływem wyciągu z ich krwinek białych, przyspieszenie pod wpływem wyciągu z ich krwinek czerwonych. Ta ostatnia własność jest zależna od stanu ogólnego chorych, przy stanie dobrym chorych tracą się. Praca ta oparta jest na bardzo małej liczbie przypadków, dokładniej omówione są tylko 2 przypadki raka.

H. M a k o w e r (Łódź).

Choroby serca i naczyń.

John D. KOUCKY i George MILLES. **Rany klute serca; zmiany elektrokardiograficzne, polyserositis (zespół Picka) i pericarditis.** (Arch. Intern. Med. 1935, t. 56, z. 2).

Autorzy zebrali z piśmiennictwa tylko 12 przypadków ran serca, w których były przeprowadzone badania elektrokardiograficzne. Podobnie jak i w innych, w przypadku autorów wystąpiła krzywa P a r d e e g o (wysokie odejście fali T w odprowadzeniu 1 i 2), która obniżyła się 5-go i 9-go dnia, znacznie — 15-go dnia, kiedy wystąpiło ujemne T; 25-go dnia T było mocno ujemne, na 44-y dzień jeszcze T ujemne się utrzymywało. Po 5 mies. elektrokardiogram wykazał stosunki zupełnie normalne. Przypadek był zupełnie rozpaczliwy, operację wykonano bardziej w warunkach autopsji niż operacji chirurgicznej (bez warunków jałowych, bez znieczulenia, bez krwawienia w czasie operacji, bez oddechu, serce dopiero po masażu zaczęło bić). Mimo skomplikowania przebiegu pooperacyjnego przez ropny wysięk w osierdziu i innych surowicówkach nastąpiło ostatecznie wyleczenie z całkowitem *restitutio ad integrum*.

H. M a k o w e r (Łódź).

Alfred M. WEDD i R. Eloise SMITH. **O rokowaniu w dusznicy bolesnej.** (Amer. Journ. Med. Sciences 1935, t. 189, z. 5).

Praca jest oparta na 166 przypadkach dusznicy wysiłkowej, wśród których były tylko 23 kobiety (14%), chociaż wogóle było pacjentek 56% w klinice Clifton Springs, gdzie badania te były przeprowadzane. Wśród chorych było dużo przemysłowców i handlowców, urzędników i lekarzy, b. mało pracowników, duchownych i nauczycieli. Choroba rozpoczynała się średnio w wieku 57,5 lat, śmierć następowała średnio w wieku 63,3 lat. Blisko $\frac{1}{3}$ chorych zmarła nagle, przeszło połowa — spowodu zakrzepu tętnicy wieńcowej. Wogóle śmierć z przyczyn sercowo - naczyniowych wystąpiła w przeszło 80% przypadków. Chorzy ci dożyli wogóle mniej więcej do 87% tego wieku, który im się na zasadzie tablic przeżycia należał. Aczkolwiek w każdym poszczególnym przypadku rokowanie jest zupełnie niepewne, to jednak przeciętnie rokowanie w dusznicy bolesnej wysiłkowej nie jest takie złe, jak to dawniej uważano. Zasługuje na uwagę obserwacja, że żadnych wniosków rokowniczych nie można było wyciągnąć z wyniku badań elektrokardiograficznych.

H. M a k o w e r (Łódź).

J. M. BAMBER. **Zmiany elektrokardiograficzne po zastosowaniu jodku potasu w chorobie kłowej serca.** (Amer. Journ. Med. Sciences, 1935, t. 189, z. 5).

W przypadku *aortitis luica* z niedomykalnością zastawek półksiężycowatych tętnicy głównej występowały wybitne zmiany w elektrokardiogramie po zastosowaniu niewielkich dawek jodku potasu. Zmiany te polegały na występowaniu ujemnego T₁ i T₂, niekiedy o typie „coronary T”, cofały się po odstawieniu jodu. Stosowana jednocześnie rtęć nie miała wpływu na elektrokardiogram. Zmiany powyższe udało się wywołać kilkakrotnie.

H. M a k o w e r (Łódź).

N. KUKIN. **Wpływ ołowiu na rozwój i przebieg endarteriitis obliterans.** (Méd. du Travail Nr. 4-1935).

Zmiany naczyniowe, spostrzegane w *endarteriitis obliterans* wogóle, a w ołowicy w szczególności, stanowią uszkodzenia pierwotne, nie przedstawiające w przypadkach ołowicy swoistych cech, charakterystycznych dla danej sprawy.

Wpływ ołowiu na naczynia o typie mięśniowym spostrzega się nadewszystko wtedy, gdy istnieją konstytucyjne osobliwości anatomiczne. W *endarteriitis obliterans* wogóle, zaś w przypadkach ołowicy w szczególności znajduje się niezupełnie różniczkowane postacie zmian naczyń włosowatych, świadczące o tem, że układ naczyniowy tej kategorii chorych nie jest wykształcony w zadawalający sposób. Makroskopowo stwierdza się wąskość dużych naczyń (tętnica główna, tętnice biodrowe). Objawami, stwierdzającymi zatrucie ołowiem, są obecność ołowiu i hematomorfiryny w moczu, zwiększenie liczby czerwonych ciałek krwi z ziarnistością zasadochłonną i inne objawy, spostrzegane w ołowicy wogóle (cera ołowiana, rąbek błękitny, kolka nerkowa i jelitowa). Ustalając zawodową niezdolność do pracy, należy uwzględnić wyżej opisane objawy, biorąc pod uwagę większy lub mniejszy współudział innych czynników etjologicznych, jak: nadużywanie tytoniu, powtarzających się oziębień i t. p.

H. L.

Ernest K. STRATTON. **Leczenie kłoty sercowo-naczyniowej. Długość życia 80 leczonych i nieleczonych chorych z tętniakiem i niedomykalnością aorty.** (Arch. Intern. Med. 1935, t. 56, z. 4).

Chorzy zostali rozdzieleni na grupy: 1) nieleczonych lub prawie nieleczonych, 2) leczonych przez 6 — 12 tygodni, 3) leczonych przez 3 — 12 mies., 4) leczonych przeszło rok. Przeciętna długość życia od rozpoczęcia leczenia wynosiła u chorych z tętniakiem w tych grupach 5,8, 23,8, 23,5, i 148,5 mies. u chorych z niedomykalnością zastawek półksiężycowatych aorty 15,6, 10,5, 23,2 i 106,5 mies.

H. M a k o w e r (Łódź).

Choroby przemiany materji i gruczołów wewnątrzwydzielniczych.

G. PERÉMY. **Kliniczne rozważania nad 80 przypadkami guzów przysadki mózgowej.** (Klin. Woch. N. 3-1935).

Pierwsza grupa obejmuje 35 przypadków akromegalji, obserwowanych w ciągu 10 lat; schorzenie to niezawsze idzie w parze z zaburzeniami narządów płciowych; autorzy obserwowali 16 kobiet z akromegalią, które miały normalne perjody i normalną płodność; w jednym przypadku nawet chora zaszła w ciążę i urodziła normalne dziecko w siódmym roku trwania akromegalji. W szeregu przypadków wyraźnej akromegalji nie towarzyszyły objawy guza mózgu; jedynie w trzech przypadkach stwierdzono ciężkie zaburzenia wzroku i wzmożone ciśnienie wśrodczaszkowe. W $\frac{2}{3}$ przypadków krzywa glikemji po obciążeniu glukozą wykazywała przebieg o typie cukrzycowym. Przemiana podstawowa w 16 przypadkach była wzmożona o przeszło 20%, co tłumaczy się nadmiernem wydzielaniem hormonu tyreotropowego przysadki. W niektórych przypadkach wyraźnej akromegalji sprawa w ciągu szeregu lat nie ulegała pogorszeniu, pomimo tego, że chorzy nie stosowali naświetlań czaszki promieniami Rentgena ani jakiegokolwiek innego leczenia. Spośród 35 chorych — 5 zmarło; 2 — po operacji mózgowej, 3 — poza szpitalem — z nieznanych przyczyn; 16 — przez cały czas czują się zupełnie dobrze i okresowo są naświetlani promieniami Rentgena; los pozostałych chorych jest nieznany, gdyż autor niema o nich wiadomości. Autor sądzi, że przypadki akromegalji należy operować jedynie przy ciężkich objawach wzrostu ciśnienia śródczaszkowego lub wobec szybko pogarszającego się wzroku; pozatem należy stosować jedynie naświetlania promieniami Rentgena. Druga grupa obejmuje 45 przypadków guza przysadki bez akromegalji; objawy przysadkowe występują tu znacznie wcześniej, niż objawy guza. Rokowanie tego rodzaju przypadków jest znacznie gorsze niż w przebiegu akromegalji. **Jakób Penson.**

Alexis F. HARTMANN. **Leczenie ciężkiej kwasicy cukrzyczej. Porównanie metod, ze szczególnem uwzględnieniem używania racemicznego mleczanu sodu.** (Arch. Intern. Med. 1935, t. 56, z. 3).

Autor przeprowadził dokładne badania porównawcze nad działaniem insuliny bez alkaliów. insuliny z dwuwęglanem sodowym i insuliny z mleczanem sodowym w kwasicy diabetycznej. Ta ostatnia metoda dała niewatpliwie najlepsze wyniki: w ciągu — godziny uzyskuje się poprawę, na którą trzeba czekać po użyciu samej insuliny 8 godzin. Ostatecznie opracowane przez Hartmanna leczenie kwasicy cukrzycowej przedstawia się w sposób następujący: natychmiast wstrzykuje się (połowe dożylnie, połowe podskórnie lub dootrzewnowo) 60 cm³ na kg. wagi M/6 roztworu mleczanu sodowego i 2 jednostki insuliny na kg., poczem 40 cm³ roztworu Ringera na kg.; po 6 godzinach $\frac{1}{2}$ jednostki insuliny na kg. Jeżeli spowodu zmniejszonej proteinemii rozwijają się obrzęki, stosuje się przetaczanie całkowitej krwi lub osocza — 20 cm³ na kg. wagi. **H. Makower (Łódź).**

BYRON B. CLARK, R. B. GIBSON i William D. PAUL. **Zwiększona skuteczność insuliny podawanej w dawkach, jednakowych co 2 — 4 godziny.** (Arch. Intern. Med. 1935 t. 55, z. 2).

Przeprowadzone w latach 1929 — 1930 doświadczenia wykazały, że insulina podawana co 2 — 4 godziny jest znacznie bardziej skuteczna, że można zmniejszyć liczbę jednostek, stosowanych w ciągu doby, poziom cukru we krwi jest bardziej jednolity, cukromocz ustępuje prędzej i znacznie zmniejsza się liczba odczynów hipoglikemicznych. Dlatego też zaczęto metodę tę stosować we wszystkich cięższych przypadkach, t. zn.

146 w ciągu ostatnich 5 lat (na ogólną liczbę 1553 chorych cukrzyczych). Ilość insuliny daje się w ten sposób zmniejszyć o $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$. Tolerancja na węglowodany wzrasta szybciej. Zwłaszcza korzystna była ta metoda w przypadkach pooperacyjnych. Metoda ta jest racjonalna również ze względów fizjologicznych, ponieważ w warunkach normalnych trzustka zapewne wydziela insulinę w sposób stały, a nie pojedynczymi rzutami. **H. Makower (Łódź).**

Max WISHNOFSKY i Arthur P. KANE. **Wpływ równoważnych ilości cukru gronowego i skrobi na poziom cukru we krwi i cukromocz u chorych na cukrzycę.** (Amer. Journ. Med. Sciences 1935, t. 189, z. 4).

Wbrew pogładowi Allena i Howella, a zgodnie z MacLeanem oraz Rosenthałem i Zieglerem chorzy na cukrzycę metabolizują cukier gronowy i skrobię w sposób podobny, jak tego dowodzą krzywe glikemji i intensywność cukromoczu po podaniu doustnem 90 gramów skrobi wzgl. 100 gr. cukru gronowego.

H. Makower (Łódź).

Choroby narządów trawienia.

L. SZWARC i KRYNSKI. **Zapalenie śródmiażdżowe wątroby i nieżyt żołądka.** (Sow. Wracz. Gaz. Nr. 21, 1935).

Autorzy podjęli się znalezienia zależności między zapaleniem śródmiażdżowym wątroby (*hepatitis*) a nieżytem żołądka (*gastritis*). Przeprowadzono badania na 50-ciu przypadkach. Autorzy doszli do wniosku, że niemal we wszystkich przypadkach ostrego zapalenia śródmiażdżowego wątroby stwierdza się nieżyt żołądka większego lub mniejszego stopnia. Zatrzymanie składników żółci przy ostrych zapaleniach śródmiażdżowych wątroby niezawsze powoduje zwiększenie kwasoty soku żołądkowego. Nie możemy na podstawie dotychczasowych spostrzeżeń klinicznych mówić wyłącznie o wątrobowopochodnej etiologii nieżyty żołądka. Nieżyt żołądka może się rozwijać niezależnie od niewydolności wątroby ale często ta jest w ścisłym związku z ostrem zapaleniem śródmiażdżowym wątroby. Czynność wątroby i żołądka są w ścisłym ze sobą związku i wyrazem tego jest powstawanie ostrych nieżytów żołądka w przebiegu zapalenia śródmiażdżowego wątroby wskutek niewydolności wątroby, oraz powstawanie niedostateczności oraz zapalenia śródmiażdżowego wątroby przy sprawach nieżytych żołądka.

S. Guzman.

E. WIECHMAN. **Kwasota żołądkowa u chorych na cukrzycę.** (Deutsche Med. Wochen. N. 19—1935)

Dotąd niema jednolitego poglądu w sprawie kwasoty żołądkowej u chorych na cukrzycę, co, zdaniem autora, zależy od różnej reakcji śluzówki żołądka na bodziec, jakim jest próbne śniadanie Ewald-Boasa. Dopiero badanie frakcjonowane treści żołądkowej po zastosowaniu różnego rodzaju bodźców jak śniadanie alkoholowe, kofeinowe i wstrzykiwanie histaminy, pozwala zbadać dokładnie czynność wydzielniczą śluzówki żołądka. Materiał autorów obejmuje 150 chorych na cukrzycę; okazało się, że niema krzywej kwasoty treści żołądkowej, typowej dla cukrzycy. W 25% stwierdzono achylję, w 37% warunki normalne i w 29% nadkwaśność. Bezsocznosc powstaje na tle *gastritis*, często towarzyszącej cukrzycy. Wiadomo, że bezsocznosc ujemnie wpływa na wchłanianie węglowodanów w przewodzie pokarmowym; u achylików również stwierdza się poziom cukru we krwi po obciążeniu glukozą. U chorych na cukrzycę, cierpiących jednocześnie na bezsocznosc żołądka, należy stosować duże dawki kwasu solnego i przetwory trzustki.

Jakób Penson.

H. NECHELES i A. COYNE. **Wydzielanie śluzu i kwasu w żołądku ludzi zdrowych i chorych na wrzód trawienny.** (Arch. Inter. Med. 1935, t. 55, Nr. 3).

Ze względu na silnie podkreślaną ostatnio rolę śluzu jako czynnika chroniącego błonę śluzową żołądka przed strawieniem przez sok żołądkowy podjęli autorzy badania nad wydzielaniem śluzu u osobników zdrowych i chorych na wrzód trawienny naczczo oraz po wstrzyknięciu pilokarpiny.

U ludzi zdrowych poniżej lat 40 wydziela się naczczo mniej śluzu niż u starszych (6,31 zamiast 10,04), u chorych na wrzód trawienny niema takiej różnicy (5,92—7,25). U zdrowych pijaków zawartość śluzu jest taka sama, jak u abstynentów. Natomiast pijacy z wrzodem trawiennym mają więcej śluzu (12,3—7,25).

Pod wpływem pilokarpiny u zdrowych abstynentów ilość śluzu wyraźnie wzrasta, u chorych abstynentów natomiast bardzo nieznacznie, prawie zupełnie nie. Zdrowi pijacy po pilokarpinie wykazują bardzo nieznaczne zmniejszenie ilości śluzu. Badania powyższe tyczą się śluzu widocznego, w odniesieniu do śluzu rozpuszczonego nie uzyskano wyników wyraźnych.

Kwasota wolna soku żołądkowego naczczo w całej grupie zdrowych większych różnic, zależnych od wieku czy od picia alkoholu, nie wykazała. U chorych na wrzód trawienny natomiast znacznie większa jest kwasota u ludzi powyżej czterdziestki, niż u młodszych. Kwasota całkowita nie wykazywała jakichś większych różnic.

Być może brak reagowania pijaków na bodźce, normalnie wywołujące zwiększone wydzielanie śluzu, tłumaczy, dlaczego wśród chorych na wrzód trawienny autorzy znajdowali tytuł nałogowych pijaków. H. Makower.

Choroby nerwowe i psychiczne.

L. PULSIFER. **Cibalgina w migrenie.** (Amer. Journ. of Digestive Diseases and Nutrition, 1935 Nr. 7).

Autor otrzymał w ostatnich 5 miesiącach u 26 pacjentów dobre wyniki w leczeniu migreny dożylnymi wstrzykiwaniami Cibalginy. Z małymi wyjątkami bóle głowy ustawały natychmiast i pacjenci odzyskiwali dobre samopoczucie. Gynergen, który także bywa stosowany w migrenie, może wywołać zaburzenia w miesiączkowaniu i wymioty. W. Kurowski.

F. MATSUOKA. **Androstina w histerji.** (Shindan te Chiryo. 1935 Nr. 10).

Autor przytacza 3 przypadki histerji u kobiet w wieku od 35—40 lat, z których jedna miała ponadto silną anemię i nieznaczny przerost serca, druga anemię i nadkwaśność, a trzecia starą obustronną gruźlicę i anemię. We wszystkich przypadkach zastosowano wstrzykiwania Androstiny. Po tygodniu chore zakomunikowały o doskonałym rezultacie leczenia. W trzecim przypadku leczenie hormonalne nie pogorszyło sprawy gruźliczej. W. Kurowski.

Howard H. BEARD, Carlo J. TRIPOLI i Jerome E. ANDES. **Znaczenie rozpoznawcze i rokownicze przemiany kreatyno-kreatyninowej w różnych myopatjach przed i po leczeniu za pomocą amino-kwasów.** (Amer. Journ. Med. Sciences 1935, t. 188, z. 5)

Autorzy zbadali wydzielanie kreatyny i kreatyniny w moczu 30 chorych, cierpiących na myopatię, przed i po zastosowaniu leczenia amino-kwasowego. Poprawę przedmiotową i podmiotową stwierdzono u 10, tylko podmiotową u 7 chorych; w 4 przypadkach zatrzymano dalszy rozwój choroby. W przypadkach z poprawą wydzielanie kreatyny wzrosło o 50—200%

w porównaniu z okresem kontrolnym. W 13 przypadkach bez poprawy kreatynuria nie zwiększyła się lub zwiększyła się tylko bardzo nieznacznie. Wydzielanie kreatyniny może ulec zwiększeniu pod wpływem podawania aminokwasów. Dla wytworzenia kreatyny z aminokwasów musi być nieuszkodzona czynność dolnego neuronu ruchowego wraz z unerwianym przezeń mięśniem. H. Makower.

Mark Albert GLASER, Carlyle N. IMERMAN i Stanley W. IMERMAN. **Tak zwana encephalitis i myelitis haemorrhagica po dożylnych wstrzykiwaniach arszenaminów (salwarsanów). Praca oparta na przeglądzie 158 przypadków.** (Amer. Journ. Med. Sciences, 1935, t. 189, z. 1).

1 przypadek śmierci spowodu zajęcia centralnego systemu nerwowego po wstrzykiwaniach preparatów salwarsanowych zdarza się na 5.398 przypadków leczonych i na 28.768 wstrzykiwań. Śmiertelność w przypadkach posalwarsanowego zajęcia centralnego systemu nerwowego wynosi 76%. Od r. 1911 opisano w piśmiennictwie 155 przypadków, autorzy podają historię choroby jeszcze 3 przypadków: 106 przypadków *encephalitis*, 8 — *myelitis* i 4 *encephalomyelitis*. W 32 przypadkach były zajęte również opony. Ze 120 przypadków śmiertelnych wykonano sekcje w 98. Nazwa najczęściej używana: *encephalitis haemorrhagica* — nie odpowiada dobrze istocie sprawy. Śmierć z jej powodu stanowi około 50% wszystkich zgonów posalwarsanowych. Na następnym miejscu znajdują się *dermatitis exfoliativa* i zanik żółty wątroby.

Odczyn toksyczny mózgowy mogą występować również i u nieluetyków, nie są zależne ani od dawki ani od liczby wstrzykiwań, ani od toksyczności samego leku (znane są przypadki, kiedy z jednej ampulki zrobiono wstrzyknięcie 2 chorym, 1 miał komplikację mózgową, 2-gi — nie). Niema tu również związku z wiekiem i płcią chorych. Najczęściej występuje po 2-iej wstrzyknięciu, ale opisywano i po 15-em. Objawy mogą się zjawić od 12 godz. do 70 dni po wstrzyknięciu, zwykle od 12 do 144 godz. Najczęstsze i najważniejsze objawy to ból głowy, wymioty, niepokój, dreszcze, zawroty głowy, gorączka, sinica, zmiany tętna i oddechu; z objawów ściśle neurologicznych: drgawki, nieprzytomność, zmiany źrenicowe i w mięśniach ocznych, zaburzenia odruchów, zanik kontroli nad zwieraczami, objawy psychiczne, hemiparoza, sztywność karku. W bardzo licznych przypadkach występuje ostre zapalenie nerek (46%). W 63% ciśnienie płynu mózgowo-rdzeniowego jest wzmożone.

Reakcja toksyczna po salwarsanie jest raczej ogólna niż rozsiana; *encefalitis* w przypadkach opisywanych wysuwał się na czoło innych zmian, tak jak w innych przypadkach — zajęcie wątroby lub skóry. Bardziej korzystne pod względem przebiegu były przypadki bez zajęcia rdzenia: ze 146 wyleczyło się 32, gdy z 12 z zajęciem rdzenia — tylko 1. Również zajęcie opon mózgowych jest bardzo niekorzystne: z 27 przypadków wyzdrowiały tylko 3.

Zapobiegawczo radzono unikać preparatów salwarsanowych w chorobie nerek, stosować przed ich wstrzykiwaniami efedrynę i adrenalinę, atropinę, rozpuszczać je w roztworze glukozy, soli wapnia, mieszaniny kwasów aminowych wątroby (Rebaudi). Leczniczo stosuje się przede wszystkim tiosiarczany sodu i — lepiej jeszcze — wapnia, chlorek lub glukonian wapnia, adrenalinę, efedrynę, 50% glukozę w dużych dawkach (dla odwodnienia, obrzęk mózgu odgrywa dużą rolę), pozatem *cardiaca*, *sedativa* etc. Niekiedy wskazana jest wczesna laminektomia lub *decompressio subtemporalis*.

H. Makower.

Streszczenia pojedyncze.

Patologia kliniczna i doświadczalna.

Harry LOWENBURG. **Badania nad wpływem uspiania na stopień ruchomości leukocytów obojętnochłonnych in vitro.** (Amer. Journ. Med. Sciences, 1934, t. 188, z. 4).

Autor postawił sobie za zadanie zbadanie, czy uspianie może zadziałać na siły obronne ustroju poprzez zmianę ruchomości leukocytów obojętnochłonnych. Ruchomość leukocytów odgrywa dużą rolę w ich funkcji żernej. Z badań tych, wykonanych przy użyciu różnego rodzaju stężeń chloroformu, okazało się, że niema takiego jego stężenia, któreby mogło ruchomość zwiększać; małe stężenia są bez wpływu, większe, działają wyraźnie hamująco. Te ilości, które znajdują się w czasie uspiania chloroformowego we krwi, mogą zmniejszać ruchomość leukocytów, a przez to obniżać ich działalność obronną.

H. M a k o w e r.

David M. GRAYZEL. **Zmiany w ośrodkowym układzie nerwowym po drgawkach spowodowanych przez nadmierne dawkowanie insuliny.** (Arch. Intern. Med. 1934, t. 54, zes. 5).

Kwestja, czy drgawki same przez się wywołać mogą określone zmiany w mózgu, nie jest jeszcze rozstrzygnięta. Ażeby ją wyświełcić posługiwał się autor dużymi dawkami insuliny, przy pomocy których wywoływał u królików drgawki o rozmaitem natężeniu i różnej częstości. U królików, które nie miały drgawek, nie stwierdzono w mózgu żadnych zmian, u królów, które miały tylko nieznaczne drgawki znajdowano nieznaczne zmiany w mózgu lub też żadnych zmian nie stwierdzano. Natomiast u tych zwierząt, u których wystąpiły mocne drgawki, raz lub więcej stwierdzano stałe wyraźne zmiany w ośrodkowym układzie nerwowym. Im większa była liczba drgawek i im one były dłuższe, tem większe były zmiany w mózgu. Zmiany słabsze polegały na pasach z komórkami skurczonemi, silnie zabarwionemi, z wypustkami korkociągawatemi, zmiany większe zaś prócz tego wykazywały pasy nekrobiozy. Zwłaszcza były zajęte komórki piramidalne 3-ej i 5-ej warstwy korowej. Drgawki działają uszkodzająco na mózgowie prawdopodobnie przez wywoływanie miejscowej anoksemii.

H. M a k o w e r (Łódź).

G. BELLET, Ch. G. JOHNSTON i A. SCHECTER. **Wpływ zawału mięśnia sercowego na tolerowanie przez psy naparstnicy.** (Arch. Intern. Med. 1934, t. 54, z. 4).

Naogół przestrzega się przed stosowaniem naparstnicy w zawałe mięśnia sercowego, ale zdania różnych autorów w tej kwestji nie są jednolite. Spowodowane to jest przez brak dokładnych i ścisłych badań nad wpływem naparstnicy w zawałe mięśnia sercowego, a opieranie się raczej na wrażeniu klinicznym. Badania doświadczalne w tym kierunku przeprowadzili Gold oraz Gilbert i Fenn; autorzy ci przyszedli do wniosków sprzecznych. Ażeby sprawę tę możliwie ściśle opracować i stworzyć warunki bardziej zbliżone do stosunków ludzkich Bellet, Johnston, i Schecter wybrali jako zwierzęta doświadczalne psy, których serce jest większe od serca kocięgo i bardziej skłonne do migotania komór, oraz przeprowadzili dożylne wstrzykiwania mianowanej nalewki naparstnicowej: 1/2 godz. — do kilku godz. po podwiązaniu przedniej zstępującej gałązki lewej tętnicy wieńcowej, 4 dni później oraz po okresie 6 tyg. — 6 mies. W tym przypadku zawał nie miał jeszcze czasu się wytworzyć (zmiany w mięśniu sercowym są jeszcze odwracalne), w 2-im jest okres ostrego lub podostrego zawału, w 3-im mamy zawał przewlekły (zbliznowacenie). Psy, którym wstrzyknięto 1/2 godz. po podwiązaniu tętnicy wieńcowej, wykazały taką samą wrażliwość na naparstni-

cę jak psy kontrolne. Natomiast w okresie ostrego zawału wrażliwość była o 20 — 30% większa. U zwierząt ze znacznie mniejszym zawałem powodu zbliznowacenia (grupa 3-a) wrażliwość na naparstnicę była większa niż u psów kontrolnych, ale mniejsza niż u poprzednich. Zmniejszenie tolerancji zależy od obecności zawału i prawdopodobnie od jego okresu i rozległości. Badania te potwierdzają wrażenie kliniczne, że naparstnica w dużych dawkach może być niebezpieczna w okresie podostrego i przewlekłego zawału i że w tych przypadkach należy ją stosować z dużą ostrożnością.

H. M a k o w e r.

E. G. SCHMIDT, J. S. EASTLAND i J. H. BURNS. **Zakażenie i tolerancja na cukier gronowy.** (Arch. Intern. Med. 1934, t. 54, z. 3).

Do badania tolerancji na cukier gronowy używali autorzy 1.5 g glukozy na 1 kg wagi chorego w 300 cm³ wody z lodem i wyciśniętą cytryną. Naczczo, 1, 2, i 3 godz. po spożyciu glukozy pobierano z żyły 5 — 6 cm³ krwi, którą natychmiast wlewano do naczynka z 10 cg. szczawianu wapnia. Badano cukier we krwi i mocznik. Zbadano 73 chorych, 36 z miejscowemi zakażeniami ropnemi, 9 z ogólnemi chorobami gorączkowemi, 28 z zapaleniem stawów i gośćcem. 72% chorych z zakażeniami ropnemi miało krzywe nieprawidłowe, wszyscy chorzy z ogólnemi sprawami gorączkowemi również. Z chorych z zapaleniem stawów tylko 13,6% miało krzywe podobne do cukrzyco-wych. We wszystkich tych przypadkach poziom cukru naczczo był prawidłowy. Po wyzdrowieniu we wszystkich przypadkach skontrolowanych krzywe glikemiczne były prawidłowe. We wszystkich przypadkach z wyjątkiem 3, w których były wyraźne zmiany w nerkach poziom mocznika we krwi był prawidłowy.

H. M a k o w e r.

SCHLIFAKE. **Śledziona jako narząd obrony przed chorobami.** (Z. ärz. Fortbild, Bd. 32, 1935).

Autor na podstawie spostrzeżeń własnych i piśmiennictwa referuje poglądy na czynność wewnątrzwydzielniczą śledziona. Śledziona jest narządem niezmiernie ważnym, przyjmującym żywy udział w akcji obronnej organizmu. Hormonem czynnym śledziony jest t. zw. prosplen, regulujący zaburzenia hormonalne ustroju i mobilizujący jego siły obronne. Prospen czyli substancja czynna śledziony obniża podstawową przemianę materji w chorobie B a s e d o w a, reguluje patologiczną czynność wydzielniczą żołądka, dzięki normowaniu wymiany chlorowej między krwią i tkankami, wpływa na poziom cukru we krwi oraz wzmacnia fagocytozę i zwiększa ilość cholesteroliny we krwi. Na zwierzętach stwierdzono po podaniu śledziony zwiększenie się ilości przeciwciałów białonicych. Autor zastrzeka prosplen (co 2 dzień 2 ccm) i uzyskuje znaczną poprawę w nieżytych i wrzodzie żołądka. Wyniki te potwierdzają również inni badacze. Obserwowano dodatni wpływ wyciągów śledzionowych na przebieg chorób alergicznych (katar sienny, pokrzywki i t. p.). Inni autorzy polecają leczenie śledzioną w ostrych sprawach zakaźnych i krwawiczych. Żadnych ubocznych wpływów wyciągi śledziony nie wywierają, to też stosować je należy wszędzie tam, gdzie chodzi o wzmoczenie sił obronnych ustroju.

S. G u z m a n.

BAMBERGER i WENDT. **O wpływie wyciągów z kory nadnerczy i witaminy C. na białonicy niewydolność układu krążenia.** (Kl. W. 24, 1935).

W przebiegu złośliwej białonicy już w końcu pierwszego lub na początku drugiego tygodnia następują zaburzenia w krążeniu. Na te zaburzenia nie mają wpływu duże dawki surowicy przeciwbiałonicy ani inne środki lecznicze. Na sekcji często stwierdza się zmiany w nadnerczach. Zaobserwowano,

że jady blonnicze wywołują objawy podobne do zaburzeń w niedomodze kory nadnerczy (obniżenie ciśnienia krwi, adynamia, błądność i obniżenie temperatury). Jednocześnie autor stwierdza, że duże ilości witaminy C, podawanej w przebiegu blonicy, nie wydzielają się przez nerki. To spostrzeżenie, łącznie ze stwierdzoną dużą ilością witaminy C w korze nadnerczy upoważniły autora do stosowania wyciągów z kory nadnercza i witaminy C w niewydolności układu krążenia w blonicy. Leczenie stosowano w 8 przypadkach niezwykle ciężkich u dzieci. Z 8-ich chorych wyzdrowiało 5-ciu, 3 zginęło o 4 — 5 dni później niż można było wynioskować z ogólnego stanu. Już w pierwszych dniach ogólny stan i tętno ulegały znacznej poprawie po każdym zastrzyknięciu. Elektrokarдиограм w przypadkach śmierci wykazał zupełny blok serca. W innych przypadkach były wyraźne zmiany w akcji komór bez zaburzeń w przewodnictwie. Autor poleca stosowanie wyciągów z kory nadnercza i witaminy C już w pierwszych dniach blonicy.

S. G u z m a n.

Choroby narządów trawienia.

HETENYJ. Wyleczenie ciężkiego nieżytu okrężnicy kwasem askorbinowym. (Kl. Woch. 41, 1935).

Autor opisuje 6 przypadków ciężkiego nieżytu okrężnicy, w których stosował witaminę C. Podawano 2 razy dziennie po 150 mg. kwasu askorbinowego dożylnie. Osiągnięto już po kilku dniach poprawę obiektywną i subiektywną, wówczas podawano kwas askorb. co drugi dzień. Witamina C posiada więc oprócz swego działania przeciwnicowego nieswoisty wpływ hemostatyczny, który okazał się momentem decydującym w leczeniu nieżytu okrężnicy.

S. G u z m a n (Warszawa).

A. KOSINER. O leczeniu choroby wrzodowej żołądka Larostidina. (Schw. M. Woch. 10, 1936).

Autor opisuje 30 przypadków wrzodów żołądka leczonych larostidina (Roche). Kurację wrzodów żołądka należy przeprowadzać, zdaniem autora, w warunkach szpitalnych, gdyż zapewniają one potrzebny spokój oraz stosowanie się do zaleconej diety. Przypadki opisane są ilustrowane licznymi zdjęciami rentgenowskimi i były leczone Larostidina zarówno w warunkach ambulatoryjnych jak i szpitalnie. Już po pierwszych kilku iniekcjach stwierdza się znaczną poprawę apetytu, przyrost wagi i polepszenie samopoczucia chorego. Kuracja składa się z 21 wstrzykiwań, stosowanych domięśniowo, po 5 cm larostidiny codziennie. Wstrzykiwania są bezbolesne i nie mają przeciwwskazań. Przeciętnie po 5-ciu wstrzykiwaniach znikają bóle i uczucie ściskania w dolku podsercowym. Po przeprowadzonej kuracji autor podkreśla brak nędzy, którą przed kuracją stwierdzano na zdjęciu. Po 14 miesiącach obserwacji, nawrotów choroby nie było. Te obserwacje pozwalają, zdaniem autora, postawić larostidina na pierwszym miejscu w szeregu środków stosowanych we wrzodach żołądka.

S. G u z m a n.

Choroby skóry, weneryczne i płciowe.

DITTRICH. Lichen zosteriformis syphiliticus. (Derm. Ztsch. I. 72, 1936).

Grudkowa osutka, wyglądem i umiejscowieniem swoim żywo przypominająca półpasiec, a trwająca u 26-letniej chorej od roku. Chora przybyła do szpitala z rozpoznaniem półpaśca (w obrębie D5—D12 i L3); na oddziale szpitalnym rozpoznanie zostało skorygowane w sensie *Lichen ruber planus atrophicus cum pigmentatione*. Wobec braku swędzenia oraz większego nacieczenia niektórych grudek dokonano badania WaR; odczyn wypadł dodatnio. Dokonana wreszcie biopsja oraz ustąpienie całkowite osutki pod wpływem leczenia przeciwiłkowego spowodowały trzecią korektę rozpoznania w sensie zatytułowanym.

M e r e n l e n d e r.

STEIN. Odrucie za pomocą skóry, jako przyczyn chorób skórnych w okresie pokwitania, (w ciąży i w okresie przekwitania). (Sprawozdanie z kongresu dermatol. Budapeszt 1935 r.).

Trądzik, toksykodermie w ciąży oraz poklimakteryczna rosacea są chorobami skórnymi, które wyraźnie wskazują na rolę odtruwającą narządu skórniego w etiologii dermatoz. Pokwitanie, ciąża i przekwitanie prowadzą do przestrojenia pokryw skórnej, a to naskutek zmian czynności i korelacji gruczołów wewnątrzwydzielniczych. Zjawisko to ma podłoże anatomiczne w wytwarzaniu zaskórników w pierwszym okresie trądzika, w nadmiernym uwłosieniu i przemieszczeniu barwnika podczas ciąży oraz w angioneurozie, która jest warunkiem wstępnym w różyczce (rosacea). W tym właśnie anatomicznie zmienionym narządzie skórnym zostają magazynowane elementy trujące, pochodzące częściowo z wadliwej przemiany materii wewnątrzwydzielniczej, częściowo z przewodu pokarmowego. Te substancje już same przez się są zdolne wywołać sprawę zapalną, z drugiej strony przygotowują teren (pożywkę) dla bakterij narządu skórniego, które poczynają rozrastać się i wywierają swoje działanie w postaci tworów naciekowych.

M e r e n l e n d e r.

KOŻEWNIKOW. Dermografizm niebieski. (Archiv für Dermatologie und Syphilis Nr. 171. 1935 r.).

Na skutek podrażnienia mechanicznego cyanotycznej skóry przekrwionej powstają zmiany naczynioruchowe, noszące nazwę dermatografizmu niebieskiego. Mechanizm powstawania dermatografizmu niebieskiego jest identyczny z dermatografizmem białym. Dermografizm niebieski stanowi rozszczepienie czynności nerwów naczynioruchowych w dziedzinie do — i odprwadzających naczyń skórnych. Gdy w drobnych tętniczkach i kapilarach następuje wybitne zwężenie, to naczynia żyłne są w stanie porażennym i są wypełnione krwią zastoinową, przez co powstaje dermatografizm niebieski.

J. R y w l i n.

A. WIEDMAN. Przyczynę do patologii schorzenia naczyń skóry. Miażdżycę skóry. (Dermatologische Wochenschrift I. 102, Nr. 3).

Autor twierdzi, że wbrew dotychczasowemu mniemaniu tętniczki skóry także ulegają schorzeniu miażdżycowemu. Należy odróżnić schorzenie tętniczek o większej średnicy, gdzie zmiany miażdżycowe są usadowione w *elastica*, od schorzenia tętniczek prekapilarnych, gdzie zmiany występują w postaci zwyrodnienia szklстого ściany naczyń. Zmiany miażdżycowe skóry można porównać ze zmianami w nerkach, można przytem przeprowadzać daleko idące analogie.

J. R y w l i n.

MEYER-HEINE i HUGUENIN. Leczenie róży chlorowodorkiem sulfamido-chryzoidyny (rubiazol). (Pr. Med Nr. 23, r. 1936).

Badania, przeprowadzone w szpitalu C l a u d e - B e r n a r d a, wykazały że środek ten swoiście działa na różę. Wyniki leczenia wyglądały następująco: szybki spadek temperatury do normy; róża przestaje się szerzyć, sprawa zapalna powoli się cofa; mniej więcej po 1 — 10 dniach wygląd skóry wraca do normy, i następuje całkowite wyzdrowienie. Rubiazol w wodzie nie rozpuszcza się; podaje się go *per os* w dawkach po 8 tabletek à 0,25 dziennie, zmniejszając stopniowo do 6 — 4 tabletek. Autorzy podkreślają, że od czasu wprowadzenia rubiazolu nie zanotowano ani jednego przypadku śmierci na różę. Szczególną wartość ma rubiazol w praktyce dziecięcej, gdyż, jak podaje N o b é c o u r t, śmiertelność niemowląt chorych na różę wynosi 80%. Autorzy stosowali rubiazol u 8 niemowląt w wieku od 2 do 16 miesięcy. Rubiazol podawano w proszku w dawkach od 1/4 do 2 tabletek dziennie, podzielonych na 4 jednorazowe dawki. Efekt leczenia był bardzo zachęcający: objawy chorobowe szybko ustąpiły, wszystkie dzieci wyzdrowiały.

Obserwacja przekonywa, że po stosowaniu rubiazolu nie stwierdzono żadnego działania ubocznego na ustrój: rubiazol szybko ulega wessaniu w przewodzie pokarmowym i już po 3 godzinach wydziela się z moczem, który zabarwia na czerwano. Działanie rubiazolu jest wybiórcze, gdyż niezawodnie działa jedynie przeciwko róży; w innych postaciach zakażenia paciorkowcami jest on mniej skuteczny.

A. K i r s z b r a u n.

WARTEMANN. Miejscowe leczenie tranem w dermatologii. (Derm. Wochenschrift 43. 1935).

L o e h r uzyskał dobre wyniki po stosowaniu (do-ustnym i zewnętrznym) tranu w przypadkach okaleczeń, oparzeń, źle gojących się ran, owrzodzeń podudzia, ziarniny wiotkiej i zapaleń szpiku kostnego. Tran zakłada się na 2 — 3 tygodni, (działanie papki). Tran zawiera: kwasy tłuszczowe, Hr. chl., fosfor S. i witaminy A. i D. Witamina A. działa na naskórek, na tkanki siateczkowo - śródbłonkowe i na tkankę tłuszczową. Witamina D (Ca-Ph) działa na mezenchymę. Wyhodząc z tych teoretycznych przesłanek, zbadano w klinice Grütza w Bonn działanie tranu w całym szeregu schorzeń skórnych, i autor doszedł do wniosku, że tran wzbogacił naszą terapię i powinien być użyty jako niezastąpiony środek w celu tworzenia ziarniny i ze względu: 1) na niebolesność przy zmianie opatrunku — zmiana opatrunku przynajmniej co 2—3 dni, a nawet 5—7 dni — 2) skrócenie okresu gojenia i 3) daje blizny gładkie i kosmetyczne. Leczenie tranem szczególnie jest wskazane w oparzeniach, w grzeli skóry i raku.

D. K e n i g s b e r g.

Choroby płuc.

FARRELL. O wczesnem rozpoznawaniu rozstrzeni oskrzeli. (The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Tom 106, Nr. 2, 1936).

Nabyta rozstrzeń oskrzeli jest schorzeniem przewlekłym, postępującym, bez szczególnych objawów patognomicznych. Ogólnie przyjęta patogeniza schorzenia uznaje 2 warunki, uspasabiające do powstania rozstrzeni: rozmięczenie, utrata sprężystości ściany oskrzeli oraz moment zwiększonego parcia wewnątrzoskrzelowego, względnie ciągnięcia zwnątrz-oskrzelowego. W okresie późnym zwykle stosowane środki lecznicze dają niewielki albo i żaden efekt leczniczy, zaś postępowanie operacyjne daje duży odsetek śmiertelności. Ryzyko zwłaszcza leczenia operacyjnego jest tem mniejsze, im wcześniejszy jest okres schorzenia, i dlatego zagadnienie wczesnego rozpoznawania rozstrzeni oskrzeli posiada tak duże znaczenie. Autor przytacza dane, wysnute ze spostrzegania 100 przypadków rozstrzeni oskrzeli: 52 mężczyzn i 48 kobiet. W chwili rozpoczęcia obserwacji 77 chorych nie przekroczyło 30 roku życia. W 41 przypadkach schorzeniem dotknięte było lewe płuco, w 23 — prawe, w 36 — oba płuca. Schorzenie posiada charakter par excellence przewlekły. U 50 chorych objawy chorobowe trwały mniej niż 5 lat; u 47 chorych — powyżej 5 lat; u 3 chorych czasu trwania schorzenia nie można było ustalić. Schorzenie powstaje we wczesnych okresach życia. U 17 chorych, których wiek wahał się pomiędzy 4 a 54 laty, objawy trwały od dzieciństwa (17%). U 80% chorych objawy chorobowe datawały od pierwszego dekadji życia. U 45 chorych schorzenie wystąpiło wtórnie po infekcji dróg oddechowych. W 12 przypadkach schorzenie wystąpiło po infekcji, przebytej w dzieciństwie. Symptomatologia i dane bakteriologiczne nie przedstawiają zespołu specjalnie zróżniczkowanego. U 66 chorych badano rentgenologicznie zatoki dodatkowe, przy- czem w 86% stwierdzono wyraźne zmiany zapalne. Dla wczesnego rozpoznania rozstrzeni oskrzeli decydujące są wyniki badania radiograficznego oraz bronchoskopowego. Dane pneumografji są koniecznym problemem rozpoznawczym. Jeżeli bezpośrednie badanie rentgenograficzne budzi podejrzenie w kie-

runku rozstrzeni oskrzeli, a badanie bronchoskopowe i pneumografia wypadają niewyraźnie, wówczas chory powinien pozostać przez dłuższy czas pod obserwacją lekarską, a wspomniane badania winny po jakimś czasie być powtórzone.

Jerzy Fajwlewicz (Łódź).

Choroby oczu.

M. ALVARO. Skrzydlik i jaglica. (Revue Internationale du Trachome, 1935).

Wielu badaczy zauważyło niezmierną rzadkość występowania skrzydlika u chorych jagliczych. Autor zbadał tę sprawę w kraju, gdzie obie choroby są częste, i na zasadzie 24.481 przypadków doszedł do wniosku, że skrzydlik występuje dwa razy rzadziej u chorych jagliczych, niż u innych. Próbuje wytłomaczyć to zjawisko na zasadzie teorii podrażnieniowej: chory na jaglicę wskutek światłowstrętu mruży oczy na powietrzu, co chroni je od działania wiatru i kurzu, mających jakoby wpływ na powstawanie skrzydlika.

M. Wilkowska.

A. CUÉNOD i R. NATAF. O obecności elementów rikettsoidalnych w zawartości ziaren jagliczych. (Revue Internationale du Trachome, 1935).

Jeden z powyższych autorów referował już w r. 1934 sprawę obecności elementów infrabakteryjnych w ziarnach jagliczych. Obecnie zbadano przeszło 200 przypadków jaglicy czynnej i przy pewnej metodzie przygotowywania preparatów znaleziono w nich następujące elementy: 1) liczne komórki nabłonkowe, o dużym jądrze, składającym się z kłębka nitek chromatynowych i skurczonej protoplazmy, która jest bardzo często nakrapiana ciemnymi ziarenkami, 2) liczne małe monocyty, 3) komórki w okresie kariokinezy z zarodkiem, nakrapianą ciemnymi ziarenkami. Prócz tego stwierdzano stale znaczną liczbę drobnych cząstek protoplazmatycznych różnej wielkości i kształtu, pochodzących z cytoplazmy otaczających komórek, rozdrobnionych dzięki działaniu litycznemu jadu jagliczego. Dokładne oglądanie tych cząstek protoplazmatycznych wykazuje w większości z nich obecność ziarnistości, ciemniejszej od otaczającego tła i układającej się przeważnie obwodowo. Próby wydzielenia tych ziarenek z ich środowiska zawiodły, natomiast niekiedy zauważono samoistny rozpad cząsteczek na ziarenka o rozmiarze 0,2 — 0,4 mikrona, to znaczy na granicy widzialności. Są one Gram - ujemne, barwią się z trudem Giemsa i azurem II. Trudność zabarwienia jest prawdopodobnie przyczyną tego, że pomimo wielkiej ich liczby i stałego występowania, elementy opisane nie zostały dotychczas wykryte. Dla pokonania tej trudności niektórzy autorzy za pomocą specjalnej techniki barwienia otrzymali preparaty — negatywy, na których ziarenka pozostają bezbarwne albo wyraźnie białe na ogólnym ciemnym tle. Występują one tak licznie i stale w treści samych ziaren jagliczych, że autorzy nie mogą oprzeć się wrażeniu o ich doniosłej, jeśli nie najważniejszej roli w patogenie jaglicy, i wyrażają nadzieję, że zachęcą do dalszych badań w tej dziedzinie.

M. Wilkowska.

A. GARDILÍĆ. O doświadczeniach z nowym sposobem leczenia jaglicy. (Zeitschr. für Augenheilkunde, maj 1935).

Autor prowadził swoje doświadczenia od 5 lat. Pierwszy etap prac polegał na leczeniu alkalinizującym. Autor opierał się na dawnych pracach L u s i c a M a t k o w i c a, który stwierdził, że w stanie normalnym reakcja łez jest alkaliczna. Chodziło zatem o to, aby podczas schorzenia uczynić środowisko worka spojówkowego alkalicznym. Wielu autorów stwierdziło istnienie kwaśnego odczynu zawartości worka spojówkowego w jaglicy. Autor stosował wobec tego roztwór izotoniczny fosforanów sodu, najpierw na królikach, potem na oczach ślepych. Próby te nie miały jednak powodzenia. W dalszym etapie swoich doświadczeń autor stosował środki utleniające, które niszczą toksyny i pobudzają fagocytozę. Między innymi

stosował środki wydzielające chlor (organiczne związki chloru z Na, K, Ca, Zn i t. d.). Leczenie polegało na 1) wkraplaniu tych środków, 2) zakładaniu maści, 3) masażu temi środkami za pomocą pałeczki szklanej po uprzednim założeniu szkła kontaktowego na rogówkę. Autor opisuje próbę z *benzoylum superoxydatum*, z chloraminą 1/2%, z płynem Dakina i t. p. Wyniki były mierne. Wreszcie autor zatrzymał się na połączeniach chloru z ciężkimi metalami, a szczególnie na połączeniu ze srebrem w postaci maści (p-toluolsulfo — chloramino-srebro). Przytem spostrzegł cofanie się nawet uporczywych objawów jagliczych po masażu tym środkiem. Jednak do zastosowania codziennego środek ten nie nadaje się, gdyż szybko ulega rozpadowi. W dawniejszym piśmiennictwie znajdują się opisy leczenia jaglicy chlorem lub wodą chlorową, co odpowiada tej samej zasadzie. Streszczając się, autor dochodzi do wniosku, że aktywny chlor, jako jeden z najmocniejszych środków utleniających, może okazać dobre usługi w leczeniu jaglicy.

M. M a n t i n b a n d.

O. KARASEK. **Uśpienie ewipanowe w okulistyce.** (Medizinische Klinik 1933).

W praskiej klinice ocznej stosowano 25 razy uśpienie ewipanowe, przeważnie u dzieci, z których najmłodsze liczyło 7 miesięcy. Początkowo zastrzykuje się dożylnie dawkę usypiającą, to zn. taką ilość, przy której pacjent nie mówi, ale reaguje na bodźce skórne. Ze względu na szybkie działanie zastrzykiwanie odbywa się na stole operacyjnym, bardzo powoli, 1 cm³ 15 sekund. Po zastrzyknięciu dawki usypiającej dodaje się jeszcze raz lub półtora raza tyle. Naogół dzieci wymagają większych stosunkowo dawek, niż dorośli i znoszą do 8 cm³. Dawkę usypiającą poznajemy po zwióceniu mięśni (i dlatego szczeka musi być uniesiona ku przodowi), chrapiących szmerach i przyspieszonym tętnie. Należy mieć w pogotowiu coraminę, cardiazol i lobellinę. Narkoza ewipanowa ma następujące zalety: natychmiastowy sen, brak podniecenia, trwa krótko, nie przeszkadza w polu operacyjnym, nie daje szoku psychicznego i dolegliwości pooperacyjnych, oraz nie wymaga specjalnych przygotowań. Dotychczas spotykane wypadki śmiertelne należy przypisać przekroczeniu dawki. Przeciwwskazania stanowią: choroby wątroby, kacheksja, *ileus*, *sepsis* i zapalenie otrzewny.

S. F a j g e n b l a t.

A. VOGT. **O torbielowatym zwyrodnieniu siatkówki.** (Klin. Mon. f. Aug., T. 92/1934).

Torbielowate zwyrodnienie było już oddawna rozpoznawane histologicznie jako zmiany starcze oraz jako objaw, towarzyszący schorzeniom, wywołującym obrzęk okolicy p'amki żółtej. Oftalmoskopowo autor stwierdzał zwyrodnienie torbielowate od roku 1916, szczególnie przy badaniu w świetle bezczerwienem. Autor podkreśla również znaczenie badania zwyrodnienia torbielowatego w oświetleniu pośrednim. Niekiedy ma się wrażenie obecności licznych otworów w siatkówce, i dopiero badanie w półcieniu i w świetle bezczerwienem pozwala różniczkować torbiele i otwory. Właściwe rozpoznanie jest bardzo ważne, gdyż otwór w siatkówce powinien być zamknięty operacyjnie, torbiel zaś nemá takiego znaczenia bezpośredniego, gdyż zmiany te często ulegają poprawie po przykrojeniu się odwarstwionej siatkówki. Często wnożliu zwyrodnienia torbielowatego spotykamy białe smugi, które są obliterowanymi naczyniami siatkówki. Zmiany torbielowate chciałyby się tłómaczyć zamknięciem naczyń, jednak w zatorze tętnicy środkowej siatkówki zazwyczaj nie spostrzegamy takiego zwyrodnienia.

J. H. S k o t n i c k i.

Medycyna sądowa.

UNSELD. **Dwa przypadki samobójstwa przez zażycie thallium (truczyny na szczury).** (Sammlung von Vergiftungsfällen. 1935).

1) 24-letnią dziewczyna zażyła łyżką stołową tej truciz-

ny, poczem przez całe przedpołudnie pracowała. Pierwsze objawy zatrucia wystąpiły dopiero po południu: nudności, silne bóle głowy, bóle neuralgiczne nóg, po paru tygodniach zjawily się zaniki mięśni nóg, niezborność, po trzech tygodniach — zupełna utrata włosów. Przez czas dłuższy trwały zaburzenia ze strony narządu pokarmowego: zaparcia, napadowe bóle brzucha, pozatem — senność, stany depresji i t. p. 2) 29-letnia kobieta zażyła całą paczkę trutki na szczury; w ciągu kilku pierwszych dni nie było żadnych poważniejszych objawów zatrucia, dopiero po kilku dniach wystąpiło uczucie zmęczenia, silne bóle brzucha, stany depresji, a w kilkanaście dni po zatruciu — wypadnięcie włosów. Po kilku tygodniach — wszystkie objawy chorobowe ustąpiły, włosy odrosły.

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

LUDWIG i GAUNER. **Trzy przypadki zatrucia thallium** (Sammlung von Vergiftungsfällen. 1935).

Zatrucie nastąpiło po zażyciu od 0,5 do 1,0 gr. *thallium sulfuricum*. Objawy chorobowe we wszystkich tych trzech przypadkach były naogół podobne; przeważnie w ciągu 24—48 godz. od czasu zażycia trucizny występowały parestezje i bóle w kończynach, szczeg. dolnych, bóle brzucha w postaci kolki, uporczywe zaparcie stolca, nierzadko na zmianę z biegunkami, czasami — skłonność do wymiotów, ew. dniami trwające wymioty, po 12—20 dniach charakterystyczne wypadanie włosów; obraz kliniczny uzupełniał białkomocz, niezborność, zaniki mięśni kończyn, zaburzenia ze strony pęcherza, bezsenność i t. p. Autor zaznacza, że w rozpoznawaniu różnicowym należy brać pod uwagę wiađ rdzenia, zatrucie ołowiem, arsenem, alkoholem lub rtęcią.

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

SCHNEIDER. **Śmiertelne zatrucie thallium.** (Sammlung von Vergiftungsfällen. 1935).

Pewna kobieta celem pozbawienia się życia zażyła 200 gr. trutki na szczury (Zeliokörner), co odpowiadało 3,18 gr. *thallium*. Po 16 godz. jako pierwsze objawy zatrucia wystąpiło znieczulenie palców, wieczorem na drugi dzień — silne bóle brzucha, potem — bóle wzdłuż przebiegu nerwów, szczeg. nóg, parestezje, kurcze w kończynach, po 2-tych tygodniach chora zmarła. Na sekcji znaleziono ogniska rozmiękczeniowe i wylewy krwawe do mózgu, zmiany wsteczne w narządach ciała. przy badaniu chemicznym znaleziono w pierwszorzędnym drogach pokarmowych 13,6 mg. w dalszych — 9,6 mg. *thallium*, w 160 gr. moczu — 1 gr. *thallium*.

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

GEHRBANDT. **Pozbawienie męczyzny zdolności do płodzenia.** (Deut. med. Woch. 1935, Nr. 15).

Autor podnosi, że po przecięciu, wzgl. podwiązaniu przewodów nasiennych jeszcze przez czas pewien istnieje możliwość zapłodnienia, ponieważ w pęcherzykach nasennych mogą znajdować się żywe plemniki. Jak długo może to trwać — dokładnie nie jest wiadome — przypuszczalnie mogą one tam przetrwać do 6-tu miesięcy. Wobec tego autor uważa za konieczne celem pozbawienia zdolności do zapłodnienia osobników, u których dokonano podwiązania *vas deferens*, zastrzyknąć im do pęcherzyków nasiennych przez *vas deferens* płyn, któryby powodował śmierć plemników, np. roztwór 1 : 1000 rivanolu w ilości 2—20 cm³. Odpowiednio zastosowane wstrzyknięcie nie wywołuje żadnych przykrych następstw dla pacjenta; natychmiast potem należy podwiązać *vas deferens*. W częstych przypadkach, gdy sterylizacja bywa przeprowadzana wbrew woli mężczyzny, należy nietylko przewiązać *vas deferens*, ale i usunąć pewną jego część, długości ok. 6 cm, aby przeszkodzić przywróceniu zdolności do zapłodnienia przez dokonanie drugiego zabiegu, usuwającego podwiązkę i przywracającego drożność przewodu nasennego.

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

www.dlibra.wum.edu.pl

Streszczenia pojedyncze.

Patologia kliniczna i doświadczalna.

H. M. HAND. **Stężenie białka surowiczego w różnych rodzajach obrzęków.** (Arch. Intern. Med. 1934, t. 54, z. 2).

Normalnie osocze zawiera 6,2 — 8% białka całkowitego, 3,6 — 5% albumin i 2 — 3,5% globulin; stosunek albumin do globulin jest 1,2 — 2,2. Niski poziom białek surowicy i powstające z jego powodu obrzęki spotyka się w następujących sprawach: 1) niedostateczne pobieranie białek spowodu nieodpowiedniej diety, 2) znaczna strata białek spowodu białkomoczu, rozwolnienia lub krwotoków, 3) nadmierna strata białka w przemianie materji, spowodu przewlekłych zakażeń lub stanów charłacznych, 4) niedostateczne wytwarzanie się białek lub zmniejszona asymilacja. W powstawaniu obrzęków pochodzenia sercowego wysokie ciśnienie żyłne odgrywa rolę najważniejszą, ale dołączać się doń mogą niski poziom białek surowicy i brak tlenu, który wzmacnia przepuszczalność naczyń włosowatych. Restrykcje pokarmowe u chorych z nadciśnieniem, częsty brak apetytu u chorych z niedomogą serca tłómaczą niski poziom białek u wielu takich chorych. Ma to ważne znaczenie ze względu na leczenie. Należy stosować dietę bogatą w węglowodany i białka. Przyczyną obrzęków mogą być uporczywe wymioty i brak łaknienia. Obrzęki zwykle powstają wtedy, kiedy poziom białka osiąga granicę $5,5 \pm 0,3\%$, albo poziom albuminów $2,5 \pm 0,2\%$. Spadek białka dotyczy się przedewszystkiem albuminów. Stosunek albumin do globulin prawdopodobnie nie ma dużego wpływu na powstawanie obrzęków. Duże znaczenie ma pobieranie chlorku sodu i innych elektrolitów. Niskiemu poziomowi białka surowiczego zapobiega się najlepiej przez dostateczne pobieranie białek z pokarmem. Najlepsze leczenie: dieta bogata w białka, ograniczenie chlorku sodu; czasami stosowanie zakwaszających środków diuretycznych, przetaczanie krwi lub osocza i dożylnie wlewanie roztworu gumi arabskiej.

H. M a k o w e r (Łódź).

S. S. LICHTMAN. **Pochodzenie i znaczenie tyrozynurji w chorobach wątroby.** (Arch. Intern. Med. 1934, 53, N. 5).

W próbach moczu osobników normalnych tyrozyny nie wykryto. Ze 100 prób moczu osobników chorych należało 75 do chorych na wątrobę i pęcherzyk żółciowy, 25 do chorych na inne choroby. Z tych ostatnich tylko w jednym przypadku — nowotworu płuca — znaleziono tyrozinę w moczu. Natomiast u chorych wątrobowych stwierdzono tyrozynurję w 22 przypadkach (około 30%), najczęściej u chorych z ostrym lub podostrym zanikiem wątroby, rzadziej u chorych z nowotworem złośliwym wątroby lub dróg żółciowych, z żółtaczką kamiciową, toksyczną lub nieżyłową. W wyrodniejącym raku płuca może dojść do tyrozynurji, jeżeli tyrozyna nie znajduje ujścia przez oskrzela wraz z płwociną, jak działo się to w wyżej przytoczonym przypadku tyrozynurji niewątrobowej. W 6 przypadkach określono zawartość kwasów aminowych w moczu, w 4 była ona zwiększona przy czem zależne to było zapewne od jednoczesnego wzmoczonego wydzielania również innych aminokwasów, gdyż wydzielone ilości tyrozyny nie byłyby w stanie tak znacznie podnieść azotu aminowego moczu. 4 osobnikom zdrowym podano po 2 g tyrozyny w 100 cm³ gorącej wody — tyrozyny w moczu nie stwierdzono; podobnie również u 5 osobników z chorobami wątroby. U 1-go z 3 chorych żółtaczkowych (podostry zanik wątroby) stwierdzono tyrozinę w moczu po podaniu 2 g tyrozyny i 30 g glutamianu sodowego. Tylko w przypadkach ostrego zaniku żółtego wydzielane są większe ilości tyrozyny, w innych tylko bardzo nieznaczne. Żółtaczką była obecna w 19 z 23 przypadków tyrozynurji. Przy życiu zostało tylko 8 chorych, u których stwierdzono minimalne wydzielanie tyrozyny. Wielkie ilości tyrozyny i innych

kwasów aminowych w moczu chorych na ostry zanik żółty pochodzą z procesów autolitycznych w wątrobie. (Ważne znaczenie kliniczne ma stwierdzenie faktu, że czasami występuje tyrozynurja u chorych z długotrwałem zamknięciem przewodu żółciowego przez kamień. Zwiększająca się tyrozynurja wskazuje na szybkie postępowanie procesów zwyrodnieniowych w wątrobie. Niewystępowanie tyrozynurji w zwyrodnieniu wątroby nie zapewnia jednakże dobrego rokowania.)

H. M a k o w e r (Łódź).

Radjologia.

R. A. GOŁOUZKO. **Fałdy przepony, ich rozpoznawanie i znaczenie kliniczne.** (Terapewt. Arch. t. XIII. Nr. 4).

Fałdy przepony mogą się tworzyć normalnie przy głębokim wdechu, zwłaszcza przy wybitnie wyrażonym żebrowym typie oddechowym. Fałdy przepony mogą stanowić objaw towarzyszący rozmaitym chorobom płuc i narządów jamy brzusznej (dychawica oskrzelowa, przewlekły nieżyt oskrzeli, rozzedła płuc, wodobrzusze, kamienie nerkowe i t. d.). Fałdy przepony mogą stanowić powód do pomyłek rozpoznawczych, bywają czasami rozpoznawane jako zrosty przeponowe, bąbłowica wątroby i inne schorzenia, związane z przeponą. Jako moment różniczkowo-rozpoznawczy w zrostach przepony mogą służyć: a) tworzenie się fałdów przy głębokim wdechu i b) przecinanie się odcinków przepony przy fałdach. Kinematografia przepony może być pożyteczną metodą badania w określaniu fałdów przepony i różniczkowaniu ich ze schorzeniami, związanymi z przeponą.

H. L.

FREEMAN, SCHOENFELD i MOORE. **Wentrikulografia przy użyciu koloidalnego thorium-dioxid.** (The Journ. of The Amer. Med. Assoc. Tom 106, Nr. 2, 1936).

Wymieniony preparat, posiada, zdaniem autorów, znaczną przewagę nad zastosowaniem powietrza w celu uwidocznienia komór mózgowych. Bardzo łatwo miesza się z płynem mózgowo-rdzeniowym. Posiada wysoki ciężar właściwy. Łatwo przenika do zakamarków i uchyłków układu komór mózgowych. Posiada duży stopień nieprzenikliwości dla promieni rentgenowskich, wobec czego może być użyty w bardzo małych ilościach. Zostaje w przypadkach normalnych wydalony już w ciągu 4-ech godzin i wywołuje tylko bardzo słaby odczyn zapalny. Szczególne znaczenie uzyskuje preparat ten przez to, że nie zmienia płynnego charakteru środowiska, do którego zostaje wprowadzony, przez co unika się niebezpieczeństw, związanych z wprowadzeniem do płynnego środowiska powietrza.

Jerzy Fajwlewiec (Łódź).

Lecznictwo.

EILER. **O swoistym czynniku, obniżającym ciśnienie krwi, zawartym w gruczole krokowym i hormonie pęcherzyków nasiennych.** (Kl. W. 33, 1935).

W wyciągach i hormonie prostaty i pęcherzyków nasieniowych człowieka wykryto czynne ciało obniżające ciśnienie krwi i drażniące mięśnie gładkie przewodu pokarmowego i nacicy (E i l e r, 1934). Wpływ tego ciała na ciśnienie krwi stwierdzono doświadczalnie na królikach, psach i kotach. Atropina nie ma wpływu na czynność tego ciała. Już 0,05 cm hormonu pęcherzyków nasiennych powoduje długotrwały spadek ciśnienia u królików. Ciało to można wyodrębnić z tkanki lub wydzieliny prostaty, spermy i pęcherzyków nasiennych, sporządzając z wyżej wspomnianych tkanek wyciąg alkoholowy (3 — 5 części alkoholu) następnie dializując i stężając w eterze lub chloroformie. Czynny ten hormon rozpuszcza się w wodzie i daje przezroczysty roztwór. 20—50 γ tego ciała wywiera wyraźny wpływ biologiczny. Na podstawie tych spostrzeżeń autor wnio-

skuje, że otrzymane ciało różni się znacznie od znanych dotychczas środków obniżających ciśnienie krwi (cholina, acetylocholina, histydyna, adenozyne, kallikreina, mycystriatol i t. p.). Związek tego preparatu z wazoglandyną, ciałem hipotensyjnym, wyodrębnionem z prostaty małp, nie został dotychczas stwierdzony. Ciała te są do siebie podobne. Opisane przez autora ciało rozpuszczalne w eterze i wodzie, mające wyraźny wpływ obniżający ciśnienie krwi i pobudzające mięśniówkę gładką nosi tymczasem nazwę „prostoglandyny”.

S. Guzman.

W. ŁUKASSEN. Cebula i jej stosowanie w miażdżycy mózgu. (Kliniczeskaja Med. 1, 1936).

Cebula jako środek leczniczy była stosowana już w starożytności. Ostatnio zwrócono znów uwagę na jej wartość leczniczą. Autor stosował cebulę w ten sposób, że w ciągu pierwszych 5-ciu dni chory spożywał cebulę w ilości 30 gr. w ciągu trzech posiłków po 10 gr. Następnich 5 dni po 15 gr. 3 razy dziennie, trzecie 5 dni 2×30 gr., następnie 3×30 gr. Leczenie w ten sposób trwało miesiąc, poczem cebulę podawano odpowiednio przyrządzoną (kaszki, zupy i t. p.) oraz wyciągi alkoholowe cebuli (1 część cebuli — 5 części alkoholu 70%) 3×25 kropel dziennie. Cały kurs leczenia trwał 2 miesiące. Autor stosował tę metodę leczenia u 1.018 chorych, z tego 700 mogło wrócić do pracy. Obiektywnie stwierdzono: obniżenie ciśnienia krwi, dno oka zbliżyło się do normy, odruchy stały się żywsze, R o m b e r g — ujemny, drżenie rąk i nóg znikło, waga ciała zwiększyła się. Autor sądzi, że cebula znajduje, ze względu na tanią i prosty sposób stosowania, szerokie zastosowanie.

S. Guzman.

Choroby zakaźne.

W. D. SAPIR. Spostrzeżenia nad działaniem plazmocidu w zimnicy. (Sow. Wracz. Gaz. Nr. 22, 1935).

Plazmocid jest cennym preparatem w walce z napadami zimnicy. Plazmocid może dawać powikłania (bolesność w nadbrzuchu) nie tylko w czasie jego stosowania lub w krótkim czasie potem, lecz nawet po upływie dłuższego czasu (do dwóch tygodni). Dlatego też dawkowanie plazmocidu powinno być ostrożne: nie powinno się dawać więcej niż po 0,03 gr. cztery razy dziennie przez trzy dni rzędu, przy podawaniu plazmocidu należy dbać pedantycznie o codzienne wypróżnienia. Uwarunkowane przez zimnicę zmiany wątrobowe i nerkowe, jak również ciąża i niewyrównanie sercowo-naczyniowe nie stanowią przeciwwskazania do stosowania plazmocidu. H. L.

Liselotte BERNECKER. Działanie pyoktaniny na prątki błonicy. (Kinderärztl. Praxis 1935, zeszyt 10).

W ostatnich czasach niejednokrotnie leczono błonicę z dobrym wynikiem zapomocą *pyocytanin*, *coeruleum*. Autorka stosowała również ten środek w błonicy z bardzo dobrym wynikiem, posługując się 3% wodnym roztworem. Leczyła tym sposobem 126 dzieci. Z tych można było uważać 114=90,48% dzieci za wolne od prątków błonicy. Przeważna część pacjentów (72=63,15%) już po 7—8—9-dniowym leczeniu nie miała prątków błonicy, dalszych 13 dzieci nawet już po 2—6 dniach, w całości więc 85 czyli 74,56% dzieci uwolniono w ciągu 9 dni od prątków błonicy. Przeciętny czas leczenia wahał się w poszczególnych grupach od 8,3 do 21,25 dni, przyczem najuporczywsze były przypadki błonicy gardła, powikłane płonicą, lub przypadki płonicy, do której przyłączyła się błonica gardła. Zwraca się także uwagę na fakt, że dzieci z zapaleniem ucha wymagają dłuższego leczenia. Autorka jest zupełnie zadowolona z wyników, uzyskanych po stosowaniu 3%-wego wodnego roztworu pyoktaniny.

Jan Bader.

Choroby serca i naczyń.

William C. von GLAHN i Alwin M. PAPPENHEIMER. Stosunek między gośćcowem a podostrem bakteryjnym zapaleniem wsierdza. (Arch. Intern. Med. 1935, t. 55, z. 2).

Według różnych autorów 45—65% chorych na podostre bakteryjne zapalenie wsierdza ma w wywiadach sprawę gośćcową. Według Whitea i Jonesa 4,1% chorych na gościec stawowy zapada później na podostre zapalenie wsierdza. Istnieje rozbieżność zdań co do stosunku tych 2 spraw do siebie: Albo *endocarditis rheumatica* i *endocarditis subacuta* (=lenta) są zasadniczo jedną i tą samą chorobą, ale o różnym natężeniu wywołującego ją zakażenia paciorkowcowego, albo też — jak to przyjmuje znaczna większość autorów — *endocarditis subacuta* stanowi zakażenie niezależne, wtórne, nawarstwiają się na stare, wygojone zmiany gośćcowe w sercu lub też na świeże vegetacje gośćcowe — ta ostatnia ewentualność była w piśmiennictwie rozważana mało, chociaż przemawiałyby w tym kierunku badania Clawsena i wspóln., Libmana, Learyego, którzy znajdowali obok siebie świeże zmiany gośćcowe i kolonie paciorkowcowe w sensie *endocarditis subacuta bacterica*. Saphir i While znaleźli we wszystkich 10 zbadanych przez nich przypadkach powolnego zapalenia wsierdza u dzieci ciała Aschoffa. Von Glahn i Pappenheimer doszli na podstawie badań własnych do wniosku, że słuszną jest właśnie teza ostatnia, którą popierają następującymi faktami: 1. Vegetacje histologicznie identyczne z gośćcowymi i nie zawierające bakterij, znajduje się na tych samych zastawkach, co vegetacje bakteryjne, oraz na innych zastawkach, na których bakteryjnych vegetacji niema; również na ścianie przedsionków. 2. Ciała Aschoffa znajdowane są w mięśniu sercowym praktycznie biorąc w takiej samej częstości w przypadkach podostrego zapalenia wsierdza bakteryjnego, jak w przypadkach nieskomplikowanego gośćcowego zapalenia wsierdza. 3. Inne rodzaje bakteryjnego zapalenia wsierdza poza tym, który jest wywołany przez paciorkowce niehemolizujące, mogą być nawarstwione na czynne vegetacje gośćcowe. Jest to jednocześnie argument przeciwko pogładowi, że gośćcowe i bakteryjne zapalenie wsierdza są tylko różną intensywnością tego samego procesu zakaźnego. Najprawdopodobniej bakterie zostają implantowane powierzchownie na bezkształtnym lub ziarnistym materiale, z którego składają się vegetacje gośćcowe, a więc na czynnych niewyleczonych zmianach gośćcowych. Obecność ciałek Aschoffa w stosunku takim, jaki spotyka się w *endocarditis rheumatica* nieskomplikowanej przez zakażenie bakteryjne, również przemawia za obecnością czynnej sprawy gośćcowej w przypadkach *endocarditis subacuta bacterica*. H. Makower (Łódź).

H. Ross MAGEE i Harry L. SMITH. Migotanie przedsionków w nadczynności tarczycy. Wpływ wieku. (Amer. Journ. Med. Sciences, 1935, t. 189, z. 5).

Autorzy zbadali 635 chorych na chorobę Graves-Basedowa pierwotną, 577 na *struma toxicum*. W pierwszej grupie stwierdzono migotanie przedsionków w 71 przypadkach, w drugiej — w 139. Migotanie przedsionków było typu stałego (rzadsze) lub przerywanego (częstsze, zwł. w *adenoma toxicum*). Do 49 lat życia było tylko 8 przypadków migotania w grupie pierwszej, 18 — w drugiej. W ten sposób migotanie przedsionków w nadczynności tarczycy występuje w olbrzymiej większości w wieku starszym. Miażdżycę tętnic wieńcowych i nadciśnienie tylko w części tłumaczą to. Sam wiek starszy wpływa na skłonność serca do występowania migotania, umożliwiając jednocześnie łatwiejszą dekomensację krążenia pod wpływem nadczynności tarczycy. Z 210 przypadków migotania powiększenie serca stwierdzono w 79; w 35 nie było nadciśnienia

ani poprzednio istniejącej choroby serca. W 62 przypadkach było niewyrównanie krążenia, w 29 jedyną jego przyczyną była nadczynność tarczycy.

H. Makower (Łódź).

Ferdinand FETTER i Fruman G. SCHNABEL. Choroby serca u chorych z mięśniakami macicy. Studium kliniczne 50 przypadków. (Arch. Intern. Med. 1935, t. 55, z. 4).

W piśmiennictwie na temat serca przy mięśniakach macicy istnieją zdania bardzo rozbieżne, wielu autorów uważa, że istnieje związek przyczynowy między mięśniakami macicy a schorzeniem serca, zwłaszcza opisywano dużo przypadków z nadciśnieniem u kobiet z mięśniakami. Fetter i Schnabel ze Szpitala Powszechnego w Filadelfji podjęli dokładne badania nad tą kwestją, opierając się na 50 przypadkach własnych. W 25 były objawy cierpienia układu krążenia, w 5 tylko w postaci nieprawidłowości w elektrokardjogramach, w 5 z wyraźnymi objawami sercowymi było zakażenie gośćcowe, kiłowe wzgl. kłębuszkowe zapalenie nerek, w 15 była choroba serca na tle nadciśnienia. Analiza statystyczna wykazała przy porównaniu z częstością nadciśnienia u kobiet bez mięśniaków, że nie może być mowy o takiej jednostce chorobowej jak „*cor myomatousum*“, w sensie typu choroby serca, spowodowanej przez mięśniaki macicy i tylko przy nich występującej.

H. Makower.

A. Allen GOLDBLOOM i Isaiah LIBIN. Studja kliniczne nad przystosowaniami krążenia. I — kliniczna ocena badań objętości krwi krążącej. (Arch. Intern. Med. 1935, t. 55, z. 3).

Badania objętości krwi krążącej wyszły już z okresu doświadczonego i stanowią cenną pomoc przy rozpoznawaniu różniczkowym nadczynności tarczycy, policytemji, chorób sercowo-naczyniowych oraz w rokowaniu i leczeniu ich. Autorzy zbadali pod tym względem 10 osób zdrowych, 9 chorych z nadczynnością tarczycy, 22 z chorobami sercowo-naczyniowymi, 5 z wyrównaniem nadciśnieniem, 7 z policytemją prawdziwą, 6 z różnego rodzaju niedokrewnością, 7 z różnymi zaburzeniami przemiany materji, 1 z krzywicą i 6 z osłabieniem nerwowo-krążeniowym. Autorzy stosowali nieco zmodyfikowaną metodę Keitha, Rowntreego i Geraghtyego, używając 10 cm.³ 0,6% czerwieni trypanu. U osób zdrowych objętość osocza na kg. wagi wynosiła 36—49 cm.³, średnio 40,5, objętość zaś całkowitej krwi krążącej 66—90 cm.³, średnio 78,4 cm.³ na kg. Całkowita ilość osocza wynosiła średnio 2780 cm.³, całej zaś krwi 5386 cm.³ Czas krążenia płucnego, określony metodą Robba i Weissa, wynosił 12—18 sek., średnio 16. Ciśnienie żyłne — 3—5 cm., średnio 4 cm. Zwiększają w sposób fizjologiczny objętość krwi krążącej niskie ciśnienie atmosferyczne, wdychanie tlenu węgla, ćwiczenie; na drodze farmakologicznej adrenalina, chlorek baru, kofeina, kamfora, siarczan strychniny, wyciąg przysadki i tarczycy. Obniżają objętość krwi krążącej: wysokie ciśnienie atmosferyczne, diety biedne w sól i azot, zwiększone wchłanianie tlenu; naparstnica, histamina, morfina, pepton: szok pooperacyjny, pozycja siedząca lub stojąca, sen. W nadczynności tarczycy znaleźli autorzy objętość krwi krążącej 1½ razy większą niż w normie, czas krążenia był również większy (12 sek.), natomiast ciśnienie żyłne w granicach normy. Pod wpływem jodu objętość krwi nie spadała równolegle do spadku przemiany podstawowej. Być może, zwiększona objętość krwi krążącej jest tu zależna od działania hormonu tarczycy na śledzionę, która przez to wypycha część zmagazynowanej krwi do krążenia, tłoma czyłoby to i nieobecność anemji i limfocytozę w tyreotoksyzmach. Chorzy, badani przez autorów, mieli tylko nieznacznie zwiększone ciśnienie skurczowe, ciśnienie rozkurczowe prawidłowe; przemiana podstawowa była średnio +41%. W chorobach sercowo-naczyniowych wyróżnić się dają dwie grupy: z zwiększoną objętością krwi krążącej (średnio 115,9 cm.³ na kg. wagi) i ze zmniejszoną (średnio 71,4 cm.³) — plus-i minus-dekompensacja. Przypadki z plus-dekompensacją miały — z

wyjątkiem policytemji — największą objętość krwi krążącej, znalezionej podczas wszystkich tych badań. W policytemji była większa objętość krwinek, odczytana w hematokrycie — 67,5%, podczas gdy przy plus-dekompensacji — 50%. Była to tendencja do wysokiego ciśnienia żylnego i tętniczego i do policytemji objawowej. W przypadkach tych stwierdzono nadciśnienie samoistne z nieomogą lewej komory, przewlekłe choroby tętnic wieńcowych, *cor pulmonale* i organiczne schorzenia miażdżycowe zastawek (aortalnych i mitralnej). Klinicznie stwierdzano zwykle bezzsenność, niepokój, duszność, zmniejszającą się przy siedzeniu na brzegu łóżka z nogami opuszczonymi w dół, sinicę wystających okolic kostnych, mocno wypełnione żyły szyjne. Przyczyną zaburzeń sercowych w większości przypadków była nadmierna praca i niemiaryowość. Przy poprawie stanu chorych i powstawaniu wyrównania objętość krwi zmniejsza się, ciśnienie żyłne spada, wydłużony czas krążenia wraca do normy. W 15 przypadkach z minus-dekompensacją stwierdzono tendencję do zwiększonego ciśnienia tętniczego. Objętość hematokrytowa była tu prawidłowa, tylko ilość osocza była zmniejszona. Chorzy ci mieli przeważnie gośćcową chorobę serca, dalej zakrzep tętnicy wieńcowej, skompensowane nadciśnienie, żółtaczkę. Klinicznie stwierdzało się najczęściej zmęczenie, senność, duszność, zmniejszoną w pozycji leżącej, sinicę ciała i kończyn, źle wypełnione żyły szyjne. Czynnikiem etjologicznym jest zwykle niemiaryowość, powtarzające się zakażenia (endokardyt, grypa, angina), jady chemiczne o sympatykotonicznym działaniu. Wpływ zakażeń wywierany jest poprzez zwiększony rozkład białka, co da się porównać z działaniem peptonu i histaminy, również obniżających objętość krwi. Nadciśnienie tętnicze samo przez się jest bez wpływu na objętość krwi. *Polycythaemia vera*: ilość osocza nieco zmniejszona, krwinek — znacznie zwiększona, w rezultacie objętość krwi jest zwiększona. W policytemji objawowej objętość krwi jest zmniejszona lub prawidłowa, ilość krwinek czerwonych i wartość hematokrytowa są zwiększone. W niedokrewności na ogół była objętość krwi prawidłowa. W zaburzeniach przemiany materji (otyłość, choroby przysadki) objętość krwi krążącej była wyraźnie obniżona, wartości hematokrytowe — prawidłowe. W przypadku krzywicy objętość osocza była 1½ razy większa niż w normie, wartość hematokrytowa była poniżej normy. W osłabieniu nerwowo-krążeniowym zarówno objętość osocza jak i krwi całkowitej była prawidłowa, niekiedy nawet obniżona. Na tej podstawie można łatwo różnicować tę jednostkę chorobową i hipertyreozę. Plus-dekompensacja jest spowodowana przez niezdolność krążenia obwodowego do dostarczenia tkankom dostatecznej ilości tlenu, przez co powstaje anoksemja, podniecająca szpik kostny do produkowania zwiększonej liczby krwinek czerwonych. Dlatego też często spotyka się w tej postaci niewyrównania objawową policytemję. Minus-dekompensacja jest spowodowana w większości przypadków przez czynniki zakaźne, mające wpływ podobny do peptonu. Dodatkowym czynnikiem przyczynowym jest zapewne zwiększenie ilości krwi zmagazynowanej. W ostrym zawale serca wskazana jest kofeina i adrenalina, natomiast w przewlekłych sprawach wieńcowych jest przeciwwskazana. Naparstnica i morfina są wskazane przy plus-dekompensacji, ale nie należy tego ujmować dogmatycznie, t. zn. że we wszystkich przypadkach plus-dekompensacji stosować naparstnicę, a nie stosować jej w żadnym przypadku minus-dekompensacji.

H. Makower.

Arlie R. BARNES. Elektrokardjogram w zawale mięśnia sercowego. Przegląd 107 przypadków klinicznych i 108 przypadków sprawdzonych sekcyjnie. (Arch. Intern. Med. 1935, t. 55, z. 3).

Dzięki badaniom Whittena, Grossa i Spalteholza układ naczyniowy serca został zupełnie dokładnie poznany. Przednia gałąź zstępująca lewej tętnicy wieńcowej

unaczynia przednią część lewej komory i koniuszek oraz przednie $\frac{2}{3}$ przegrody międzykomorowej; kilka gałązek odchodzi do wąskiego pasa przedniej powierzchni prawej komory. Gałąź okalająca lewej tętnicy wieńcowej unaczynia lewą trzecią część lub połowę tylnej części $\frac{3}{5}$ podstawy lewej komory. Końcowa część prawej tętnicy wieńcowej dostarcza krew tylnej trzeciej części przegrody międzykomorowej i tylnej części podstawy lewej komory. Te 3 okolice serca są zwykle miejscami zawałów mięśnia sercowego, najczęściej przednia okolica koniuszkowa i tylna okolica podstawy serca. Nieprawidłowości w unaczynieniu serca oczywiście odbijają się na umiejscowieniach zawałów, zwłaszcza wspomnieć należy o zawałe tylnej części podstawy lewej komory i przylegającej części przegrody, wywołanym przez zamknięcie gałęzi okalającej lewej tętnicy wieńcowej o przebiegu nieprawidłowym. Dawniej istniejący pogląd, że najczęstszym miejscem zawału jest okolica koniuszka, nie jest słuszny: jak wykazały badania autora, tak samo mniejszej często spotyka się zawał tylnej okolicy podstawy lewej komory. Charakter elektrokardjogramu nie jest zależny od tętnicy, która uległa zamknięciu, ale od okolicy serca, w której powstał zawał. Badania doświadczalne na psach wykazały, że przez podwiązanie tętnic, zaopatrujących lewą wzgl. prawą komorę, otrzymać można różnego rodzaju elektrokardjogramy. Wielu badaczy, którzy się zajmowali tą kwestją, nie wzięło jednak pod uwagę roli, jaką w otrzymywaniu tych elektrokardjogramów odegrały urazy osierdzia, nieuniknione przy operowaniu na tętnicach wieńcowych. Znaczne zmiany odcinka RS—T powstają niekiedy przy słabych napadach, natomiast przy śmiertelnych zawałach mogą one być tak nieznaczne, że niekiedy trudno bywa na ich zasadzie uważać całą sprawę za ostry zawał mięśnia sercowego. Jest to m. in. również argumentem przeciwko znaczeniu spadku ciśnienia jako jednej z przyczyn zmian elektrokardjograficznych w zawałe serca. Zmiany w elektrokardjogramie charakterystyczne dla zawału mogą powstać już 1—2 godz. po zamknięciu tętnicy wieńcowej, a 2—3 i nawet więcej jeszcze lat po zawałe elektrokardjogram może nie wrócić do normy. Niestety, typowy obraz zawału w elektrokardjogramie często nie występuje po ostrym jego napadzie. Niekiedy nie obserwuje się odwrotnego zachowania się wzniesienia i obniżenia RS—T w pierwszym i trzecim odprowadzeniu, niekiedy RT w odprowadzeniu pierwszym nie wznosi się powyżej linii izoelektrycznej, ale odcinek bezpośrednio poprzedzający płasko odwrócone T jest zaokrąglony; jeżeli elektrokardjogram zrobiony przed napadem wykazywał stosunki prawidłowe, wtedy już ta niewielka zmiana ma duże znaczenie; jeżeli w dalszym przebiegu głębokość fali T będzie wzrastać, a powstanie jednocześnie odwrócenie i zaakcentowanie zaokrąglenia poprzedzającego ją odcinka RT (t. zw. fala Pardee'ego), to wtedy jest to praktycznie biorąc stałe wyrazem istniejącego zawału. Prawdopodobieństwo jego obecności staje się jeszcze większe, jeżeli głębokość odwróconego T₁ wzrasta, a T₃ staje się wyższym i bardziej stromym. Jeżeli tych i wyżej opisanych zmian typowych niema, to wrażenie kliniczne istnienia zawału może być wzmocnione przez stwierdzenie zmian postępujących, a mianowicie: zwiększenia załamka T, zmieniające się na spłytczenie lub odwrócenie, zmian woltażu, zwykle zmniejszenia, powstania wydłużonego załamka Q, zwłaszcza Q₁ i Q₃, powstania i zniknięcia wydłużenia przewodnictwa w pęczku przedsionkowo-komorowym lub gałązkach, powstania częstoskurczu napadowego, migotania lub trzepotania przedsionków. Celem sprawdzenia wartości kryteriów elektrokardjograficznych dla określenia obecności zawałów serca i ich lokalizacji Barnes sprawdził wszystkie przypadki zawału serca w klinice Mayo. 105 przypadków zbadano sekcyjnie, w 103 sekcji nie przeprowadzono. Zpółród przypadków sekcyjnych w 50 znaleziono zamknięcie tętnicy wieńcowej lub świeży zawał, w 17 z nich elektrokardjogramy wykazały obecność zawału i jego umiejscowienie, w 33 przypadkach nie uzyskano podstawy do stwierdzenia

zawału na zasadzie badania elektrokardjograficznego (w 18 nie wykonano tego badania po napadzie zawału, w 2 blok pęczka Hisa uniemożliwił powstanie zmian typowych, w 12 były liczne ostre zawały, które przez interferencję zmian elektrokardjograficznych uniemożliwiły powstanie typowych zmian, wreszcie w 1 — zamknięcie tętnicy wieńcowej było powikłane przez wysięk osierdziowy). W 29 przypadkach sekowanych stwierdzono wygojony zawał; w 16 nie stwierdzono w wywiadach ostrego zawału. Barnes przychodzi do wniosku, że bynajmniej nie wszystkie zmiany odcinka RS—T, obserwowane w dławicy piersiowej, sklerozie wieńcowej i zwłóknieniu mięśnia sercowego, przypisać należy chorobie tętnic wieńcowych, w wielu przypadkach tych spraw chorobowych są elektrokardjogramy zupełnie prawidłowe; ani obecności, ani lokalizacji przewlekłych dystroficznych zmian włóknistych serca nie można wykryć zapomocą dotychczas istniejących kryteriów elektrokardjograficznych. W obecności dławicy piersiowej i sklerozy wieńcowej mogą istnieć inne czynniki, wywołujące zmianę odcinka RS—T: nadciśnienie, zapalenie osierdzia lub nagły wysięk osierdziowy, czynniki toksyczne, zwłaszcza naparstnica, zaburzenia przemiany materji, zwłaszcza kwasica cukrzycowa i obrzęk śluzakowy. W ciągu 2 do 4 tygodni po zawałe elektrokardjogram traci cechy patognomoniczne dla zawału, później mogą pozostać zmiany mniej pewne. H. Makower (Łódź).

Choroby przemiany materji i gruczołów wewnątrzwydzielniczych.

Juljusz BAUER. Nowe badania nad hipertyreoidyzmem. (Presse Medicale, 1936, Nr. 11).

Autor nie uznaje zasadniczej różnicy między poszczególnymi odmianami klinicznymi nadczynności gruczołu tarczowego. Istniejące choćby nawet bardzo duże różnice są jedynie wyrazem zmiennego natężenia zatrucia tarczycowego, a zwłaszcza indywidualnych różnic odczynowych w stosunku do tego zatrucia. Zatrucie to w postaciach lżejszych może wywierać wpływ wyłącznie na układ krążenia, na układ nerwowy lub przewód pokarmowy, na podstawową przemianę materji, na gruczoły potowe. W ten sposób powstają postacie poronne lub małoobjawowe. Zmniejszenie się stopnia zatrucia prowadzi od klasycznej choroby Basedowa do hipertyreoidyzmu małoobjawowego lub nawet jednoobjawowego, czasami bardzo trudnego do rozpoznania. Według Bauera nie wszystkie tkanki tego samego osobnika potrzebują zawsze jednakowej ilości hormonów, a zwłaszcza tyroksyny. Próg działania hormonalnego nie jest dla różnych narządów jednakowy. Zaburzenia w tej dziedzinie występują przede wszystkim u osobników o nieprawidłowej konstytucji i zachwianej równowadze fizycznej. Chorzy tacy stanowią grupę „dysharmonji hormonalnej”. Autor jest przeciwnikiem wyodrębniania zespołu para-Basedowa, polegającego jakoby na podrażnieniu układu współczulnego bez udziału tarczycy. Wzmocnienie przemiany podstawowej jest jednym z najważniejszych i najstałszych objawów hipertyreoidyzmu, jednakże prawo rozszczepienia progu reagowania różnych narządów na tyroksynę dotyczy oczywiście również i czynności komórkowych, rządzących przemianą podstawową. Nadczynność tarczycy może być tak nieznaczna, że przemiana podstawowa się nie zwiększa, a pobudliwość układu współczulnego tak duża, że reaguje on znacznie wcześniej niż metabolizm. Jest to jeszcze jeden przykład dysharmonji hormonalnej. Wzmocnienie przemiany podstawowej jest przy rozpoznawaniu nadczynności tarczycy niewątpliwie objawem ważnym lecz nie bezwzględnie koniecznym. Zresztą stopień wzmocnienia przemiany podstawowej nie stanowi bynajmniej dokładnego i pewnego miernika ciężkości przypadku. Autor odróżnia przypadki ciężkie, średnie i lekkie. Przy zaliczaniu do tej lub innej grupy kierujemy się przede wszystkim ogólnym obrazem klinicznym, a nie mniejszym lub większym wzmocnieniem prze-

miany podstawowej. Właściwe rozpoznawanie charakteru przypadków ma zasadnicze znaczenie pod względem ustalania wskazań terapeutycznych. Przypadki ciężkie nie reagują na żadne leczenie z wyjątkiem operacji. Wycięcie większej części tarczycy wykonane po odpowiednim przygotowaniu daje w znakomitej większości przypadków szybkie i doskonałe wyniki, z którymi żadnych innych sposobów leczenia nie można nawet porównywać. Ryzyko leczenia operacyjnego jest mniejsze, niż leczenia zachowawczego. Przygotowanie chorych zapomocą jodu zmniejszyło śmiertelność operacyjną do 1% lub nawet jeszcze mniej. Należy pozatem starannie unikać wszelkich wstrząsów, związanych z operacją, nie operować w znieczuleniu miejscowym; chory nie powinien znać nawet daty operacji, wprowadza się go w błąd zapomocą dożylnego wstrzyknięcia evipanu lub podania do odbytnicy avertyny w jego pokoju i dopiero następnie w sali operacyjnej przeprowadza się uspienie ogólne. Operuje się również i przypadki o natężeniu średnim, które nie reagowały na leczenie wewnętrzne lub rentgenowskie stosowane w ciągu 6 miesięcy. Przypadki hipertyreoidyzmu umiarkowanego lub lekkiego stanowią wskazanie do rentgenoterapii. Przypadki lekkie wymagają jednoczesnego stosowania leczenia wewnętrznego, djetetycznego, klimatycznego i t. d. Zpośród preparatów farmaceutycznych najważniejsze są luminal i ergotamina (gynergen), podawana doustnie w dawkach po 3—6 mg. na dobę. Autor jest stanowczym przeciwnikiem wyłącznego leczenia jodowego stosowanego na szeroką skalę w licznych krajach. Zgodnie z Plummerem i większością autorów amerykańskich autor nie uznaje działania leczniczego jodoterapii w hipertyreoidyzmie. Autor stosuje roztwór Lugola wyłącznie w okresie przedoperacyjnym. Leczenie jodowe poprawia stan chorych na 8—15 dni, najwyżej na przeciąg jednego miesiąca, poczem przestaje działać i stan chorych znowu wybitnie się pogarsza. Autor zgodnie z poglądami klasycznymi odróżnia nadczynność pierwotną i wtórną. Pierwotna rozwija się w gruczole dotychczas prawidłowym, wtórna w już poprzednio istniejącym wolu. Pierwsza zawiera mało koloidu w gruczole i reaguje pomyślnie na przygotowanie jodowe, druga zawiera zawsze znaczną ilość koloidu i lepiej wobec tego przygotowania jodowego przed operacją zaniechać. Organoterapeutyczne związki lecznicze, mające jakoby chronić ustrój od działania nadmiernej ilości tyroksyny (krew normalna, specjalne związki lipidowe wyodrębnione ze krwi i z narządów, tyronorman, solvitren i t. d.) nie dają w klinice przeważnie żadnych uchwytnych wyników leczniczych, któreby można było przypisać działaniu tych reklamowanych preparatów. W sprawie leczniczego stosowania dwujodotyrozyny autor nie uznaje jej antagonizmu w stosunku do tyroksyny. Badania nad uodpornianiem zwierząt przeciw tyroksynie zapomocą dłuższego stosowania małych dawek tego hormonu są dopiero w toku i znaczenia ich dla kliniki ocenić jeszcze nie można. Sztuczne wywoływanie odporności na działanie hormonów, polegające na wytwarzaniu się w ustroju odpowiednich przeciwciał, zasługuje w każdym razie na szczególną uwagę badaczy, jako nowa droga postępowania leczniczego. Przypadki hipertyreoidyzmu należy wreszcie klasyfikować z punktu widzenia patogenety. Działanie tarczycy zależy nie tylko od stanu samego gruczołu, lecz również od czynności innych gruczołów wewnątrzwydzielniczych, a przedewszystkiem od przedniego płata przysadki mózgowej, który swym hormonem tyreotropowym pobudza tarczycę, i od hormonu pęcherzykowego jajnika, wywierającego działanie hamujące. Pozatem czynność tarczycy podlega regulacji ze strony ośrodków wegetatywnego układu nerwowego (postacie ośrodkowopochodne choroby Basedowa). [Stręściliśmy tu jedynie najważniejsze ustępy artykułu Bauera, który, pomimo swoich niewielkich rozmiarów (zaledwie 3 strony w Presse Medicale), zawiera tak wielkie bogactwo treści, że każdego lekarza interesującego się współczesnym stanem zagadnienia hipertyreoidyzmu odsyłamy do zapoznania się z tą pra-

cą w oryginale. Na szczególną uwagę zasługuje w tym artykule znakomitego uczonego wiedeńskiego ostra krytyka leczenia hipertyreoidyzmu wyłącznie jodem, który nie może doprowadzić do wyleczenia, a często bywa przyczyną poważnych i niezawsze dających się opanować pogorszeń. Osobiście widziałem dwie chore, które po energicznym leczeniu jodem w Warszawie, wyjechały w rozpaczyliwym stanie do Wiednia. Tam stwierdzono „objawy nietyle zatrucia tarczycowego, ile zatrucia jodowego”. Odstawienie jodu i konsekwentne przeprowadzenie odpowiedniej kuracji djetetycznej, klimatycznej i farmakologicznej doprowadziło do prawie zupełnego ustąpienia objawów chorobowych. — (Przypisek referenta)]. Józef Ty p o g r a f.

M. LABBÉ, M. PETRESCO. **Zmiany trzustki w przebiegu cukrzycy.** (Annales de Médecine T. 37, Nr. 5, 1935).

Materiał autorów obejmuje 25 przypadków cukrzycy, zbadanych autopsyjnie; 13 chorych cierpiało na ciężką cukrzycę z kwasicą, 7 — lekka, cukrzyca, 5 — diabète bronzé. Najważniejsze zmiany dotyczą zmniejszenia ilości wysepek Langerhansa; w 5 przypadkach stwierdzono zupełny zanik wysepek (z tego 4 przypadki diabète bronzé); w 11 — znaczny spadek ich ilości, w pozostałych — niewielkie tylko zmiany ilościowe. Często również stwierdza się różnego rodzaju zmiany jakościowe w sensie nacieków szklistych, włóknistych samych komórek wysepkowych lub tkanki śródmiąższowej. Autorzy podkreślają, że niekiedy jednak, pomimo dość ciężkiego przebiegu cukrzycy, nie stwierdza się w trzustce żadnych prawie zmian anatomicznych; przebieg kliniczny tego rodzaju przypadków cukrzycy nie różni się niczem od zwykłej cukrzycy. Możliwe, że w grę tu wchodzi uszkodzenia innych gruczołów dokrewnych lub ośrodków mózgowych. Najbardziej rozległe zmiany stwierdza się w przebiegu diabète bronzé. W pozostałych przypadkach cukrzycy zmiany histopatologiczne nie stanowią wier- nego odbicia zaburzeń czynnościowych trzustki.

Jakób Penson.

STEPP. **Stare i nowe metody w leczeniu cukrzycy.** (M m. Woch. 1935, 33).

Zasadą w leczeniu cukrzycy jest oszczędzanie trzustki co osiągamy przy pomocy odpowiedniej diety bądź też podając insulinę. Jeśli chodzi o dietę, to w przeciwstawieniu do starych poglądów nie należy znacznie ograniczać podawania białek. Doświadczenie wykazało, że węglowodany zawarte w białku kurzem podobnie jak dieta węglowodanowo-tłuszczowa zwiększa tolerancję na węglowodany, przyczem wpływają one dodatnio na ogólną przemianę materji. Należy baczyć, aby poziom cukru we krwi nie przekraczał 160-ciu—180 mg.%. Przy zgorzelach u cukrzyków kąpiele z kwasem węglowym czasami dają świetne wyniki i pozwalają uniknąć amputacji kończyn. S. Guzman.

Choroby narządów trawienia.

K. A. SZCZUBAREW. **W sprawie ostrego rozlanego ropnego zapalenia otrzewny.** (Sow. Wracz. Gaz. Nr. 22, 1935).

W przebiegu ogólnego zapalenia otrzewny można spostrzegać następującą kolejność dwóch okresów: odruchowego z przewagą miejscowych objawów ze strony jamy brzusznej i okresu przygnębienia z przewagą ogólnych objawów zatrucia. U chorych, osłabionych przez uprzednie schorzenia (rakowych, chorych z dudem brzuszny, niedokrewnością złośliwą) objawy okresu odruchowego mogą się nie ujawniać, i w ciągu całego schorzenia panuje obraz intoksykacji i przygnębienia. W tych przypadkach, pienia zapalenia otrzewny (po laparatomji, w przebiegu duru brzuszego), każde wyraźne pogorszenie się ogólnego stanu powinno stanowić powód do dokładnego zbadania chorego w kierunku skrycie rozwijającego się zapalenia otrzewny. W tych przypadkach u osłabionych chorych minimalne objawy ze stro-

ny jamy brzusznej mogą stanowić potwierdzenie tego podejrzenia. Nieznaczne objawy niedodmowe lub inne w dolnych płatach płuc rzadko tłómaczą ciężki stan ogólny chorego. W praktyce często odwracają one uwagę lekarza od rozwijającego się zapalenia otrzewny. H. L.

W. MICHELSON i S. M. ZUSMAN. Leczenie pewnych postaci biegunek. (Terapewt. Arch. t. XIII, Nr. 4).

Zastosowana przez autorów metoda leczenia dyspepsji fermentacyjnej i gnilnej ma na celu zmianę odczynu środowiska kiskowego. W tym celu wlewają autorzy przez zgłębnik dwunastniczy, wprowadzony naczecz dostatecznie głęboko (nie, jak zwykle, do 80 cm., lecz do 125 cm.), 200—400—600—800 cm.³ a nawet do litra odpowiednich roztworów fosforanów, poczem usuwają zgłębnik. W dyspepsji gnilnej wlewają autorzy czysty 1/15 mol. roztwór *di-natrium phosphoricum* o Ph=9,18. Wlewania takie powtarzano codziennie lub częściej co drugi dzień. Chorzy pozostawali przytem na tej samej diecie, na której byli uprzednio. Tylko tam, gdzie była w jaskrawej sprzeczności z nowoczesnymi pojęciami, wprowadzono odpowiednie poprawki. Polegały na zupełnem wyłączeniu mleka, ziemniaków, surowych owoców i jarzyn w dyspepsji fermentacyjnej, mleka zaś, mięsa, jaj i sera — w gnilnej. Pozatem nie stosowano żadnych leków, nawet kwasu solnego u chorych z bezkwaśnością. Materiał autorów obejmuje 50 przypadków, w ogromnej ich większości otrzymano wyjątkowo pomyślne wyniki. Wyniki te wyrażały się przede wszystkim w ustaniu biegunek, co następowało rozmaicie szybko. (czasem po 1 — 2, czasem dopiero po 5—6 wlewaniach). Jednocześnie z ustaniem biegunek poprawiało się samopoczucie chorych, ustępowało wzdęcie i kurczenie, znikaly stopniowo bóle, chorzy stawiali się rzeźcy, poprawiało się łaknienie, występował przyrost wagi. Równolegle z tem zmniejszało się stężenie kwasów organicznych w kale. H. L.

J. M. TASIEJEW, N. M. NIKULENKO i M. A. USMANOWA. W sprawie etjopatogenezy żółtaczek nieżytowych. (Terapewt. Arch. t. XIII, Nr. 4).

W znacznej części przypadków *icterus catarrhalis* udaje się stwierdzić kolejność rozwoju żółtaczki po ogólnych banalnych zakażeniach, co w związku z innymi właściwościami klinicznymi można uważać za potwierdzenie alergicznej teorii patogenezy tego schorzenia. H. L.

Rudolf KAYSER. Doświadczenia z dożylnymi wstrzykiwaniami Cholevalu w schorzeniach dróg żółciowych. (Mediz. Klin. Nr. 38).

Autor przypomina, że już przed 12 laty uzyskał S i n g e r dobre wyniki, stosując jałowe roztwory *cholevalu* w ciężkiem trwającym od dłuższego czasu zapaleniu dróg żółciowych i woreczka żółciowego, połączonem z gorączką, silnem obrzmieniem wątroby i żółtaczką. Autor potwierdza te korzystne wyniki. Z pośród licznych przypadków opisuje kilka. W końcowej części pracy wymienia jako wskazania: ostre i przewlekłe zapalenie dróg żółciowych, zapalenie woreczka żółciowego, kamice wątrobową, pozostałości po durze, żółtaczkę, obrzmienie wątroby oraz wszystkie powikłania zapalne cierpień dróg żółciowych. Choleval działa także bardzo korzystnie, stosowany zapobiegawczo dla dezynfekcji przed operacją na drogach żółciowych i do leczenia dolegliwości pooperacyjnych. Temperatura szybko spada, objawy zapalne wybitnie słabną i bóle ustępują. Jan B a d e r.

Choroby skóry, weneryczne i płciowe.

HEUCK. Leczenie złotem, jako konieczne uzupełnienie dotychczasowego leczenia przeciwkiłowego. (Archiv f. Derm. 172, 1935).

Wobec szkodliwie działających dawniejszych wodnych roztworów złota autor posługuje się przetworem „Solganal B” w 20% zawiesinie olejowej (o 50% zawartości złota; przetwór

ten jest połączeniem złota z siarką). Przetwór ten został zresztą już wypróbowany przez liczne kliniki zagraniczne. Działanie uboczne, które się zdarza rzadko, może być eliminowane przy pomocy zapobiegawczego podawania wapnia. Leczenie trwa 2—3½ miesięcy; dawka całkowita przetworu wynosi 6—8 g. Niekiedy występuje podczas leczenia białkomocz (drażnienie kanalików nerkowych), który jednakże ustępuje w końcu leczenia. Autor motywuje potrzebę szukania nowego leku przeciwkiłowego okolicznością, że ostatnio coraz częściej i liczniej rozlegają się głosy, dotyczące lekooporności kiły. W ostatniem 10-leciu coraz częściej zwracają autorzy uwagę na zmniejszoną skuteczność Salwarsanu. Zwłaszcza dotyczy to krajów, w których częściej stosowano wyłącznie leczenie przetworami (Francja, Ameryka) arsenobenzolowemi w dawkach dość wysokich. Nic też dziwnego, że wracamy nieraz do dawnych wypróbowanych środków przeciwkiłowych, jak kalomel, sarsaparilla i t. p. Z badań F e l d t a wynika, że główną przyczyną resystencji kiły jest wzmocnienie (odporność) krętków na salwarsan. Wychodząc z założenia, że leczenie dotychczasowemi środkami, jak Salwarsan, Biz., Hg, nie daje zadowalających wyników, autor poleca stosowanie złota ew. w skojarzeniu z temi środkami. Solganal B. jest wskazany zwłaszcza w przypadkach nietolerancji Salwarsanu oraz w kile narządów wewnętrznych. Złokazji odczytu H e u c k a (Berlin 1934) wypowiedziało się kilkunastu czołowych syfilidologów jednogłośnie przeciwko tezie o zauważonej ostatnio mniejszej skuteczności Salwarsanu. Większość syfilidologów niemieckich sądzi, że w leko (salwarsano) odpornych przypadkach stosowano za mało salwarsanu; według ich zdania należy stosować duże dawki i w większej ilości (7—8 gr. NS na leczenie) („Uderzenia” S c h o l t z a: 4 inj. w ciągu 2-ch dni) powtarzane co 8—14 dni; maximal. kur. H o f f m a n n a. Sätigungskur — S c h r e u s; G e n n e r i c h daje tylko stary salwar. wzgl. Natr. Salwar.

M e r e n l e n d e r.

VONKENNEL. Doświadczalne podstawy i wyniki leczenia kiły złotem. (Archiv f. Derm. 172, 1935).

Autor stosował w klinice H e u c k a Solganal B. przede wszystkim w skojarzeniu z Bizmutem (co 2-gi dzień, wzgl. 3 r. tygodniowo na zmianę: raz złoto, raz bizmut; leczenie składało się z 6 gr. złota, oraz 20 inj. bizmutu), pozatem w skojarzeniu z Salwarsanem (2 razy tygodniowo po 1 cm. złota, oraz 2 razy po 0,45 wzgl. 0,6 Neosalwarsanu; leczenie składało się z 6 gr. złota oraz 6—7 gr. salwarsanu). Doświadczenie swoje opiera autor na 150 kuracjach kombinowanych (126 — Złoto, Bizmut; 33 — Złoto-Salwarsan). Uzdrawienie serologiczne w przypadkach kiły czynnej następowało naskutek kombinowanego leczenia złotowego w 94,4% przyp., podczas gdy na podobnym materiale leczonem Salwarsanem-bizmutem i zimnicą autor uzyskał tylko w 72% ustępowanie odczynów surowiczych; jeżeli chodzi o kilę utajoną surowiczą dodatnią, to uzdrawienie następowało w 70,5% przyp., podczas gdy leczenie salwarsanowo-bizmutowo-zimnicowe dawało wynik podobny tylko w 60%. Z działań pobocznych autor wymienia pojedyncze przypadki podniesienia ciepłoty, osutki infekcyjnej, odczynu wielostawowego oraz leukocytozę. Autor sądzi, że najodpowiedniejszym jest skojarzenie leczenia złotem i bizmutem. Leczenie takie należy wstawić w serje innych kuracji przeciwkiłowych. Złoto oleiste wydziela się w 1/3 w kale, a w 2/3 w moczu, w którym można go zresztą wykazać jeszcze w ciągu 48 dni po zakończeniu leczenia. M e r e n l e n d e r.

JAHNEL i SCHARRER. Przyczynek do badania wrażliwości zwierząt na kiłę, zwłaszcza różnych gryzoniów. (Dermat. Ztschr. T. 71, Z. 1—2 1935).

Na wstępie autorzy podają wyniki dotychczasowych przeszczepień zarazków kiłowych na zwierzęta. Od czasów M i e c z n i k o w a, który pierwszy zakaził małpy człokształt-

ne kiłą, sprawa ta znacznie posunęła się naprzód. Znaczną wrażliwością na infekcję kiłową odznaczają się króliki; co zaś się tyczy psów, kotów, kóz — to nic pewnego pod tym względem nie da się powiedzieć. Swoje badania autorzy przeprowadzali głównie na myszach zarówno polnych jak i domowych. Wprowadzano zarazki kiłowe myszom podskórnie następnie, po pewnym czasie, szczepiono zawieszinę mózgu i narządów wewnętrznych tej myszy trzem kolejnym królikom. U wszystkich królików stwierdzono objaw pierwotny. Natomiast u królika, któremu zaszczerpiono krew chorej myszy, żadnych objawów chorobowych nie stwierdzono. Na mocy wielokrotnie powtarzanych podobnych badań autorzy dochodzą do wniosku, że myszy są wrażliwe na infekcję kiłową, że zarazki kiły umiejscawiają się głównie w mózgu, oraz, że krew tych zwierząt krętków błędnych nie zawiera. Również zauważyli autorzy wpływ snu zimowego na wrażliwość zwierząt na infekcję kiłową. Wrażliwość owa ma podczas snu zimowego zanikać niemal zupełnie.

W a j s b e r g.

H. WILDE. Leczenie przewlekłej rzeżączki męskiej pałeczkami srebra. (Dermat. Woch. T. 102/4 1936 r.).

Ze względu na to, iż błona śluzowa cewki męskiej obfituje w fałdy i zatoki, że środki bakterjobójcze w stanie płynnym najczęściej nie są w stanie w szybkim czasie zniszczyć dwójnek *Neissera* w przebiegu rzeżączki chronicznej męskiej, autor zaleca stosowanie pałeczek Partagonu „Sandoz”. Preparat ten w odmianie słabej zawiera $\frac{3}{4}\%$, a w mocnej 2% azotanu srebra. Partagon winien być stosowany w rzeżączce chronicznej męskiej zwykłej lub powiklanej z wyjątkiem zapalenia najądrzy. Długość takiej pałeczki wynosi 20 cm., a grubość 16 *Charriera*. Pałeczkę taką po uprzednim zwilżeniu zakłada się z łatwością do cewki, której ujście zewnętrzne zakleja się leukoplastem. Pałeczka w cewce ulega napęcznieniu i wygląda fałdy błony śluzowej, docierając w ten sposób do ukrytych gonokoków. Przez pięć—sześć dni stosuje się pałeczki $\frac{3}{4}\%$, a następnie aż do wyleczenia 2%. Zdaniem autora, okres leczenia skraca się o $\frac{1}{3}$.

H a u s w i r t.

A. WIEDMAN. Spostrzeżenia dotyczące rozpoznania obrazu klinicznego oraz leczenia *Lymphogranulomatosis inguinalis* (I. i.). (Dermatol. Woch. Nr. 43, 1935 r.).

L. i. daje się zaobserwować w Europie Środkowej już od lat 10-ciu. Po raz pierwszy opisał *I. i.* *Chasseignac* w roku 1859. Do roku 1933 zaobserwowano *I. i.* tylko u marynarzy, względnie u chorych, przybyłych z krajów podzwrotnikowych lub z półwyspu Bałkańskiego. Ostatnio spostrzeżono także *I. i.* u kobiet, stale przebywających w Austrii, t. j. u osobników, którzy nigdy nie przebywali w krajach wyżej wymienionych. Autor widział tylko 13 wypadków tej choroby i podaje stosunek mężczyźni do kobiet 12:1. Inni autorzy, jak *Freia*, podają stosunek mężczyźni do kobiet 8:1. Gdy się wstrzykuje śródskórnie ropę, pobraną jałowo, z gruczołu schorzonego i poddaną uprzednio pasteryzacji, wywołuje się odczyn dodatni u osobnika, dotkniętego *I. i.* (Odczyn *Freia*). Przebieg dodatniego odczynu *Freia* jest następujący: Po 24 godzinach widoczna jest grudka jasnoczerwona, wielkości grzechu polnego na tle rumienia o takim samym zabarwieniu. Odczyn ten utrzymuje się do 72 godzin o jednakowym nasileniu. Szczepienie kontrolne na osobniku zdrowym tą samą ropą pasteryzowaną (antigenem *Freia*) daje odczyn ujemny. *Obraz kliniczny.* Obrzęk gruczołów chłonnych pachwinowych. Odczyn dodatni śródskórny z antygenem *Freia*. Podniesiona ciepłota, długotrwały przebieg, wychudzenie, bóle reumatyczne, obrzęk stawów. Osutka o charakterze *erythema nodosum*, *erythema exsudat. multiforme*, o charakterze *papul. syphil.*, niekiedy o charakterze rumieniowym lub pokrzywkowym. Rozpoznanie różniczkowe. Brak b. *Ducroya* w wydzielinie nadżerki oraz w wydzielinie, wydobytej zapomocą nakłucia dymienicy. Brak komórek plazmatycznych w wykwitach, badanych histologicznie w odróż-

nieniu od wykwitów kiłowych. Ujemny odczyn *Wassermann*a. *Leczenie.* 1) Miejscowe okłady z roztworu *Rivanolu* (1:1000) na nadżerkę; częste nakłucia dymienicy i płukanie 10% roztworem jodo-glicerynowym, nacięcie dymienicy z następczym drenowaniem i ciepłymi okładami. 2) Ogólne. Leczenie przetworami antymonu, jodu oraz złota (*Solganal B*, *Avrodetoxin*). Leczenie antygenem *Freia*. *Koltz i Sayer* stosowali surwicę czdrowieńców w 30 przypadkach z wynikiem dobrym.

J. R y w l i n.

Choroby nerwowe i psychiczne.

E. VOGT. Leczenie zachowawcze eklampsji. (Fortschritte der Therapie II. 327-331, 1935).

Autor unika morfiny i chloralu, wierzy w pernocton, wszelkimi drogami wprowadzany, w ciężkich przypadkach stosuje pijawki i punkcje, przy dużej hipertencji daje siarczan magnezu dożylnie 10 cctm.³ 25% lub 100 cctm.³ 10% roztworu.

H. H i g i e r.

G. GORALEWSKI. Obrazy nowotworowe w pachymeningitis haemorrhagica. (Medizinische Welt. 1935. 1179-1181).

2 godne uwagi przypadki. U jednej starszej kobiety rozwijał się stopniowo obraz rozrastającego się guza w okolicy *Broca*. Trepanacja ujawniła mocne zgrubienie opony twardej i zrosty z miękkimi oponami. Wynik operacyjny był świetny. W 2-im przypadku rozpoznano na wysokości 8-go kręgu piersiowego zwnątrzdzeniowy guz, gdyż po okresie uciskowo-bólowym rozwinął się zespół *myelitis transversae*. Przy operacji stwierdzono napięcie opony twardej, wzmożone ciśnienie płynu, rozległe zrosty opon z rdzeniem i tylnymi korzonkami. Poprawa po operacji wybitna. W obu przypadkach przyczyny miejscowej lub ogólnej tej *pachymeningitis* nie ustalono.

H. H i g i e r.

GÜNTHER Hans. Porażenia w krwawiączce. (Monatsschrift für Psychiatrie 1935. 91. 33-40).

Hemofilja daje ze strony nerwów obwodowych rzadko objawy. Względnie częsty jest wylew w *m. iliopsoas*. Owo *haematoma iliopsoas* wyczuwa się przy obmacywaniu wewnętrznej powierzchni kości. Ból w okolicy stawu biodrowego w rodzinie hemofilika musi właśnie w tym kierunku zwracać uwagę. Wylewy te są zawsze jednostronne i nieraz, uciskając nerw biodrowy, wywołują w jego obrębie charakterystyczne objawy ruchowe i czuciowe. Według autora wylewy w hemofilji do opon mózgowo-rdzeniowych zdarzają się tu i owdzie, wylewy do mózgu i rdzenia nigdy. (Jako o wyjątku wspomina przypadek przed laty kilkunastu demonstrowany przeze mnie w Tow. Lekarsk.: *haematomyelia centralis* po urazie z doraźnym porażeniem jednej nogi u chłopca hemofilicznego. (Ref.).

H. H i g i e r.

A. STRASSER. O objawowym nerwobólu. (Wien. kl. Woch. Nr. 19, 1934).

Dążenie do różniczkowania między nerwobólami a zapaleniami nerwów wielokrotnie napotyka na nieprzewidywalne trudności. Dla bardzo dużej liczby przypadków byłoby lepiej mówić (niezupełnie słusznie) o zapaleniu nerwów i oznaczać charakter ich jako śródmiąższowy lub miąższowy albo też poprostu określać za każdym razem w zależności od stopnia podrażnienia i ubytków czynnościowych. Obok niewątpliwie objawowych nerwobólów, wywołanych przez ucisk, pociąganie, wrastanie oraz występujących jako promieniujące bóle nerwowe, istnieją z pewnością również bóle, spowodowane przez patologiczne procesy kregosłupa, które mogą się potęgować aż do zapalenia nerwów. Stwierdzenie nieprawidłowości ustawienia, a nawet procesów zapalnych nie uprawniają bardzo często do rozpoznania nerwobólów. Zbyt często umiejscawiają się bóle w zmianach kostnych i stawowych oraz w mięśniach. Dotyczy to szczególnie wrodzonych nieprawidłowości kregosłu-

pa, które same przez się biorą mały udział w powstawaniu nerwobólów, natomiast jako miejsca o mniejszej wartości sprzyjają powstawaniu rozmaitych procesów, które ze swej strony prowadzą do nerwobólów. A. Neumann (Baden-Wien).

H. KOGERER. **O znaczeniu psychoanalizy dla psychiatrii.** (Wien. kl. Woch. Nr. 22, 1934).

Aczkolwiek wiele spraw w dziedzinie wyników badania psychoanalitycznego jest jeszcze spornych, to jednak metoda psychoanalityczna stała się dzisiaj nieodzownym środkiem pomocniczym w badaniu psychiatrycznym, który już dał szereg cennych wyników tak, że trudne do pomyślenia jest wyzbycie się go ze współczesnej psychiatrii. Wyniki lecznicze psychoanalizy w psychiatrii nie usprawiedliwiają ani pokładanych w niej nadziei, ani ogromu wkładanej w nią pracy i czasu. Przy nieostrożnym stosowaniu może ona nawet wyrządzić szkody. Każda psychoterapia jednak wszędzie tam, gdzie jest ona wogóle wskazana, będzie musiała jako przesłankę uwzględniać wyniki badań psychoanalitycznych.

A. Neumann (Baden-Wien).

S. ERBEN. **W sprawie symptomatologii rwy kulszowej.** (Wien. kl. Woch. Nr. 12, 1934).

Nerw kulszowy (*n. ischiadicus*) składa się z nerwu piszczelowego (*n. tibialis*) i strzałkowego (*n. peroneus s. fibularis*), które dzielą się często już na wysokości mięśnia gruszkowatego (*m. piriformis*). Jeżeli w pewnym przypadku brak odruchu ze ścięgna Achillesa, stanowi to dowód schorzenia nerwu piszczelowego. Ustalenie lordozy i skoliozy lędźwiowej uważać należy za objaw schorzenia strzałkowej części nerwu kulszowego.

A. Neumann (Baden-Wien).

O. MARBURG. **Po czym poznaje się ropień mózdzku!** (Wien. kl. Woch. Nr. 13, 1934).

Ogólne objawy ustępują znacznie na dalszy plan wobec objawów guza. Ból głowy jest niezbyt silny, tarczę zastoinową stwierdza się w 10—20% przypadków. Tętno nie wykazuje charakterystycznych cech tętna w przypadkach wzmoczenia ciśnienia wśródczaszkowego. Ciężota bywa w 50% przypadków normalna. Uderzający jest obraz psychiczny. Chory jest ponury, apatyczny, pozbawiony inicjatywy, zahamowany, przy pozatem zupełnie jasnej świadomości. Należy przeprowadzić encefalografję i wentrikulografję, badanie leukocytozy, ażeby dojść do rozpoznania; nakłucia lędźwiowego lepiej poniechać. Ważny objaw stanowi oczopląs, zwłaszcza, jeżeli odbywa się po wyłączeniu błędnika w stronę chorą. Jeżeli utrzymuje się on dłużej, niż dwa dni po wyłączeniu błędnika w stronę zdrowia, przemawia to również za wikłającym ropniem. Ropnie pochodzenia usznego wywołują przeważnie objawy ze strony kończyn górnych (bezląd, *adiadochokinesis*, objaw *Rebouda*). Jeżeli jednak ropień szerzy się bardziej ku środkowi, wtedy stwierdza się ciężkie zaburzenia chodu oraz asynergję. Do tego przylączają się objawy ze strony nerwów czaszkowych, przede wszystkim ze strony nerwu odwodzącego. Zawsze należy starać się wykryć przyczynę tego. 30—50% wszystkich ropni mózdzku jest pochodzenia usznego, przyczem ostre procesy daleko mniej wchodzą w rachubę, niż przewlekłe. Drugą przyczynę stanowią urazy, i wreszcie w zakażeniach może przyjść do powstania ropni mózdzku na drodze krwionośnej.

A. Neumann (Baden-Wien).

J. NOCHIDA. **Stosowanie Androstiny w melancholji.** (Naigai Chiryō Nr. 4, 1935 r.)

Leczył chorego, dotkniętego ciężką melancholją i pozbawionego pociągu płciowego. Zastosowanie 60 iniekcji

Androstiny w ciągu 3 miesięcy dało zupełne wyzdrowienie. Prócz Androstiny stosowano jeszcze makowiec i preparaty tarczycy.

F. Mikulśka.

Choroby oczu.

J. BAILY. **Odruch Dagui-Aschnera.** (Amer. Journal of Ophthalmology 1935).

Po wyluszczeniu gałki ocznej i przecięciu nerwu wzrokowego wystąpił silny krwotok, a następnie, wskutek ucisku krwiaka na nerw oczny, wystąpiła zapaść ze zwolnieniem tętna do 30 uderzeń na minutę. W związku z tym przypadkiem autor omawia odruch gałkowo - sercowy. Wskutek ucisku na nerw oczny podrażnienie przeniesione zostaje na zwój Gassera, stamtąd na most, z mostu zaś przechodzi na układ wegetatywny. W wagotonji odruch bywa szybki i silny, w sympatykotonji, powolny, a czasem występuje nawet odruch odwrócony (przyspieszenie tętna). Atropina hamuje występowanie odruchu, pilokarpina wzmacnia. W napadzie tachikardji można, zdaniem autora, wykorzystać ten odruch dla celów terapeutycznych.

J. H. Skotnicki.

DEJEAN i CAMBOULIVES. **O wykrywaniu grzłicy ocznej za pomocą odczynu aglutynacyjnego Hollanda.** (Archives d'Ophthalmologie, kwiecień 1935).

Odczyn Hollanda polega na sklejanii emulsji prątków Kocha przez surowicę osobników grzłicznych w rozcieńczeniach od $\frac{1}{5}$ do $\frac{1}{50}$. Ponieważ znajduje się w bezpośrednim związku ze spocyficzną, fagocytozą, występuje tylko w przypadkach grzłicy czynnej, choć bardzo łagodnej, jest zaś ujemny we wszystkich przypadkach, gdzie mamy do czynienia z ogniskami wygasłymi. W grzłicy zaawansowanej odczyn ten może być nawet ujemny, gdyż aglutyniny, będące wyrazem obrony ustroju, są obecne najobficiej w przypadkach schorzeń mało rozległych. Autorzy stosowali powyższy odczyn w 16 przypadkach, a mianowicie: *chorioiditis myopica* z wynaczynieniami w płamce żółtej (9 przyp.), krwotoki nawrotowe w szklistce, (3 przyp.), przewlekłe zapalenie jagodówki (2 przyp.) i zakrzep żyły środkowej siatkówki (1 przyp.). Odczyn Hollanda był dodatni w 11 przypadkach, w których to zastosowano leczenie specyficzne w postaci zastrzykiwań antygenu metylowego wg. Nègre i Boquet w ciągu 4—6 miesięcy z wynikami bardzo zachęcającymi: autorzy stwierdzili w niektórych przypadkach znaczną poprawę, w innych zatrzymanie się sprawy chorobowej. Omawiany odczyn zawiódł w jednym tylko przypadku (*chorioiditis myopica*), w którym, pomimo, że był ujemny, zastosowano leczenie specyficzne z bardzo dobrym wynikiem, opierając się jedynie na domniemanych szczegółach klinicznych, jak przebyte zapalenie płucny, powiększone gruczoły szyjne, żoły u dzieci pacjentki. We wszystkich opisanych przez autorów przypadkach, prócz odczynu Hollanda, były stosowane jednocześnie odczyn Bersedki i Vernesa. Te ostatnie wypadły przeważnie ujemnie, podczas gdy Hollanda był dodatni. Opierając się na swych spostrzeżeniach, autorzy wnioskuja, że w odczynie Hollanda mamy najczulszy z dotychczas znanych wskaźników grzłicy utajonej. Pomimo to jednak nie wystarcza on, aby dyktować wytyczną postępowania, należy przede wszystkim brać pod uwagę ogólne objawy kliniczne.

W. Frenkiel-Zamenhofowa.

Streszczenia pojedyncze.

Fizjologia normalna i patologiczna.

L. ŁUKANCEWER. O wpływie wielokrotnych przeplukiwań żołądka na pewne chemiczne składniki krwi (Terapewt. Arch. t. XIII, Nr. 4).

Autor przeprowadzał u 7 chorych z wrzodem żołądka i dwunastnicy oraz chorobami nerek wielokrotne wydobywanie treści żołądkowej. Codziennie w ciągu miesiąca zakładano chorym zrana naczno zgłębnik dwunastniczy (przeważnie przez nos) i w ciągu godziny wydobywano sok żołądkowy, następnie celem zwiększenia wydzielania żołądkowego wprowadzano do żołądka buljon lub kofeinę, poczem wydobywano sok żołądkowy w ciągu 4 godzin. Podczas tych prób chlorki krwi zachowują trwale swój poziom wyjściowy. W początkach doświadczeń spostrzega się wprawdzie pewne zwiększenie chloru we krwi, lecz w dalszym ciągu następuje powrót do liczb wyjściowych. W 22-im, 24-ym i 25-ym dniu doświadczeń spostrzega się spadek chlorków o kilka dziesiątków mgr. %, lecz wkrótce po 2, najwyżej 4—5 dniach powracają one do poprzedniego poziomu. Spadek chlorków we krwi w czwartym tygodniu doświadczenia, spadek ich zawartości w moczu (z 300—400 do 100 mgr. %), trwający 1—2 dni, a potem ulegający wyrównaniu. W większości przypadków tam, gdzie spadała zawartość chloru, zwiększała się zawartość sodu i odwrotnie. Potas i wapń w surowicy krwi zachowywały się względnie trwale. Tylko w dwóch przypadkach dechloruowania ustroju spostrzegano hipokalcemję. Równoległości między wzrostem stopnia kwasoty a stężeniem chloru w soku żołądkowym nie spostrzegał autor. Kwasota w większości przypadków wzrastała. W pewnych przypadkach stwierdzano zmniejszanie się ilości wydzielanego soku. Pewną równoległość zaobserwował autor w wydzielaniu chlorków z sokiem żołądkowym i moczem, które stale wzrastało i dopiero w końcu miesiąca nieco się zmniejszało. Stężenie sodu w soku żołądkowym wynosi 0,02. Doświadczenia te wywierały pewien wpływ leczniczy pomimo istnienia silnych bólów, zwiększonej kwasoty i ogólnego złego samopoczucia przed rozpoczęciem doświadczeń.

H. L.

K. M. SZUSTER. Spostrzeżenia nad ilością krwi krążącej. (Terapewt. Arch. t. XIII, Nr. 4).

Ilość krwi krążącej w ostrych schorzeniach zakaźnych zmienia się rozmaicie w zależności od charakteru zakażenia i odczynu hemodynamicznego, jemu właściwego; w pewnych ostrych schorzeniach zakaźnych zwiększa się ona na szczycie choroby i zmniejsza się w okresie poprawy i ozdrowienia (np. w płatowym zapaleniu płuc), w innych przeciwnie zmniejsza się ona w okresie gorączkowym, a podczas spadku gorączki zwiększa się (np. zimnica). W wysiękach opłucnowych ilość krwi krążącej jest nieco zwiększona; powraca zaś do normy po wypuszczeniu płynu. W marskości wątroby ilość krwi krążącej jest zwiększona; po wypuszczeniu płynu z jamy brzusznej ilość ta jeszcze bardziej się powiększa. W „chorobie obrzękowej” ilość krwi krążącej ulega zmianom w pewnych przypadkach w kierunku zmniejszania się, w innych — zwiększania się.

H. L.

K. LUBOWCOWA i E. WALTER. O proteazach ludzkiej krwi. (Kl. Med. I, 1936).

Krew ludzka daje największą wartość trawienia kazeiny, typową dla trypsyny, pepsyny i trzech tkankowych proteaz. Tkankowe proteazy znajdują się w plazmie i surowicy, ale ilość ich jest naogół mała, ciałka krwi nie pochłaniają ich. Erytrocyty mają zdolność pochłaniania pepsyny i trypsyny.

S. Guzman.

Farmakologia i Toksykologia.

L. BURY. W sprawie stosowania Coraminy w ciężkiej zamarłowicy wywołanej zatruciem gazem kopalnianym. (Liège Médical. 1936. Nr. 9).

W tak zwanym gazie kopalnianym znajdują się następujące składniki: dwutlenek siarki, tlenek węgla, dwutlenek węgla, wodór, hel, neon i metan. Przy niewielkiej już zawartości metanu w powietrzu skarżą się górnicy na ból głowy w postaci opasującego ucisku. Przy zawartości w powietrzu 2,5% metanu człowiek traci przytomność. Autor opisuje przypadek ciężkiego zatrucia gazem kopalnianym — zatruty był w stanie głębokiej nieprzytomności, oddech prawie niedostrzegalny, tętno niewyczuwalne. Wdychanie tlenu pozostało bez rezultatu; wówczas wstrzyknięto dożylnie 4 ampulki po 1,7 cm. Coraminy — natychmiast wystąpiły głębokie ruchy oddechowe, przerywane wymiotami; niebawem powróciła przytomność. W szpitalu co trzy godziny domięśniowe zastrzykiwania Coraminy; po kilku dniach pacjent został wypisany, skarżąc się długi czas na zawroty głowy, duszność i wymioty, które ustąpiły, zresztą, po Ephetoninie, stosowanej 3 razy dziennie po 0,03 gr.

F. Sienicki.

GOTISEGEN. Wpływ środków moczopędnych na rezerwy alkaliczne krwi. (W. kl. Woch. 1935, Nr. 36).

Środki moczopędne, zawierające rtęć (Novurit i Salurgan), Eufylina oraz sól sodową kwasu cholowego, zwiększają ilość rezerw alkalicznych krwi. Największe wartości rezerw alkalicznych mamy po przetworach rtęciowych, najniższe po kwasach żółciowych. Chlorek amonowy zapobiega alkalizacji wówczas, gdy jest podawany po wstrzyknięciu środków moczopędnych; podawany przed temi środkami nie wpływa na odczyn krwi. Chlorek amonowy nie zmienia również po pewnym czasie powstałego nadmiaru rezerw alkalicznych krwi, gdyż prawdopodobnie zachodzą pewne zmiany zupełnie lub częściowo nieodwracalne.

S. Guzman.

Djagnostyka.

S. S. CHAŁFEN. Znaczenie kliniczne próby na utajone krwawienie. (Terapewt. Arch. t. XIII, Nr. 4).

Ujemna próba na utajone krwawienie nie dowodzi jeszcze braku krwawienia, wskazuje ona tylko, że krwawienie nie osiągnęło prawdopodobnie granic, dostępnych dla danej próby. Zpośród prób na utajone krwawienie w praktyce klinicznej należy się odnosić bardzo ostrożnie do ujemnych wyników próby Webera ze względu na jej małą czułość. Próba Gregersena powinna się najbardziej przyjąć w praktyce klinicznej i ambulatoryjnej wskutek jej względnej czułości, łatwości technicznej i dużej oszczędności czasu, zwłaszcza przy masowym wykonywaniu analiz, jak również spowodu możliwości względnej oceny ilościowej utajonego krwawienia. Na podstawie doświadczeń autora, dopiero poczynając od 5 cm.³ krwi, wprowadzonej do żołądka, próba Gregersena daje w kale słabo dodatni wynik, z drugiej zaś strony ten sam wynik daje krew pozażołądkowego przewodu pokarmowego w rozcieńczeniu 1:8.000. Dlatego też słabo dodatni wynik próby Gregersena przy pewności, że wszystkie naczynia, używane przy wykonywaniu próby, są całkowicie wolne od śladów krwi, ma już duże znaczenie praktyczne. Na podstawie doświadczeń autora 5 cm.³ krwi, wprowadzonych do kiszek cienkich, daje wybitnie dodatni wynik próby Gregersena w kale. Dlatego należy przypuszczać, że krwawienie z jelit poniżej dwunastnicy nawet w nieznacznych rozmiarach może dać wybitnie dodatnią próbę Gregersena. Wybitnie wyrażone utajone krwawienie

długotrwale bez uchwytne zwiększającej się niedokrewności każe myśleć o krwawieniu z jelit. Często ujemny wynik próby Gregersena w obecności włókien mięsnych w kale, słabo dodatni wynik próby Gregersena z buljonem mięsnym zmuszają do poddania rewizji zagadnienia o przygotowaniu chorego. Wybitnego utajonego krwawienia przy uprzednim żywieniu chorego buljonem mięsnym nie można kłaść na karb buljonu. Wybitnie wyrażonego utajonego krwawienia przy uprzednim żywieniu mięsem lub rybą nie można kłaść na karb mięsa lub ryby. Praktycznie ważnym jest fakt, że chorzy z wrzodem krwawiącym przy przejściu na dietę oszczędzającą przestają krwawić, co zaciemnia możliwość postawienia prawidłowego rozpoznania. U wszystkich chorych z zespołem wrzodowym przeprowadza autor badanie na utajone krwawienie, nie czekając, aż przejdą oni na dietę bezmięsną. Uporczywe, ciągle utrzymujące się utajone krwawienie dowodzi istnienia nowotworu złośliwego w przewodzie pokarmowym. Brak krwawienia nie przemawia bezwzględnie przeciwko rakowi. Wczesne rozpoznanie raka może być postawione, jeżeli lekarze przyjmą za zasadę przeprowadzanie we wszystkich podejrzanym przypadkach wielokrotnego badania na utajone krwawienie. Ustanie długotrwałego nawet, w ciągu 1—2 miesięcy utrzymującego się utajonego krwawienia przemawia przeciwko złośliwemu procesowi w przewodzie pokarmowym.

H. L.

Choroby płuc.

DEBRÉ R. Rozszerzenie oskrzeli. Zniekształcenie wrodzone. (Presse Méd. 1936 z. 19).

Jakkolwiek większość autorów uznaje pochodzenie wrodzone rozstrzeni oskrzeli, to jednak nie przypisują tej patologii znaczenia pierwszorzędnego, na jakie w myśl badań Debré'a, zasługuje ono. Na podstawie blisko 20 przypadków, obserwowanych od początku ujawnienia się choroby, w ciągu ponad 15 lat, wysnuwa Debré następujące wnioski: 1. Rozstrzenie oskrzeli u dzieci są zazwyczaj zniekształceniem wrodzonym. 2. Rozstrzenie u dorosłych są w olbrzymiej większości przypadków przedłużeniem cierpienia z okresu dzieciństwa. 3. Istnieje cały szereg postaci pośrednich między śladami rozstrzeni wrodzonych, przebiegających całkowicie skrycie i wykrywanych wyłącznie pośmiertnie, bronchiolektazjami Letulle'a, pospolitemi rozstrzeniami zakażeniem lub nie, torbielami powietrznymi płuca i wreszcie chorobą torbielową płuc, potwornym zniekształceniem, prowadzącym do śmierci *in utero* lub bezpośrednio po urodzeniu. 4. Poza wrodzonymi rozszerzeniami oskrzeli istnieją rozstrzenie wtórne lub współistniejące, powodowane przez gruźlicę, kiłę, raka, ciała obce, zgorzel lub sprawy ropne. Wszystkie te postaci razem występują rzadziej, niż rozstrzenie wrodzone. 5. Występowanie rozstrzeni w następstwie odoskrzelowych zapaleń płuc nie jest dostatecznie potwierdzone. 6. W przypadkach współistnienia rozstrzeni z rakiem lub ropniem płuc, należałoby wyświecić, czy zmiany powyższe nie powstały w miejscu, gdzie uprzednio istniały rozstrzenie oskrzeli. 7. Należałoby również prześledzić, czy odoskrzelowe zapalenie płuc uważane najczęściej za przyczynę powstania rozstrzeni nie jest początkowym epizodem, ujawniającym cierpienie, przebiegające dotąd skrycie. Sprawa wrodzonego pochodzenia rozstrzeni oskrzelowych była po raz pierwszy podnoszona przez Gravitz'a w 1880 r. Następnie Bard odróżnia postać samoistną, wrodzoną rozstrzeni, sądząc, że skłonność do powstawania zniekształcenia istnieje od urodzenia. Autor ten uważa rozstrzenie oskrzeli i chorobę torbielową płuc za to samo cierpienie, usadowione w pewnych przypadkach wyłącznie na przestrzeni drzewa oskrzelowego, w innych obejmujące również pęcherzyki. Sauerbruch, opierając się na danych embriologicznych, sądzi, że rozstrzenie jako wada rozwojowa są już od urodzenia

definitywnie wykształcone. Badania histopatologiczne rozstrzeni oskrzelowych wykazują nadmierne i bezładne bujanie elementów elastycznych, mięśniowych oraz nabłonkowych, o charakterze nowotworzenia, a z drugiej strony proces destruktywny w postaci zmian marskich i ropienia. Zmiany te są identyczne ze zmianami, spotykanymi w płucach w torbielach gazowych, których pochodzenie wrodzone jest całkowicie pewne. Debré sądzi, że powstawanie rozstrzeni oskrzeli zależy od przewlekłej płodowej *peribronchitis*, a płwocina śluzowo-ropna jest tylko wyrazem wtórnej fermentacji w jamach, w następstwie zakażeń zstępujących. Rozpatrując przypadki własne, w których pochodzenie gruźlicze lub kilowe należało bezwzględnie wykluczyć, a dokładne spostrzeganie kilunastoletnie nie ujawniało żadnych destrukcyjnych cierpień, ani przewlekłych zakażeń dróg oddechowych, twierdzi Debré, że za właściwą przyczynę cierpienia należy uważać wrodzone pochodzenie rozstrzeni. Współistnienie rozstrzeni z innymi zniekształceniami wrodzonymi przemawia również za wrodzonym ich pochodzeniem. Częstość występowania zakażeń powtarzających się lub przewlekłych w przypadkach rozstrzeni, tłumaczy się szczególną trudnością odkażania się, jaką cechują się zazwyczaj zniekształcone narządy. Przyjmując za prawidło, że rozstrzenie są pochodzenia wrodzonego, nie można zaprzeczyć, że w pewnych rzadko spotykanych przypadkach pewne sprawy chorobowe, dokładnie ujawnione, mogą spowodować powstanie rozstrzeni nabytych.

Wiera Geysmer-Jaroszewicz.

W. S. TREFIŁOW. Klinika ropień płucnych i ich leczenie urotropiną w połączeniu z autohemoterapią. (Sow. Wracz. Gaz. Nr. 22/1935).

Ropień i zgorzel płuc stanowią rozmaite stopnie i postaci tego samego w istocie procesu chorobowego. Ropienia płucne przebiegają pod względem klinicznym bardzo różnorodnie, a rozpoznawanie ich nastręcza w wielu przypadkach duże trudności. Należy pamiętać, że brak jamy przy badaniu rentgenowskim nie wyłącza jeszcze istnienia ropnia płuc. Rentgenoskopia może wykazywać w wielu przypadkach jedynie tylko nacieczenie miąższu płucnego. Wątpliwości rozstrzyga całokształt obrazu klinicznego, danych laboratoryjnych i anamnestycznych. W etiologii i patogeniezie ropień płucnych dominującą rolę odgrywa grypa i jej powikłania. Zakażenie grypowe, osłabiając siły obronne ustroju, otwiera wrota wtórnym zakażeniom, wywołującym ropne procesy zapalne w płucach. Moment uspasabiający do tych schorzeń stanowią przebyte dawniej grypowe zapalenia płuc, które pozostawiają po sobie zazwyczaj zmiany w tkance płucnej, nadzwyczaj sprzyjające rozwojowi ropień płucnych. Ze wszystkich znanych zachowawczych metod leczenia najskuteczniejsza pod względem swych wyników jest kombinowana metoda wśródzylnej wstrzykiwań urotropiny i autohemoterapii, należy też ją stosować we wszystkich przypadkach ograniczonych ropni i zgorzeli płuc zarówno o charakterze ostrym, jak i przewlekłym za wyjątkiem przypadków z wyraźnym charaktem. H. L.

Choroby serca i naczyń.

S. Mc GINN i P. D. WHITE. Obserwacje kliniczne zwężenia tętnicy głównej. (Amer. Journ. Med. Sciences 1934, t. 188, Nr. 1).

Praca autorów oparta jest na 6.800 sekcjach, wykonanych w Massachusetts General Hospital w Bostonie, oraz na 4.800 przypadkach chorób sercowo-naczyniowych z praktyki prywatnej — wśród pierwszych były 123 przypadki zwężenia aorty (1,8%), wśród drugich 113 (2,3%). Zwężenie ujścia lewego było w 159 przypadkach sekcyjnych (w 50 jednocześnie ze stenozą aortalną) oraz w 434 przypadkach klinicznych (w 40 jednocześnie z aortalną). Gościec stwierdzono w wywia-

dach w 23% przypadków sekcyjnych i 32% klinicznych, choroby zakaźne w $\frac{1}{3}$ przypadków pierwszych i $\frac{1}{2}$ drugich — najczęściej zapalenie migdałków, płuc, grypa, dur, rzerzączka. Kilę stwierdzono tylko w 4 przypadkach sekcyjnych. W 16 przypadkach było stwardnienie zastawek półksiężycowatych tętnicy głównej typu Mönckeberga, w żadnym z nich nie było w wywiadach zakażenia gościcowego. Wrodzonej wady w tych sercach nie było. Zwężenie aorty jest przede wszystkim chorobą mężczyzn — 71% sekcyjnych i 63% klinicznych przypadków. Nie jest ono przeszkodą do osiągnięcia późnego wieku — 46 wzgl. 58% przypadków osiągnęło 50 lat lub więcej. Rozpoznanie zwężenia aorty może być postawione przy obecności głośniego szorstkiego szmeru skurczowego w okolicy prawego II międzyżebra, przenoszącego się do szyi — o ile nie ma znacznego rozszerzenia tętnicy głównej spowodowanego *aortitis luica* lub nadciśnienia, zwłaszcza zaś, gdy istnieją objawy innych wad zastawkowych lub gościec stawowy w anamnezie. Inne objawy — jak nieobecność 2-go tonu nad aortą, szmer rozkurczowy, *pulsus tardus* — mogą potwierdzać rozpoznanie, nie muszą jednak występować wszystkie jednocześnie. W przypadkach sekcyjnych zmiany ze zwapnieniami na zastawkach były znacznie częstsze; w grupie tej częściej występowała dusznica bolesna, dychawica sercowa i nadciśnienie, gdy w grupie bez zwapnień częściej występował gościec stawowy i migotanie przedsionków. H. M a k o w e r.

I. B. LICHEJER. **Kliniczne znaczenie rzutu minutowego i skurczowego.** (Terapewt. Arch. t. XIII. Nr. 4).

Okres wyrównania schorzeń sercowo-naczyniowych cechuje się średnim normalnym rzutem minutowym i nieco zmniejszonym rzutem skurczowym. W miarę wzrastania niewyrównania zmniejsza się wielkość rzutu minutowego i skurczowego. Należy uważać, że w większości schorzeń sercowo-naczyniowych spadek rzutu minutowego i skurczowego stanowi podstawową przyczynę wystąpienia niewyrównania. Nadciśnienie w okresie wyrównania cechuje się zmniejszonym rzutem minutowym i skurczowym. Wady zastawki dwudzielnej, zwłaszcza jej niedomykalność, w okresie wyrównania przebiegają ze zwiększeniem rzutu minutowego i normalnym rzutem skurczowym. Obie te wielkości wybitnie się zmniejszają już w początkowych oznakach niewyrównania. W miażdżycy serca dynamika rzutów minutowego i skurczowego przypomina wady zastawki dwudzielnej (z przewagą niedomykalności). H. L.

N. ALBOW. **Przyczynę do fizjoterapii dusznicy bolesnej.** (Kl. Med. Nr. 1, 1936).

Dotychczas nie mamy jeszcze wyrobionego poglądu na fizjoterapię dusznicy bolesnej. Kirstner, Grot i inni stosowali diatermię na okolicę zwojów sympatycznych szyi wpływając, rzekomo, odruchową drogą na układ nerwowy regulujący serca. Autor nie negując w zasadzie tej metody w przypadkach dusznicy bolesnej na tle zaburzeń w układzie wegetatywnym, podkreśla występujące przy stosowaniu tej metody duże wahania ciśnienia krwi i fali tętna oraz dosyć silne wstrząsy. W przypadkach stwierdzonej miażdżycy naczyń wieńcowych serca diatermia jest stanowczo przeciwwskazana. Stosując naświetlania lampą kwarcową i wywołując rumień w okolicy serca autor w 20 przypadkach otrzymał b. dobre wyniki. Tę metodę leczenia należy stosować b. ogólnie, gdyż często chorzy reagują napadami dusznicy. Należy więc zbadać uprzednio dokładnie wrażliwość pacjenta na promienie ultrafioletowe. Najlepsze wyniki ze wszystkich metod fizykalnych daje jontoforeza. Wiemy już zupełnie stanowczo, że Ca — jontoforeza zwiększa, a J — i Zn — jontoforeza obniżają pobudliwość układu wegetatywnego, Zn i Mg — jontoforeza mają również wpływ przeciwskurczowy, co stwierdzono na parkinsonikach. W przypadkach dusznicy bolesnej autor stosował

Mg i Zn jontoforezę, uzyskując już po 6—10 razach świetne wyniki, chorzy nie mieli napadów dusznicy, stan ogólny rychło się poprawiał nawet w ciężkich przypadkach. Żadnych przeciwwskazań do stosowania jontoforezy w dusznicy bolesnej nie ma. S. G u z m a n.

M. WŁADYSIK i A. REZNIK. **Spostrzeżenia nad dynamiką elektrokardjogramu w zatorze naczyń wieńcowych serca i powtórnym zawale.** (Kl. Med. 1, 1936).

Przy nagle występujących zatorach naczyń wieńcowych serca i zawałach elektrokardjografia jest bardzo cennym środkiem rozpoznawczym, zwłaszcza w tych przypadkach, gdzie objawy zatoru czy zawału są znikome. Duże znaczenie ma dynamiczne badanie elektrokardjograficzne, umożliwiające dokładną obserwację losu zawału i procesów regeneracyjnych oraz określenie wielkości porażonego odcinka. Elektrokardjogram daje nam również obraz stopnia porażenia krążenia wieńcowego oraz stanu mięśnia sercowego. Utrzymywanie się przez dłuższy czas typowych dla zawału obrazów elektrokardjograficznych, a także zmiany załamka R, zaburzenia w rytmie i przewodnictwie, wskazują na ciężkie porażenie krążenia wieńcowego, mięśnia sercowego i martwicę. Rokowanie jest w tych przypadkach beznadziejne. Szybkie przejście tych zmian w ujemny wieńcowy załamek T, zaokrąglenie przerwy S—T oraz przejście tych ostatnich w normalny elektrokardjogram jest objawem wielce pociesającym i rokuje rychle polepszenie co najmniej na najbliższy okres czasu. S. G u z m a n.

Choroby przemiany materji i gruczołów wewnątrzwydzielniczych.

BARIETY i MAURIC. **Zniekształcenia przewlekłe kończyn i choroba Bouillaud: liczne czynniki patogenetyczne i wartość kryterjów biologicznych.** (Bull. Mém. Soc. Méd. Hôpit. Paris, Nr. 7, 1933, str. 281—290).

U 32-letniego robotnika ze skombinowaną wadą sercową (aortalno-mitralną) w pięć lat po przebytych ostrym gościcu wielostawowym zjawiają się zniekształcenia dłoni i stóp o charakterze *rheumatismus deformans*. Chory ponadto przechodził wielokrotnie infekcje ustno-gardlane (anginy, ropień), tryper, ma otwartą włóknistą gruźlicę płuc i zapalenie okostny nasad prawdopodobnie na tle kilowem. Zniekształcenia stawowe ukazały się po kilkakrotnych zaostrzeniach choroby Bouillaud a przed innymi schorzeniami. Wobec tego autorzy przypuszczają, że zmiany stawowe są w związku etiologicznym z chorobą Bouillaud, podkreślają przytem znaczenie niestłości wegetatywnej w przebiegu tej choroby i możliwość wpływu tej niestłości na powstanie zniekształceń. Autorzy dokonali w celach rozpoznawczych całego szeregu prób biologicznych doskórnych (z tuberkuliną, streptokokcyną, stafilokokcyną, enterokokcyną, Dmelcos, gonokokcyną); niektóre z nich wypadły dodatnio. Należy ostrożnie oceniać wyniki tych prób, szczególnie, gdy nie przebiegają z odczynem ogniskowym (biorąc pod uwagę łatwość powstawania odczynu w stawach już uszkodzonych). W rozpoznaniu etiologicznym przewlekłego gościca należy, według autorów, uwzględnić w pierwszym rzędzie, stosunki chronologiczne wystąpienia zmian. H. S z p i d b a u m.

BORAK I. **Leczenie hipertyreozji naświetlaniem rentgenowskim przysadki.** (Strahlentherapie 53, 73-89. 1935).

W ostatnim 10-leciu autor leczył 36 przypadków hipertyreozji naświetlaniem przysadki bądź pierwotnem, bądź wtórnem, po bezskutecznych rentgenizacjach tarczycy. Z 36 pacjentów u 26 stwierdzono wybitną poprawę, u 11-tu nie było żadnej. (Mojem zdaniem niesłusznie B o r a k wyprowadza wniosek, że wynik leczenia wiele zależy od wieku rozpoczętej

kuracji, gdyż z jego tablic widać, że wśród poprawionych 76% miało około 45 lat, a wśród niepoprawionych 73% miało około 40 lat. Ref.).

H. Higier.

G. P. SACHAROW i D. M. ROSIJSKIJ. **O nowej metodzie leczenia moczwówki cukrowej.** (Sow. Wracz. Gaz. Nr. 20, 1935).

W doświadczeniach swych stosowali autorzy t. zw. pankreotoksynę, t. j. surowicę zwierzęcą, uodpornionego trzustką człowieka. Trzustkę tę brano ze świeżych trupów ludzi, którzy zmarli nagłą śmiercią. Czynność surowicy i obecność w niej żądanej cytotoksyny określano zwykłym sposobem — zapomocą badania odczynu odchylenia dopełniacza. Stosowanie pankreotoksyny (w dawkach po 0,1—0,2 cm.³, ogółem 15—40 wstrzykiwań podskórnych, wykonywanych codziennie) w moczwówe cukrowej daje w szeregu przypadków wybitnie wyraźny wynik leczniczy. Wynik działania pankreotoksyny wyraża się: 1) w poprawie ogólnego samopoczucia chorych, zwiększeniu ich napięcia życiowego, spotęgowaniu zdolności do pracy i zmniejszeniu, a w szeregu przypadków zupełnem ustąpieniu pragnienia i wielomoczu, które dotąd dręczyły chorych; 2) w zmniejszeniu, a w całym szeregu przypadków nawet ustąpieniu cukromoczu i w wybitnem obniżeniu się lub powrocie do normy poziomu cukru we krwi; 3) w zwiększeniu tolerancji węglowodanowej. Przy stosowaniu pankreotoksyny nie spostrzega się żadnych objawów ubocznych; stosowanie jej jest również wolne od całego szeregu objawów, spostrzeganych w leczeniu insuliną. Ze względu na pomyślne wyniki, otrzymane w leczeniu chorych z moczwówką cukrową pankreotoksyną, konieczne jest przeprowadzenie dalszych badań nad działaniem pankreotoksyny w zaburzeniach gospodarki węglowodanowej. Dalsze badania nad pobudzającym działaniem pankreotoksyny na trzustkę pozwolą, być może, zastąpić insulinę przez ten nowy środek leczniczy.

H. L.

Choroby kobiet i położnictwo.

E. FERABELI. **Leczenie obfitego i przyspieszonego miesiączkowania.** (Rassegna Internat. die Clin. Terap. 1935, Nr. 22).

Obfite i zbyt częste miesiączkowanie autor tłumaczy dysfunkcją jajnika w sensie niedostatecznej ilości hormonu ciała żółtego. Doskonale wyniki w leczeniu tych nieprawidłowości daje Sistomensina w dużych dawkach, mianowicie po 2 cm. dziennie w iniekcji do czasu wystąpienia miesiączki i 6—8 tabletek dziennie w czasie jej trwania. Leczenie rozpoczynał na 8—10 dni przed spodziewaną miesiączką. Do czasu jej wystąpienia wstrzykiwał nadto 1—2 cm. hormonu przedniego płata przysadki. Tak przeprowadzone leczenie dawało doskonale rezultaty: nie tylko zmniejszało się krwawienie, ale także stawało się krótsze (z 7—8 dni do 3—4). W przypadkach zbyt częstych miesiączek cykl miesięczkowy doprowadzony był do norm fizjologicznych.

F. Sienicki.

J. W. HUFFMAN. **Zapalenie pochwy wywołane rzęśnistkiem pochwowym (trichomonas vaginalis). Leczenie jodchloroksychinoliną.** (Amer. Journ. of Surg., 1935. Tom 30, Nr. 2).

Vioform stosowany był w postaci 6,66% zawiesiny w glicerynie, z czego 15 cm. wlewano do pochwy i zakładano podwójny tampon, aby uniemożliwić wylewanie się cieczy. Po 24 godzinach usuwano tampon, a pochwę przemywano letnią wodą. Powyższe postępowanie powtarzano co drugi dzień ogółem 6 razy w przeciągu 14 dni. U 14 pacjentek ta metoda okazała się zadawalająca, u 5 nie było nawrotu w ciągu 5 miesięcy, u 6 w ciągu 4 miesięcy, u 2 w ciągu 3 miesięcy i u jednej 2 miesiące. Żadnych podrażnień, ani toksycznego działa-

nia nie zauważono. Poprzednie próby z rozpylaniem proszku vioformowego dawały niedostateczne wyniki.

F. Sienicki.

Alfred LAUBE. **Leczenie rzucawki porodowej zapomocą Dorylu.** (Münch. med. Woch. 1935, Nr. 42).

Autor opisuje obszernie przypadek bardzo ciężkiej rzucawki porodowej, oraz bardzo ciężki przypadek skłonności do drgawek. W obydwu przypadkach występowało bardzo silne podwyższenie ciśnienia i prawie całkowity bezmocz, częściowo z objawami ciężkiej psychozy. Po wstrzyknięciu Dorylu Merccka nastąpiło szybko oddanie moczu, a ciśnienie krwi spadło do poziomu normalnego. Białkomocz stale zmniejszał się, a objawy psychozy, dolegliwości subiektywne, jak bóle głowy, migotanie przed oczyma, zniknęły w widoczny sposób.

Jan Bader.

Choroby skóry, weneryczne i płciowe.

B. MAYRHOFER. **Kilka słów o herpes labialis.** (Münch. med. Woch. 83/8 1936).

Autor uważa, że jego metoda lecznicza daje wyniki świetne i ogromnie przyspiesza leczenie, należy ją tylko b. ściśle stosować. Poleca posmarować miejsce zajęte odrobinką waseliny i przypudrować; powtarzać co 2—3 godziny. Twierdzi, że to postępowanie rozpoczęte dość wcześnie, np. w chwili kiedy zmiany dopiero powstają, zawsze zapobiega dalszemu ich rozprzestrzenieniu.

Alfred Ettinger.

Donat LAPOINTE. **Leczenie ostrych postaci wyprysku u dzieci młodszych.** (Journ. de Med. de Paris 55/36 1935 r.)

Leczenie winno być: dietetyczne, zewnętrzne i wewnętrzne. Autor nie uważa zupełnego wyeliminowania mleka z diety dziecka za niezbędne; należy jednak unikać mleka nadmiernie tłustego. Celem pobudzenia czynności wątroby podaje się małe dawki kalomelu naprzemian z teobrominą. Dobre wyniki daje autohemoterapia lub heterohemoterapia w połączeniu z tiosiarczanem sodowym. Niekiedy podaje się doustnie *calcium chloratum* wraz z małymi dawkami tarczycy. Miejscowo stosuje się *linimentum oleocalcareum* lub pasty.

Alfred Ettinger.

E. TSCHOPP. **Androsteron (Androstina).** (Praxis Schw. Rundsch. f. Med., Nr. 50, 1935 r.).

Autor podaje przegląd wyników badań hormonów płciowych męskich i omawia rezultaty prób biologicznych androsteronu i testosteronu. Opisuje także androstinę, która zawiera całkowity wyciąg z jąder zwierząt dojrzałych i która daje dobre wyniki w leczeniu przerostu gruczołu krokowego, w zaburzeniach psychicznych i fizycznych, występujących przedwcześnie, w zaburzeniach oddawania moczu (*enuresis nocturna*) i we wszelkich postaciach niemocy płciowej oraz w zaburzeniach psycho-nerwowych okresu przekwitania u kobiet.

F. Mikulska.

P. ORŁOWSKI. **Możliwości leczenia homoseksualizmu.** (Med. Welt, 1936, str. 141).

Zapatorywania lekarzy na powstawanie tej choroby są podzielone. Jedni przyjmują czysto somatyczny punkt widzenia, uważając, że każdy człowiek jest mniej lub więcej dwupłciowy, a w przypadkach homoseksualizmu płciowy hormon męski występuje w stopniu niedostatecznym. Inni lekarze przyjmują wyłącznie duchowy punkt widzenia, uważając każdego homoseksualistę za psychopata. Lekarz praktyk w leczeniu winien uwzględnić obydwa stanowiska. Autor odradza przeszczepianie jąder ze względu na przemijające działanie, celowe natomiast jest podawanie męskiego hormonu płciowego, np. Androstiny w postaci tabletek lub wstrzykiwań.

F. Sienicki.

Streszczenia pojedyncze.

Patologia kliniczna i doświadczalna.

S. O. BADYLKES i N. A. FIODOROW. Rola układu nerwowego w uczuleniu i zapaleniu hiperergicznem. (Terapewt. Arch. XIII, Nr. 4).

Odczyn opadania czerwonych ciałek krwi u królików z przeciętym nerwem współczulnym lub kulszowym, wykonany u 5 królików, wykazał w 4 przypadkach przyspieszenie opadania czerwonych ciałek. W grupie uczulonych zwierząt kontrolnych przyspieszenie opadania czerwonych ciałek krwi stwierdzono tylko u dwóch królików spośród siedmiu, podczas gdy 15 nieuczulonych królików kontrolnych wykazywało we wszystkich przypadkach normalne opadanie czerwonych ciałek.

H. L.

L. M. GEORGIEWSKAJA. O wahaniami zawartości urobilinogenu w stolcach na jednoimiennej i różnej diecie. (Terapewt. Arch. t. XIII, Nr. 4).

Urobilinogen w stolcach nie stanowi dokładnego ilościowego wskaźnika stopnia hemolizy, lecz daje co do niej tylko pewne ilościowe wrażenie, gdyż pomimo wahań, zależnych od wahań hemolizy, podlega on jeszcze innym — w związku ze zwrotnym wchłanianiem się, dalszym rozkładem i innymi zmianami o których nie możemy wydać sądu. Przegrupowanie środków spożywczych z zachowaniem fizjologicznych minimów i stałej wartości cieplikowej, nie powoduje zmian w wymianie krwi, któreby można było określić, oznaczając zawartość urobilinogenu w stolcach metodą Terwena.

H. L.

A. A. SZALAGUROW. O odczynie Hyjmans van den Bergha. (Terapewt. Arch. t. XIII, Nr. 4).

Autor robił próby wyodrębnienia „bezpośredniej” bilirubiny z moczu żółtaczkowego. Lecz, niestety, przy wszelkich próbach wyosobnienia jej w mniej lub bardziej czystej postaci ulegała ona szybko zmianom i traciła zdolność dawania odczynu bezpośredniego. Fakt ten podkreśla jeszcze raz, że barwnik ten jest barwnikiem bardzo chwiejnym, szybko tracącym swe właściwości i nabywającym przy najdrobniejszych manipulacjach nad nim wszelkich cech krystalicznej bilirubiny.

H. L.

R. I. FELDMAN. Toksycytarne własności leukocytów toksycznych. (Klin. Medic. t. XIII, Nr. 6).

Stwierdzony przez autora fakt zwiększonych zdolności fagocytarnych toksycznych kwasochłonnych leukocytów uzupełnia dane Philipsborna i Mommse na i stanowi wyraźne potwierdzenie poglądów tych autorów na czynność toksycznych kwasochłonnych leukocytów. Toksyczna ziarnistość obojętnochłonnych białych ciałek krwi stanowi wyraz zwiększonej aktywności tych komórek w procesie walki ustroju z zakażeniem. Zjawianie się toksycznych ziarnistości w obojętnochłonnych leukocytach w przebiegu schorzenia zakaźnego należy oceniać jako pomyślny pod względem rokowniczym objaw, i dlatego należy przeprowadzać systematycznie badanie krwi na obecność toksycznych leukocytów obojętnochłonnych w każdym schorzeniu zakaźnym jednocześnie z badaniem białego obrazu krwi (hemogramu) i niezależnie od niego.

H. L.

Lecznictwo.

B. SUSAN. Próby leczenia phytiną. (Romania Medicală 1935, Nr. 8).

Będąc dalekim od uważania Phytiny za środek, specyficznie działający w gruźliczych schorzeniach kości, stawów, płuc i gruczołów, autor zaznacza na podstawie przeszło 50 przypadków, że Phytina działa pobudzająco na ustrój. Zaleca

ją we wszystkich gruźliczych schorzeniach oraz stanach, charakteryzujących się zanikiem i łamliwością kości. W rekonwalescencji jest dobrym środkiem wzmacniającym pobudzającą przemianę materji i poprawia lanknienie.

F. Sienicki.

W. LOEWENSTEIN i A. WEISSMANN. Przyczynę do kliniki wewnętrznej męskiego i żeńskiego przekwitania. (Wien. med. Woch. 1936 Nr. 2 i 3).

Pod przedstawieniem obrazu klinicznego męskiego i żeńskiego przekwitania, autorzy omawiają leczenie tych przypadków. U mężczyzn stosują z powodzeniem Androstinę „Ciba” w ilości 3 — 5 tabletek dziennie — już po kilku dniach występuje u pacjentów wyraźna poprawa samopoczucia, wzmocnienie sił fizycznych i sprawności umysłowej. W cięższych przypadkach nie wystarcza doustne podawanie preparatu, toteż w tych przypadkach stosowano wstrzykiwania wyciągu wodnego i olejowego jąderek i stwierdzono szybką poprawę. U kobiet celowy okazał się Prokliman; ponadto w stanach depresji z dobrym wynikiem stosowano Androstinę. Autorzy zauważyli, że u mężczyzn występuje uderzająca poprawa po podawaniu hormonu jajnikowego, niekiedy nawet szybciej, niż po Androstinie; nie radzą jednak stosować go przez dłuższy czas, ponieważ nie jest wyłączone szkodliwe działanie hormonu jajnikowego na nadnerża.

F. Sienicki.

Znieczulanie.

REED M. NESBIT i RIGDON K. RATLIFF. Środek znieczulający i czyniący śliską powierzchnię cewki moczowej. (Journal of Urology, 1935, Nr. 5).

Autorzy podają receptę środka znieczulającego i jednocześnie czyniącego śliską powierzchnię cewki moczowej. Skład jest następujący: Percaini 10,0; Tragacanth 30,0; Acid. boric. 32,0; Glycerini 400,0; Phenol. liq. 20,0; Aq. destill. ad 2000,0. Środek ten jest umieszczony w 15-to centymetrowych tubkach. Ta zawartość wystarcza do jednorazowego zastosowania u mężczyzn; u kobiet stosuje się nieco mniej. Wprowadza się do cewki moczowej i pozostawia na 15 — 20 minut. Zastosowanie tego środka ułatwiło bardzo badanie dolnych dróg moczowych zapomocą instrumentów. Objawów toksycznych nie zauważono, pomimo, że zawartość perikainy jest dość duża. Zalety tego środka są następujące: 1. Pozostaje na miejscu stosowania i nie wypływa jak roztwory wodne. 2. Zapewnia równomierne znieczulenie całej cewki. 3. Czyni powierzchnię cewki śliską. 4. Jest mniej toksyczny, niż inne środki znieczulające.

F. Mikulska.

Choroby zakaźne.

M. B. KAHAN. Leczenie duru osutkowego surowicą ozdrowieńców. (Klin. Medic. t. XIII, Nr. 6).

Autor stosował w 56 przypadkach duru osutkowego surowicę ozdrowieńców; z tego 19 przypadków zaliczyć należy do średnio - ciężkich, 37 — do ciężkich z wybitnie wyrażoną intoksykacją. W 34 przypadkach (60,7%) wynik był dobry, intoksykacja zmniejszyła się, a ogólne samopoczucie chorych poprawiało się przed spadkiem gorączki, w 7 przypadkach (12,5%) wynik był średni, u 8 (14,5%) — słabszy; w 5 przypadkach (8,9%) wyniku nie było, w 2 (3,6%) nastąpiła śmierć (jeden przypadek dotyczył chorego 57-letniego pijaka). Na podstawie swych spostrzeżeń dochodzi autor do poniższych wniosków. Im wcześniej wprowadza się surowicę ozdrowieńców, tem szybciej otrzymuje się wynik, który jest wybitniejszy. Leczenie surowicą ozdrowieńców zmniejsza odsetek śmiertelności. Surowica ozdrowieńców stanowi potężny środek do zmniejszania intoksykacji w durze osutkowym. Zjawisko to tłumaczy

się bądź obecnością czynnych elementów antytoksycznych w surowicy ozdrowieńców, bądź działaniem czynników odpornościowo - biologicznych surowicy na własności biologiczne zarazka chorego w sensie zmiany jego własności wegetatywnych i zjadliwych. Tłumaczy to, być może, powolność wyników i konieczność powtórnego wstrzykiwań surowicy (przez 3 dni z rzędu po 15 cm³). W razie wczesnego wstrzykiwania surowicy wynik (zmniejszenie intoksykacji i poprawa stanu ogólnego) otrzymuje się jeszcze przed spadkiem gorączki. Fakt ten pozwala przypuszczać, że surowica działa tylko pośrednio na przebieg choroby. Dzięki zmniejszeniu ilości nanowu przenikających toksyn, a być może i dzięki zupełnemu przerwaniu dopływu toksyn poprawia się stan ogólny i zwiększa się możliwość szybkiego zakończenia walki z zakażeniem. Gorączka zmniejsza się w większości przypadków wcześniej niż u nieleczonych surowicą. H. L.

C. ESCHÉ. Patogeneza powikłań mózgu w koklusz. (Monatsschrift für Kinderheilkunde Nr. 61. 446—461. 1935).

Na 1115 kokluszowych dzieci Lipskiej Kliniki Pedjatrycznej 172 czyli 14% wykazało organiczne powikłania układu nerwowego ośrodkowego, przyczem przeciętna śmiertelność tych ostatnich przypadków podniosła się z 12% do 60%. Ciekawą jest patogeneta napadów drgawkowych, na które składają różnorodne czynniki: jak np. 20 razy *meningitis infectiosa*, 40 razy drgawki gorączkowe, zwłaszcza pneumoniczne, 40 razy konstytucjonalna gotowość drgawkowa, 34 razy spazmofilja, 3 razy *meningitis serosa*, 3 razy *pachymeningitis haemorrhagica interna*, 38 razy istotna *eclampsia pertussica*. Zależnie od stopnia toksyczności i następczego zaburzenia cyrkulacyjnego rozwijają się odwracalne i nieodwracalne zmiany w tkance mózgowej. H. Higier.

Choroby krwi i narządów krwiotwórczych.

A. M. LIPIEC, M. M. WŁADYSIK i R. M. MARGOLINA. O ostrych białaczkach. (Klin. Medic. t. XIII, Nr. 6).

W podłożu wszystkich postaci ostrych białaczek leży jeden i ten sam mechanizm patogenetyczny: wzajemne oddziaływanie zakażenia posoczniczego i cech konstytucjonalnych układu krwiotwórczego. Za zasadniczą drogę, jaką przenika do ustroju czynnik zakaźny, uważać należy drogę ustną (oral sepsis) i oskrzelową. W rozpoznawaniu różniczkowym białaczki szpikowej i limfatycznej rozstrzygające znaczenie posiada symptomatyka kliniczna ze względu na to, że obraz krwi dość często bywa bardzo zmienny i trudno poddaje się interpretacji. Przewlekła, względnie dobrotliwie przebiegająca białaczka może pod wpływem przyłączającego się zakażenia przejść w ostrą białaczkę z piorunującym zejściem śmiertelnym. H. L.

A. L. SZLACHMAN, P. F. BIELIKOW i R. N. JAGUDINA. Doświadczalna małopłytkowość. (Klin. Medic. t. XIII, Nr. 6)

Autorom udało się otrzymać z produktów czynności życiowych glist świńskich toksynę (substancję trującą), która po pozajelitowym wprowadzeniu świnkom morskim wywołuje obraz małopłytkowości. Wobec powyższego zagadnienie walki z czerwiotwością (glistami) zyskuje nowe oświetlenie. Z grupy małopłytkowości samistnej wydzielają autorzy grupę małopłytkowości w etiologii gnilnej. Autorzy podkreślają konieczność dalszych badań zarówno *in vivo*, jak i *in vitro* nad biologicznymi właściwościami tej substancji a zwłaszcza nad określeniem jej miana. H. L.

G. STRAUBE. Zaburzenia nerwowe w anemii złośliwej i wpływ na nie terapii. (Medizinische Klinik. 1935. II. 1114—1167).

Praca kliniczna obejmuje 458 przypadków z uniwersyteckiej kliniki wewnętrznej Rostoku. Zarówno *myelosis funicularis*, jak wszelkie inne organiczne zaburzenia nerwowe nie są, — jak powszechnie się przypuszcza — wynikiem choroby krwi lub hipoksemji substancji nerwowej, gdyż mogą o sze-

reg lat samą niedokrewność wyprzedzić. Noksa polega na specyficznym braku (niemieckie piśmiennictwo rozróżnia ostatnio Mangelkrankheiten i Speicherungskrankheiten — choroby z ubytku i z magazynowania. Referent), uwarunkowanym przez schorzenie żołądka, nie mogącego wessać i asymilować pewnych bliżej nam nieznanych substancji pokarmowych. Objawy nerwowe organiczne stwierdzono w 86% przypadków choroby Biermera czyli anemii złośliwej. Pozorne potęgowanie się liczebne myelosz tłumaczy się tem, że pod wpływem terapii wątrobowej stan ogólny się poprawia, chorzy dłużej żyją i organopatja rdzeniowa ma dosyć czasu do rozwijania się. Terapia wątrobowa na bieg choroby nerwowej wpływa bardzo mało albo nic. Poprawa w tej dziedzinie jest prawie zawsze samoistna, przemijająca, albo tylko pozorna, zarówno w sferze czuciowej, jak ruchowej i odruchowej. Chód się nieco poprawia, gdy w późniejszych okresach hipotonja i ataksja zostają częściowo skompensowane przez przyłączające się stopniowo objawy spastyczne, lub gdy wzmocnienie odruchów kolanowych występuje na skutek przyłączenia się do degeneracji tylnych zwyrodnienia bocznych pęczków rdzenia. Ciekawa rzecz, że nawet bardzo wczesne leczenie wątroba nie zapobiega zmanifestowaniu się zespołu rdzeniowego. H. Higier.

S. P. WINOGRADSKAJA i A. M. KIRICZENKO. W sprawie zagadnienia pewnych morfologicznych i biologicznych własności ciałek Heinza. (Klin. Medic. t. XIII, Nr. 6).

Zmiana morfologicznej budowy ciałek Heinza pozostaje w zależności od długości czasu ich spostrzegania. 24—48 godzin w przebiegu ostrego doświadczenia należy uważać za granicę ich maksymalnego powiększania się ilościowego. W miarę zmniejszania się liczby ciałek Heinza zwiększa się liczba retikulocytów. Ciałka Heinza, nie mogą być tworami o charakterze czysto lipidowym, gdyż nie rozpuszczają się w substancjach, będących rozpuszczalnikami lipidów. Oporność czerwonych ciałek krwi z ciałkami Heinza jest zmniejszona, oporność zaś samych ciałek Heinza jest zwiększona. Zużycie tlenu przez czerwone krążki z ciałkami Heinza jest niewielkie w porównaniu z pochłanianiem tlenu przez retikulocyty, co może stanowić sprawdzian wieku czerwonych ciałek krwi. Obecność ciałek Heinza w dojrzających czerwonych ciałkach krwi dowodzi ich charakteru zwyrodnieniowego. H. L.

S. I. SZERMAN. Zapobieganie nawrotom niedokrewności złośliwej. (Sow. Wracz. Gaz. Nr. 20/1935).

Regularne przyjmowanie wątroby zabezpiecza chorych z niedokrewnością typu Biermera przed ciężkimi nawrotami choroby, czyni ich zupełnie zdolnymi do pracy i odracza na długie lata zejście śmiertelne. Dla zapobieżenia nawrotom choroby wystarcza najzupełniej podawanie po 100 gr. wątroby dziennie. Chorzy z niedokrewnością złośliwą wymagają stałej kontroli lekarskiej. H. L.

Choroby kości i stawów.

E. M. HELSZTAJN, J. L. RAPAPORT i M. G. BOGDATJAN. O alergicznej naturze goścca. (Terapewt. Arch. t. XIII, Nr. 4).

W przedsięwziętych badaniach nad działaniem nieznacznych dawek surowicy ludzkiej (ludzi zdrowych i gośców) na ustrój królika otrzymano bezpośrednio toksyczne i hiperergiczne zmiany morfologiczne, przyczem, jeżeli chodzi o narządy wewnętrzne, zmiany te stwierdzano prawie wyłącznie w sercu. Przy stosowaniu celem uczulenia nieznacznych dawek surowicy „normalnej” i „goścовой” i jednego tylko wstrzyknięcia wyzwalającego w zależności od miejsca wykonania wstrzyknięcia wyzwalającego najcięższe zmiany w sercu powstają w doświadczeniach z wstrzyknięciem wśródsercowem na drugim miejscu pod względem ciężkości i ilości tych zmian

znajdują się doświadczenia z wśródzylnem wstrzyknięciem wyzwalającym, i wreszcie najmniej wybitne pod względem morfologicznym i najmniej stałe zmiany serca otrzymuje się po wyzwalającym wstrzyknięciu do stawu. Surowica człowieka zdrowego posiada w stosunku do królika nieznaczne własności kardjotoksyczne, wywołujące w warunkach doświadczeń autorów tylko bezpośrednio toksyczne, a nie hiperergiczne zmiany. We wszystkich grupach doświadczeń surowica chorych gościcowych wykazuje o wiele większą kardjotoksyczność, aniżeli surowica człowieka zdrowego. Te własności surowicy „gościcowej” stwierdza się również w jednorazowym wstrzyknięciu wśródsercowem bez uprzedniego uczulenia, a jeszcze bardziej po uprzednim ogólnym uczuleniu, które wywołuje w tych razach oprócz rozlanego odczynu zapalnego ze strony mięśnia sercowego również zmiany zapalne wsierdza. W porównaniu z surowicą człowieka zdrowego bardzo wyraźnie ujawnia się duża kardjotoksyczność surowicy „gościcowej” również po uprzednim uczuleniu wśródzylnem z wyzwalającym wstrzyknięciem również wśródzylnem; i w tym przypadku ujawnia się duża stałość, duże natężenie procesów zapalnych mięśnia sercowego, noszących charakter odczynu hiperergicznego. Zagadnienie, czy otrzymane wyniki dowodzą również szczególnego powinowactwa do serca surowicy „gościcowej”, wymaga jeszcze dalszych badań. Zapalenie hiperergiczne serca królika, otrzymywane przy powtórznym uczuleniu przez surowicę chorego gościcowego, zależy od jednoczesnego biernego i czynnego uczulenia zwierzęcia. Surowica chorego gościcowego, pobrana w ostrym okresie gorączkowym, stanowi zatem odbicie alergicznego charakteru gościca. H. L.

SCHAEFER K. Polyarthritis chronica okresu wzrastania a ośrodkowy układ nerwowy. (Deutsche medizinische Wochenschrift 33. 1030—1033. 1935).

Na zasadzie 4 przypadków autor broni prawa obywatelstwa pewnych chronicznych zachorzeń stawowych młodzieńczego okresu życia, od zakażenia niezależnych. Są to te, w których uderzają anomalje wzrostu, objawy sklerodermiczne, twarz maskowata, *hypogenitalismus* i zaburzenia psychiczne. Początek choroby zaczyna się od uchyień w układzie ośrodkowo-nerwowym.

H. Higier.

Medycyna sądowa.

Zagadnienie sterylizacji w ujęciu specjalnej komisji, powołanej przez Ministerstwo Zdrowia Publicznego w Anglii w 1934 r. (London. H. M. Stationery Office 1934)

Sprawozdanie, obejmujące zagadnienie sterylizacji, zostało na żądanie króla przedstawione parlamentowi przez Ministra Zdrowia w grudniu 1932 roku. Komitet, który je opracowywał, składał się z 8 członków i sekretarza. W związku z tem zagadnieniem komitet zbierał się 36 razy oraz zaznajomil się z opinią 60 kompetentnych osób, których zdanie mogło na tę sprawę rzucić światło. Do wyciągania wniosków komitet posługiwał się urzędowymi statystykami rozmaitych stowarzyszeń i władz. Przy opracowywaniu zagadnienia przyjmowano pod uwagę b. wiele kwestyj, w ten czy inny sposób z niem związanych, z których najważniejsze wyszczególnimy: Rozważania przedwstępne w związku ze stosunkiem do prawa, pojęcie upośledzenia psychicznego, następnie — dane statystyczne. Te ostatnie wykazały, że w Anglii i Walji upośledzonych umysłowo jest nie mniej, niż 300 tysięcy, przytem poza zakładami odpowiednimi mieszka ich około ćwierci miliona. Trudno jest odpowiedzieć ściśle na pytanie, czy liczba ich wzrasta, czy też nie; zdaje się jednak, że powiększa się ona, choć w nieznacznym stopniu, zwłaszcza, jeśli uwzględnimy, że statystyki stają się coraz dokładniejsze. Niema zatem, zdaniem komisji, podstaw do niepokoju, że rasa naogół ulega zepsuciu.

Następnie omawiane są przyczyny upośledzenia umysłowego. Ważnym b. czynnikiem jest dziedziczność, jednak niektórzy badacze zwracają uwagę, że wobec zaburzeń umysłowych rozmaitego rodzaju, jakie spotyka się w jednej rodzinie, psychoz, upośledzenia umysłowego, padaczki, można wnosić, że te schorzenia mają podłoże wspólne — dziedziczne i nabyte, lecz natura jego jest nieznana, a różnice kliniczne mogą być wynikiem działania najrozmaitszych czynników zewnętrznych na właściwości zarodka.

Niektórzy badacze, acz zgadzają się, że nagromadzenie wypadków choroby w rodzinie wskazuje na przekazywanie się ich drogą dziedziczności, podkreślają, że i zewnętrzne warunki, działając na członków jednej rodziny, mogą spowodować u nich wystąpienie anormalnych właściwości, lub, gdy są one wyrazem dziedziczenia, mocniej je zaznaczyć. Wiele czynników zewnętrznych może działać na zarodek od chwili zapłodnienia jaja aż do ukończenia rozwoju, a następnie na organizm poprzez dzieciństwo i okres młodości. Zdaniem tych badaczy, samo tylko nagromadzenie patologicznych przypadków w rodzinie nie wystarcza za dowód, że upośledzenie, czy choroba były przekazane drogą dziedziczenia.

Stwierdzono również, że w rodzinach, gdzie się spotyka dzieci niedorozwinięte, wiele osób posiada inteligencję niższą, niż normalna. Jeśli uznamy nawet, że 5% rodziców dzieci niedorozwiniętych wykazuje niedorozwój umysłowy, co najmniej 30% z nich posiada inteligencję niższą, niż przeciętna. Z punktu widzenia klinicznego trudno jest ściśle odgraniczyć od siebie rozmaite stopnie upośledzenia umysłowego, gdyż jedne przechodzą w drugie.

Doktorzy Penrose i Turner przeprowadzili systematyczne badania celem ustalenia przyczyn upośledzenia umysłowego. Na 513 osobników, poddanych badaniu, w 29% *amentia* była pochodzenia dziedzicznego, w 9% — należy ją objaśnić zewnętrznymi przyczynami, w pozostałych 62% w grę wchodziły obydwie przyczyny. Badania nad potomstwem osób, upośledzonych umysłowo, wykazały dużą, bo wynoszącą 22,5% śmiertelność tych dzieci we wczesnym dzieciństwie, co należy objaśnić przedewszystkiem niedostateczną opieką i ogólnymi złymi warunkami. Zpóźród dzieci między 7—13 rokiem życia 16,9 wykazało upośledzenie umysłowe, 23,5% — opóźnienie w rozwoju, czyli 40,4% było poniżej normy. U dzieci starszych odsetek ten był wyższy, gdyż wynosił 45,4%. Przy uwzględnieniu tego oraz dużej śmiertelności w dzieciństwie nasuwa się myśl o potrzebie zaradzenia temu zjawisku. Przy rozpatrywaniu odpowiednich statystyk okazało się, że osobniki, upośledzone umysłowo, nie wykazują specjalnie dużej płodności.

Co się tyczy wpływu otoczenia i stosunku jego do dziedziczności, stwierdzono, że w upośledzeniu umysłowym czynniki dziedziczne wchodziły w grę według Colchester Enquiry w 91%, złe warunki rozwoju i otoczenia nie mniej, niż w 71%. Mogą one zarówno powodować upośledzenie umysłowe bez współdziałania czynników dziedzicznych, jak i potęgować działanie tych ostatnich. Mogą więc w pierwszym wypadku wchodzić w grę ciężkie choroby matki w czasie ciąży, uszkodzenie mózgu w czasie porodu, zapalenie mózgu lub opon mózgowych we wczesnym dzieciństwie lub później i t. d. Zauważono także, że w czasie wojny rodziło się więcej, niż w innych okresach, dzieci upośledzonych. Jednak według tych badań, nie więcej, niż 9% upośledzenia umysłowego można objaśnić działaniem wyłącznie tylko tych przyczyn (inne materiały wykazują, co prawda, większe liczby, można je obliczać na 20%). W 62% stwierdzono zarówno wpływ dziedziczności, jak i złych warunków rozwoju.

Wysoki stopień upośledzenia umysłowego spotyka się częściej w niższych warstwach społecznych. Być może, działa tu okoliczność, że warunki doboru małżeńskiego grają

u nich większą rolę: w okręgach ubogich biedak żeni się z biedaczką, sąsiad z sąsiadką, podobny z podobną. Naogół dzieci rodziców, upośledzonych umysłowo, są poniżej normy, trzecia ich część jest upośledzona, a więcej, niż 2/5, wykazuje anomalje psychiczne.

Przy omawianiu przyczyn zaburzeń umysłowych komisja wypowiedziała zdanie, że, aczkolwiek dziedziczność gra w ich powstawaniu dużą rolę, z wyjątkiem rzadkich naogół cierpień, jak *chorea Huntingtona* i epilepsja myokloniczna, niema pewności, by przekazywały się one według praw Mendla. Dziedziczenie chorób psychicznych wykazuje rozmaity charakter. Psychoza maniako-depresyjna i schizofrenia powtarzają się w rodzinach częściej, niż inne cierpienia. Rodzice psychopaci mają często dzieci psychopatyczne, lecz nie jest ustalone, by zjawisko to wykazywało w rodzinach charakter postępujący i stawało się coraz groźniejsze. Powtarzanie przypadków psychopatii w rodzinie niekoniecznie jest wyłącznie tylko pochodzenia dziedzicznego: dzieci rodziców psychopatycznych zazwyczaj chowają się w warunkach anormalnych, co potęguje odziedziczony ich brak równowagi psychicznej. Stwierdzone w rodzinach zaburzenia psychiczne niekoniecznie przekazują się w tej samej postaci: czasem zostaje dziedziczony nie specyficzny charakter cierpienia, lecz predyspozycja do niego. W tych warunkach pozornie mało ważna przyczyna może prowadzić do wybuchu choroby. Komisja doszła także do wniosku, że kiła i zwężenie naczyń działają czasem jako przyczyny bezpośrednie kiedyindziej zaś tylko jako takie, które jedynie można było wykryć. Co się tyczy alkoholizmu, obecnie uważany jest on raczej za objaw, niż za przyczynę choroby umysłowej.

Następnie komisja zaznacza, że dobrowolnie przeprowadzona sterylizacja osobników, upośledzonych umysłowo, i anormalnych, których liczba przekracza 250 tysięcy, i których wielka część jest zdolna do życia poza obrębem zakładów specjalnych, winna być dozwolona. Nie powinna ona spotykać przeszkód dlatego, że osobniki takie nie potrafią podolać obowiązkom rodzicielskim, do których spełniania nie są oni dostosowani, gdyż czynią one życie bardziej skomplikowanym.

Przed wprowadzeniem tego prawa należy poznać dokładnie, jaka jest liczba osób niedorozwiniętych w Państwie.

Komisja ustaliła także wskazania, jakimi należy się kierować przy przeprowadzaniu dobrowolnej sterylizacji. Zachodzą one wtedy, gdy pragnąca poddać się zabiegowi osoba wykazuje: 1) upośledzenie umysłowe lub zaburzenia psychiczne, 2) gdy cierpi ona lub jest nosicielem ciężkiej, dziedzicznej choroby fizycznej, 3) o ile zachodzi obawa, że według wszelkiego prawdopodobieństwa przekaze ona swe zaburzenia lub upośledzenie umysłowe potomstwu, 4) wobec tego, że komisja stoi na stanowisku, iż zabieg ten należy stosować tylko u tych upośledzonych umysłowo, którzy są zdolni do życia w społeczeństwie, a nie u takich, którzy wymagają pobytu w specjalnych zakładach, należy przed dokonaniem zabiegu zbadać i ustalić, czy osobnik zdolny jest do współżycia w społeczeństwie, 5) przebywające poza zakładami osobniki upośledzone umysłowo winny znajdować się pod odpowiednim dozorem, 6) zabieg sterylizacji może być dokonany tylko na skutek upoważnienia, wydanego przez Ministra Zdrowia, po zapoznaniu się jego z wnioskiem, przedstawionym przez dwóch lekarzy, z których jeden, o ile to jest możliwe, winien być lekarzem rodziny chorego, drugi — urzędowym.

Ministrowi Zdrowia przysługuje prawo zarządzić dodatkowe zbadanie pacjenta w przypadkach wątpliwych, mo-

że on także zwoływać komitet, w którego skład winni wchodzić lekarze-praktycy i eugeniści. Każdorazowo Minister Zdrowia winien być zawiadomiony o operacji. Jeśli to jest możliwe, pacjent winien na piśmie wyrazić swą zgodę na dokonanie zabiegu. W razie przeciwnym — skutecznością to jego rodzice lub opieka. O ile dokonania sterylizacji żąda osobnik, który poprzednio chorował na zaburzenia psychiczne, zabieg winien być dozwolony tylko za zgodą psychiatry, którego obowiązkiem jest ustalić, czy z tego powodu nie wyniknie dla żądającego krzywda.

Cała procedura winna być przeprowadzana pod rygorem tajemnicy urzędowej. Zabiegami, jakie należy stosować w przypadkach sterylizacji, są *vasectomy* i *salpingectomy*. *Vasectomy* nie jest dopuszczalna, o ile osobnik nie osiągnął jeszcze dojrzałości fizycznej.

Komisja stoi na stanowisku, że sterylizacja nie powinna być dokonywana w szpitalach dla chorych umysłowo, ani w zakładach dla niedorozwiniętych, a to dlatego, by nie wytworzyło się w społeczeństwie przekonanie, że zabieg ten był nieuniknionym następstwem przyjęcia chorego do zakładu i, co za tem idzie, by to nie zniechęcało rodziców do umieszczania w nich swych dzieci.

Marja G r z y w o - D ą b r o w s k a.

A. BESREDKA. Kilka uwag bakterjologa w związku ze sprawą sądową wytoczoną chirurgowi. (Presse Medicale 1936, Nr. 11).

Pewien górnik, cierpiący na higromat stawu kolanowego, został poddany zabiegowi chirurgicznemu. Według zgodnej opinii operację wykonano w warunkach doskonałych w znieczuleniu lędźwiowym; jak zwykle, choremu wstrzyknięto przed operacją adrenalinę podskórną. W kilka godzin po operacji w miejscu wstrzyknięcia adrenaliny wystąpiły objawy zgorzeli gazowej, która w ciągu 30 godzin doprowadziła do zejścia śmiertelnego. Skarga, wniesiona przeciwko chirurgowi przez wdowę zmarłego górnika, uruchomiła cały skomplikowany aparat przewodu sądowego, i wreszcie po długich rozważaniach... sprawę odroczone na 15 dni. Akt oskarżenia zarzucał chirurgowi nieumyślne zabójstwo człowieka przez zastosowanie sposobu znieczulenia, który nie był w danych warunkach wskazany. Cała obszerna argumentacja stron dotyczyła zagadnienia znieczulenia lędźwiowego, podczas gdy nie ulegało tu żadnej wątpliwości, że przyczyną tragicznego wyniku operacji była zgorzel gazowa w związku z podskórnym wstrzyknięciem adrenaliny. Wstrzyknięcie było jednak dokonane *lege artis*. Skąd więc mogło powstać zakażenie? Autor dowodzi na podstawie szeregu rozważań teoretycznych i przykładów z praktyki, że nie tylko powierzchnia skóry, którą odkażamy jodyną, ale i tkanki głębsze mogą zawierać drżące zarazki chorobotwórcze, które pod wpływem różnych nawet drobnych czynników (między innymi i wstrzyknięcia podskórnego) mogą przejść ze stanu utajenia w stan czynny i wywołać nawet u zupełnie zdrowych pozornie ludzi mniej lub więcej poważne objawy chorobowe. W każdym przypadku zaburzeń chorobowych po wstrzyknięciu należy zawsze uwzględniać dwa jednakowo ważne czynniki: *lekarstwo*, które się wstrzykuje, i *pacienta*, któremu się wstrzykuje. Zagadnienie odpowiedzialności lekarskiej jest tak zawiłe i wymaga dla swego rozstrzygnięcia w każdym poszczególnym przypadku tak dokładnej i wszechstronnej znajomości medycyny, że nie powinno się oddawać decyzji, jak to się obecnie powszechnie dzieje, do rąk prawników. Sprawy tego rodzaju powinny być, zdaniem profesora B e s r e d k i, rozstrzygane przez trybunał wyłącznie lekarski.

Józef T y p o g r a f.

Streszczenia pojedyncze.

Zagadnienia ogólne.

B. DUBNOVA. Czy należy utożsamiać marskość rzekomą wskutek zrostów osierdziowych Picka z zapaleniem wielosuwrowicówkowem? (Klin. Medic. t. XIII Nr. 8).

Etiologia choroby Picka (marskość wątroby wskutek zapalenia osierdza) i zapalenia wielosuwrowicówkowego jest jednakowa. Niema takiej sprawy zakaźnej, któraby nie mogła być czynnikiem etiologicznym zarówno w powstawaniu zapalenia wielosuwrowicówkowego, jak i marskości rzekomej (w podłożu której leży zapalenie jednej błony surowiczej). Jest rzeczą niewątpliwą, jak to wynika ze spostrzeżeń autorki, że zapalenie błon surowiczych może być gruźliczego pochodzenia. Niezawsze jednak jest rzeczą łatwą ustalenie rodzaju zakażenia. Spośród 6 przypadków zapalenia wielosuwrowicówkowego, spostrzeganych przez autorkę, w jednym stwierdzono zakażenie grypowe, w jednym — gościecowe, w jednym — gruźlicze. Moment etiologiczny w zajęciu błon surowiczych stanowić może intoksykacja. U nerkowo chorych nierzadko spotyka się powstanie zapalenia osierdza w okresie mocznicowym. Widuje się je po zatruciu alkoholem (Zielenin). Czasami rozstrzygającą rolę odgrywa uraz mechaniczny, w którego następstwie rozwija się zapalenie osierdza, a następnie marskość rzekoma Picka. I wreszcie zmiany zapalne błon surowiczych mogą powstać wskutek zastojów w narządach wewnętrznych. Identyczne co do etiologii, oba schorzenia mają jednak zupełnie odmienny przebieg, rokowanie i leczenie. Dla marskości rzekomej Picka obowiązkowe jest zajęcie osierdza, któremu zawsze towarzyszą objawy zastojów ośrodkowego w wątrobie, niezależnie od zajęcia innych błon surowiczych. Zapalenia wielosuwrowicówkowe cechują się zajęciem błon surowiczych bez objawów zastojów ośrodkowego w wątrobie i rozrostu w niej tkanki łącznej. W zapaleniu wielosuwrowicówkowem, jak widać z przypadków autorki, możliwe jest nierzadko zupełne wyleczenie kliniczne; w każdym razie przebieg choroby jest długotrwały z poprawami i obstrzeniami. W przypadkach marskości rzekomej na tle zrostów osierdza rokowanie jest poważne, powrót do stanu z przed choroby niemożliwy. 3 lata, które upłynęły w jednym przypadku autorki od chwili pierwszego nakłucia brzucha do śmierci, stanowią bardzo długi termin w tych przypadkach. Jeżeli chodzi o leczenie, to w marskości rzekomej Picka należy się uciekać do operacji (*cardiolysis*) już w zupełnie początkowych okresach choroby, zaś w późniejszych okresach — skoro tylko pozwoli na nią ogólny stan chorego. Nawet w daleko posuniętym przypadku autorki operacja wywarła pomyślny wpływ na przebieg choroby. Inaczej przedstawia się sprawa leczenia zapaleń wielosuwrowicówkowych: tutaj na pierwszym planie stoją zabiegi ciepłne i świetlne, o ile to możliwe, leczenie swoiste: a więc w razie etiologii gościecowej — leczenie salicylatami, w razie etiologii kilowej — jodem, rtęcią i salwarsanem, które mogą dać zupełne wyleczenie, I co do tych przypadków rozlegają się głosy przemawiające za leczeniem operacyjnym. Iversen opisał dobre wyniki po usunięciu śledziony u chorego z zapaleniem wielosuwrowicówkowem.

H. L.

Bakterjologia i Serologia.

Adolf BECK. O związku między otępieniem wczesnym i gruźlicą. Badanie krwi, płynu mózgowo-rdzeniowego i mózgu chorych na otępienie wczesne. (C. R. Soc. Biol. 120, r. 1935).

29 próbek krwi, 27 płynów m. rdzeniowych i dwa mózgi chorych na otępienie wczesne wstrzyknięto świnkom morskim, które otrzymywały następnie podskórnie dwa razy w tygodniu wyciąg acetonowy pr. Kocha. Zwierzęta kontrolne za-

każano w ten sam sposób krwią, która pochodziła ze stwierdzonych przypadków gruźlicy (10 próbek krwi gruźlicy ludzkiej i 2 próbki doświadczalnej gruźlicy świnki morskiej). Krew, pochodząca od jednego chorego i od jednej świnki morskiej, dały wynik dodatni. U świnek, którym wstrzyknięto materiał, pochodzący od chorych na otępienie wczesne, nie stwierdzono zmian gruźliczych. Badanie mikroskopowe i posiewy były ujemne. Żadna ze świnek nie reagowała na tuberkulinę. Opierając się na dawniejszych badaniach serologicznych, bakterjologicznych i na obecnych swych doświadczeniach, autor dochodzi do wniosku, że można tu wyliczyć gruźlicę jako czynnik etiologiczny.

J. Seydel.

E. J. POLOTIVA i M. V. TRIOUSSE. W sprawie źródła błędów w posiewach krwi chorych na gruźlicę, według metody Löwensteina. (Presse Med. 1935, str. 1585).

Autorzy zauważyli w nieposianych podłożach z jajkiem *Hohna* pal. kwasoodporne. Na 600 zbadanych próbek z tem podłożem, w 58 stwierdzili oni obecność takich prątków. Pr. te były nieżywe, gdyż nie dawały się przeszczepiać na inne podłoża wybiórcze dla pr. Kocha i nie zakażały świnek morskich. Drobnoustroje te obecne były w jajku kurczym, użytym do zrobienia podłoża. Ścinanie białka przy przygotowaniu podłoża zabija pr. gruźlicy ptasiej, lub saprofitujące pr. niekwasoodporne, obecne w jajku kurczym. Autorzy nie pomniejszają wartości mikrohodowli, gdyż nieraz zauważyli oni, że posiewając krew na 6 — 8 próbek z podłożem *Hohna*, w jednej otrzymali mikrohodowlę, w innej po 2—15 dniach makrokolonie, inne zaś próbki pozostawały jałowe. Nadto zauważyli oni, że na 8 — 10 próbek posianych tylko w jednej otrzymali mikrohodowlę, która przeniesiona na inne podłoże dała typowe makrokolonie pr. gruźliczych. Celem autorów jest zwrócenie uwagi na fakt, że należy z pewną rezerwą oceniać mikrohodowle. Zdaniem ich, jedynie wtedy ma się do czynienia z mikrohodowlą, gdy po przeszczepieniu daje ona makrokolonie oraz gdy szczepiona świnka zakaża ją dając charakterystyczny obraz gruźlicy.

J. Seydel.

P. DOMINGO. Modyfikacja techniki posiewu krwi według Löwensteina. (C. R. Soc. Biol., t. 120, r. 1935)

Przy badaniu krwi i płynów wysiękowych na obecność pal. gruźliczych, wskazane jest pozostawianie materiału bez wstrząsania przez 24 godz. lub dodanie do tego materiału wody przekroplonej zawierającej 25% alkoholu i zlekką zalkalizowaną sodą.

J. Seydel.

J. VALTIS i F. van DEINSE. O bakteremii u świnek gruźliczych i stwierdzenie jej przez wstrzykiwanie wyciągów acetonowych pr. Kocha. (C. R. Soc. Biol., t. 120, r. 1935).

Autorzy potwierdzają doświadczenia *Negre i Bretéy*, że wstrzyknięcie krwi świnek gruźliczych świnkom zdrowym i następne wstrzykiwanie tym świnkom 2 razy tygodniowo wyciągu acetonowego pr. Kocha wywołuje u nich posocznice gruźliczą. U zwierząt kontrolnych, którym wstrzyknięto jedynie krew z cytrynianem bez wyciągu acetonowego, nie stwierdzono obecności pr. Kocha. Hodowle pr. Kocha, otrzymane z narządów świnek zakażonych, były dla królika bardziej zjadliwe, niż szczep typu ludzkiego, którym świnka zakażona.

J. Seydel.

J. BRETEY i R. LAPORTE. Zakażenie świnek morskich pr. gruźliczym typu ptasiego, wstrzykniętymi dożylnie. (C. R. Soc. Biol., 120, 1935).

Pr. gruźlicze typu ptasiego, wstrzyknięte świnkom podskórnie, powodują jedynie zmiany miejscowe, wprowadzone natomiast dożylnie, wywołują po kilku dniach ogólne zakażenie organizmu. Pr. obecne były we krwi i w narządach (śledziona, wątroba, szpik i płuca). Zakażeniu temu, identyczne

mu z zakażeniem, wywołanem typem *Yersinia* opisanem u królika, towarzyszy przerost śledziony, wątroby, gruczołów limfatycznych i zmiany płucne. Nie można jednak stwierdzić gruźliczków charakterystycznych dla typu *Villemin*. Jeśli do zastrzyknięcia stosuje się dostatecznie duże dawki prątków (1 mgr.) albo bardzo zjadliwy szczep (0,1 mgr.), świnka ginie po 3 tygodniach. J. Seydel.

R. LAPORTE i J. MAUPETIT. **O dwóch szczepach gruźlicy typu bydłęcego wyosobnionych u dziecka z przypadku gruźliczego zapalenia opon mózgowych.** (C. R. Soc. Biol., t. 120, r. 1935).

Zbadano 25 dzieci gruźliczych na obecność pr. Kocha. Pośród wyhodowanych szczepów 23 należały do typu ludzkiego, dwa zaś do typu bydłęcego. Jeden ze szczepów typu bydłęcego wyosobniono z przypadku zapalenia opon mózgowych u dziecka z rozsianą gruźlicą. W otoczeniu dziecka nie było przypadków gruźlicy. Przypuszczalnie zakażenie nastąpiło naskutek spożycia mleka krowy gruźliczej. Dziecko do 2 miesięcy karmione było mlekiem matki. Po tym okresie zaczęto dziecko karmić sztucznie i wtedy wystąpiły pewne zaburzenia we wzroście. Odczyn tuberkulinowy ujemny w pierwszych miesiącach życia, zmienił się w dodatni w następnych.

J. Seydel.

Choroby jamy ustnej, gardła, nosa i uszu.

B. MLECZIN. **O anatomo-patologicznem i klinicz-nem rozpoznawaniu ostrej posocznicy pochodzenia migdałkowego.** (Sow. Wracz. Gaz. Nr. 22, 1935).

Posocznica pochodzenia migdałkowego jest o wiele częstszem schorzeniem niż to ogólnie przyjęto uważać. Według danych autora, większość schorzeń należy zaliczyć do przeważnie krwiopochodnych i szerzących się drogą naczyń chłonnych postaci posocznicy. Rozpoznawanie posocznicy pochodzenia migdałkowego jest niedostateczne wskutek niewystarczającej znajomości tego schorzenia wśród szerokiego kręgu lekarzy. Postawienie w porę rozpoznania i odpowiednie leczenie zmniejszyłyby, być może, liczbę powikłań i zejść śmiertelnych.

H. L.

BARESY G. **Głuchoniemota korowa.** (Monatsschrift für Ohrenheilkunde 69. 741—745. 1935.)

Na materiale 1.100 głuchoniemych dzieci stwierdził autor tylko u 164 cierpienie uszne i te się najlepiej poprawiły przy systematycznej nauce. W pozostałych 936 wady ze strony ucha nie dało się stwierdzić, lecz kilę, zapalenie przebyte opon lub mózgu. Jako przyczynę główną ustalono ciężkie zaburzenia uwagi i pamięci, imitujące upośledzenie zdolności słuchowej. Specjalne metody prowadzą i w tych razach do znacznej poprawy słuchu i rozwoju mowy. Podłożem więc tej głuchoniemoty korowej jest przeważnie niedostateczny rozwój lub upośledzenie odżywiania lewego górnego płata skroniowego mózgu.

H. Higier.

Choroby serca i naczyń.

BECK. **Dwie triady kompresji serca.** (The Journ. of the Amer. Med. Assoc. Nr. 9, 1935).

Schorzenia osierdzia są trudnem zagadnieniem rozpoznawczem. Jeżeli dają wogóle jakieś objawy kliniczne, są to objawy kompresji serca w formie ostrej i przewlekłej. Cały szereg schorzeń osierdzia przebiega jednak bezobjawowo i nie zostaje rozpoznany. Istnieje pewna analogia pomiędzy kompresją serca i kompresją mózgu. Objawy kompresji są charakterystyczne i wyrażają się trójcą objawów, odmienną dla przypadków ostrej i przewlekłej kompresji. Trójca objawów dla kompresji ostrej: 1) spadek parcia tętniczego 2) zwiększenie parcia żylnego i 3) zmniejszenie wymiarów serca. Wewnątrzosierdziowy odcinek żyły pustej i prawy przedsionek są częściej lub całkowicie spadnięte; wymiar komór również zmniejsza się. Zmniejsza się rozpiętość skurczowa i rozkurczowa ser-

ca, wobec czego pulsacje prekordjalne stają się mniej widoczne i macalne aż do zupełnego zniknięcia. Jeżeli przyczyną jest wylew krwawy do worka osierdziowego, 200 ccm. daje już fatalne zejście. Mamy wówczas w rentgenie zwiększenie sylwetki sercowo-osierdziowej. Tętno serca staje się głuche i dochodzą jakby zdaleka. Parcie żyłne zwiększa się równolegle do parcia wewnątrzosierdziowego. Zmniejsza się objętość wyrzutów serca. Niedomoga krążenia tętniczego wywołuje lęk, niepokój, bladość, zimny pot, słabo wypełnione i łatwo uciskalne tętno, w końcu zamroczenie. Najczęstszą przyczyną są wylewy krwawe na tle urazu, pęknięcie zawału serca, pęknięcie przedsionka, pęknięcie tętniaka tętnicy wieńcowej lub głównej, zmiany nowotworowe, przerastające osierdzie; rzadką przyczyną jest ucisk gazu, zwłaszcza w odmie wentylowej. Trójęc przewlekłą kompresji stanowią: 1) zwiększenie parcia żylnego, 2) puchlina brzuszna i 3) zmniejszenie wymiarów serca. Inne objawy kliniczne są wtórne. W kompresji ostrej ucisk, równy 16 cm. słupa wody, kończy się fatalnie; w przewlekłej — może parcie dojść powoli do 38 cm. słupa wody. Odpowiednio wyższe jest więc i parcie żyłne. Następuje rozszerzenie żył, powiększenie naskutek zastoiny biernego wątroby, śledziony i t. d. oraz puchlina brzuszna. Inne objawy są podobne do objawów w ostrej kompresji, tylko rozwijają się powoli. Wchodzące w rachubę leczenie, zwłaszcza w przypadkach ostrej kompresji, bywa przeważnie chirurgiczne. Wynik w znacznej mierze zależy od szybkości wykonania zabiegu po wystąpieniu objawów kompresji.

Jarzy Fajlewicz (Łódź).

S. H. PROGER i C. KORTH. **Wpływ lekkiego ćwiczenia mięśni na chorych na serce. Gośćcowa choroba serca; zmiany w spoczynku i w czasie ćwiczenia.** (Arch. Inter. Med. 1935, t. 55, z. 2).

Autorzy postawili sobie za cel zbadanie tego, w jaki sposób zareagują ci chorzy sercowi na powtarzane przez dłuższy czas (szereg tygodni) lekkie ćwiczenia mięśniowe, inaczej mówiąc, jakie będzie działanie lekkiego treningu. W tym celu zbadali 6 chorych na gośćcowe schorzenie serca (3 przypadki niedomykalności zastawek półksiężycowatych tętnicy głównej i zastawki dwudzielnej wraz ze zwężeniem ujścia żylnego lewego, 3 przypadki niedomykalności zastawki dwudzielnej i zwężenia ujścia żylnego lewego) w czasie spoczynku i wielokrotnie podczas pedałowania na rowerze stojącym Dilla. Dla kontroli zbadali również 2 osobników zdrowych. Pedałowanie odbywało się — poza pierwszymi 3 dniami, kiedy dla przyzwyczajenia ćwiczenie to trwało jedynie po 10 min. — godzinę lub dwie. Opór, który trzeba było przezwyciężyć, wahał się od 2½ funtów do 6, szybkość zaś od 30 do 154 obrotów na minutę. Naogół w czasie spoczynku nie było większych zmian w tętnie, szybkości oddychania, wentylacji płuc i pochłaniania tlenu, różnicy zawartości tlenu w tętnicach i żyłach i rzutu serca. Tylko u 1-go chorego, u którego spowodu krwiopłucia trzeba było przerwać ćwiczenia, stwierdzono zmniejszony rzut minutowy serca i zwiększenie różnicy tętniczo-żylną w zawartości tlenu; po kilku dniach przerwy wartości ich wróciły do normy. U chorych, u których stwierdzono poprawę pod wpływem treningu, szybkość obiegu krwi ulegała nieznacz-nemu zwolnieniu. Pojemność życiowa płuc u 2 chorych, którzy wykazali poprawę, zwiększyła się, natomiast u pozostałych chorych i u zdrowych pozostała bez zmian. Zdolność zatrzymywania tchu naogół zmieniała się równolegle do pojemności życiowej, jest jednak cechą mniej pewną. U chorych, którzy wykazali poprawę, stwierdzono zmiany w elektrokardiogramie: w postaci podwyższenia się P (u 1-go) i T (u 2-ch). U żadnego z badanych osobników nie stwierdzono zmian rentgenologicznych. Być może intensywność pracy i okres czasu były na to zbyt małe. Trening u ludzi zdrowych wykazał nieznaczna poprawę w wykonywaniu przez nich ćwiczeń, natomiast u chorych z kombinowaną wadą aortalno-

mitralną wyniki jego były bardzo dobre. Tak np. u jednego z tych chorych pochłanianie tlenu (w czasie wykonywania ćwiczeń) w ciągu minuty spadło z 790 do 480 cm³, szybkość oddychania z 33 na 10 na min., tętno ze 100 na 82, ciśnienie krwi ze 130/78 na 110/74 mm Hg i pojemność oddechowa w ciągu minuty z 18,25 na 8,9 litrów. U 2 pozostałych chorych tej grupy wyniki były podobnie dobre, ale nie w tak wielkim stopniu. Wśród chorych z wyłącznie mitralną wadą serca tylko u jednego była nieznaczna poprawa, u jednego zmian nie było, u ostatniego wreszcie (jedyne przypadki z migotaniem przedsionków) wystąpiło pogorszenie, tak że ćwiczenia trzeba było przerwać. Być może, lepszy znacznie wynik u chorych z wadą aortalno-mitralną spowodowany został przez to, że u nich możliwe jest wyrównanie między krwiotokiem dużym a małym, podczas gdy przy czystej wadzie mitralnej równowaga ta jest jednostronnie zwichnięta. Ciekawy jest fakt, zaobserwowany przez autorów, że spadek liczby tętna w czasie treningu szedł zupełnie równoległe do spadku ilości pochłanianego tlenu. Tętno w czasie ćwiczenia mogło służyć jako dość dokładny wskaźnik wydolności mechanicznej. W czasie jej wzrastania tętno stało się wolniejsze, w czasie zmniejszania się — szybsze. Mierzenie tętna w czasie ćwiczeń przez dłuższy czas powtarzanych służyć może jako próba czynnościowa. Tyczy się to jednakże tylko gośćcowej choroby serca, w dławicy piersiowej stosunki te przedstawiają się inaczej. H. M a k o w e r.

B. A. KOHAN, G. J. HEINRICHS DORF i A. B. KOHAN.
Zmiany elektrokardjograficzne w durze osutkowym. (Klin. Medic. t. XIII, Nr. 6).

Zmiany elektrokardjograficzne w durze osutkowym przypominają raczej zmiany, spotykane w goście (odosobnione zmiany poszczególnych odcinków elektrokardjogramu i przesunięcia z linii izoelektrycznej), aniżeli w durze brzuszny (równomierne zmniejszenie się wszystkich wychyleń elektrokardjogramu). W większości przypadków zmiany te, nawet odchylenia odstępów S—T od linii izoelektrycznej, okazały się odwracalnymi, co dowodzi, że chociaż w tych razach narównie z rozlaniami zmianami toksyczno-zakaźnymi mięśnia sercowego ma się do czynienia też z ogniskowymi procesami miejscowymi, to jednak charakter tych zmian nie przedstawia stałej postaci morfologicznej zmian zwyrodnieniowych, a jest raczej odbiciem zaburzeń w chemizmie tkanek, potęgujących się, być może, do stopnia zwyrodnienia miąższowego. Odwrotnie, stałość zmian elektrokardjograficznych, a zwłaszcza takich elementów, jak: wychylenie T, czas trwania odstępów S—T i położenie S—T w stosunku do linii izoelektrycznej, które wystąpiły w czasie choroby, dowodzi istnienia nieodwracalnych uszkodzeń mięśnia sercowego wskutek rozwoju procesu chorobowego w samym mięśniu sercowym. Wynika stąd konieczność obserwacji zmian elektrokardjograficznych w różnych okresach choroby i przez czas dłuższy po klinicznym wyzdrowieniu. H. L.

Choroby dzieci.

WORINGER. **Stosunek pryszczycy do alergii u niemowląt.** (Revue Fr. Ped. XI — 4).

Opierając się na 200 przypadkach pryszczycy autor rozpatruje następujące momenty: 1) czy pryszczycyca niemowląt zawsze się rozwija na podłożu trofoalergicznym? U 80% dzieci z pryszczycą autor stwierdził, badając odczyn skórny, uczulenie na białko kurze; podobnie u niemowląt ze skórą normalną ale dodatnim odczynem skórnym (grudka po wprowadzeniu alergenu do skóry), stwierdzono skłonność do zapadania na pryszczycę. Te dane świadczą że u niemowląt mamy do czynienia z wrodzoną trofoalergią, która w I—II roku życia może się uzewnętrzniać w postaci pryszczycy. Obok odczynu skórny dowodem uczulenia ustroju na wprowadzony alergen jest dodatni wynik próby P r a u s n i t z - K ü s t n e r a

na obecność specyficznych przeciwciał we krwi: w 75% próba ta wypada dodatnie. Należy pamiętać, że nadwrażliwość skóry niezawsze musi być dowodem alergii ustroju: możemy mieć do czynienia z t. zw. para - alergią (M o r o), czyli niespecyficzną odczynowością skóry. Istnieją też przypadki stanów alergicznego ustroju, w których odczyn skórny, ze względu na brak uczulenia, wypada ujemnie; natomiast zastrzyknięcie alergenu pod skórę może wywołać wstrząs anafilaktyczny, zaś we krwi stwierdzamy obecność przeciwciał (próba P r a u s n i t z a dodatnia). Wreszcie istnieją pojedyncze przypadki pryszczycy, w których alergii nie udało się stwierdzić: pochodzenie ich jest niejasne; 2) rola alergenu swoistego w patogenie pryszczycy. Doświadczenie B l o c h a i J a d a s s o h n a, którzy, wcierając alergen z pierwiosnka w uczuloną skórę, sztucznie otrzymywali pryszczycę, dowodzi, że pryszczycyca rozwija się w następstwie zetknięcia się alergenu z naskórkiem uprzednio uczulonym na dany alergen. U niemowląt jednak trofoalergja jest wrodzoną i dla powstania pryszczycy zetknięcie się skóry z alergenem wogóle nie jest konieczne. Przeciwnie, doświadczenia wykazały, że alergen (białko jaja), wprowadzony do skóry, wywołuje jedynie grudkę, podany zaś podskórnie lub per os może wywołać pokrzywkę, ew. nawet wstrząs, ale nigdy nie wytworzy pryszczycy na skórze, natomiast pryszczycyca, pod wpływem wprowadzonego do ustroju alergenu, cofa się; 3) rola czynników nieswoistych na powstawanie pryszczycy. Sprzyjają powstawaniu pryszczycy te czynniki, które wywołują przekrwienie skóry: drapanie, maceracja skóry, infekcje i t. d. Stany eutrofji sprzyjają szerzeniu się pryszczycy, natomiast pogorszenie stanu odżywienia wywołuje poprawę w stanie skóry. Dlatego też w przebiegu chorób infekcyjnych, w ostrych stanach dyspeptycznych często stwierdza się szybkie ustępowanie pryszczycy, która wraca w miarę poprawy stanu odżywiania; 4) mechanizm powstawania pryszczycy. Według koncepcji autora wyżej podane fakty dadzą się wytłumaczyć, gdy przyjmijemy, że w ustroju niemowlęcia krąży patologiczne przeciwciało nieznanego pochodzenia, którego obecność może być stwierdzona odczynem P r a u s n i t z - K ü s t n e r a. Przeciwciało to gromadzi się głównie w skórze, względem której posiada specjalne powinowactwo i stąd skłonność do powstawania pryszczycy na skórze; pryszczycyca jest, według autora, następstwem nagromadzenia się przeciwciał trofoalergiczných w skórze, na którą zadziały dodatkowo czynniki nieswoiste. Gdy specyficzny alergen przenika do ustroju, łączy się on z przeciwciałem, co w następstwie daje odczyn pokrzywkowy z jednej strony, zaś ustępowanie przyczyny z drugiej. Stan ten jest jednak przejściowy, gdyż ustrój ciągle wytwarza wolne przeciwciała, które nagromadzają się w nadmiarze w skórze i doprowadzają do nawrotu pryszczycy. A. K i r s z b r a u n.

R. DEBRÉ et R. BROCA. **Migrena dziecięca i jej równoważnik brzuszny.** (Bulletin médical. 467—468. 1935).

Obok zwykłej migreny z wymiotami, jako zwiastunem migreny, i sennością jako pospolitem zakończeniem migreny istnieją u dzieci napady wymiotów z uporczywym bólem w dołku, który już nieraz dawał asumpt do interwencji chirurgicznej. W rozpoznaniu różniczkowym wchodzi w grę najróżnorodniejsze choroby oponowo - mózgowe i żołądkowo-kiszkowe. (Piśmiennictwo niemieckie zna oddawną tę odmianę migreny dziecięcej i referent przed laty kilkunastu demonstrował takie dzieci z okresową migreną gorączkową, wymiotami i bólami w okolicy pępka).

H. H i g i e r.

Choroby nerwowe i psychiczne.

URBAN H. **Doświadczenia z arterjografią mózgu.** (Wiener klin. Wochenschrift. 1935. Str. 924—927).

Autor opisuje z kliniki neuropsychiatrycznej Wiednia i podaje według metody thorostrastowej M o n i z a arterjo-

gramy normalne i patologiczne, uwytłumiające guz skroniowego płatu mózgowego i kilka naczynek mózgu. Ważna jest ta metoda dla odkrycia wewnątrzczaszkowych angiomatów i aneuryzmatów. Przy racjonalnej technice metoda kontrastowa znakomicie i bezpiecznie uzupełnia *status* nerwowy.

H. Higier.

A. LIPMANOWICZ i S. SUBOTNIK. **Alkoholizm w etjologii miażdżycy mózgu** (Klin. Medic. t. XIII, Nr. 6).

Alkohol nie odgrywa swoistej roli w etjologii miażdżycy mózgu, stanowiąc jedynie jeden z czynników, którego znaczenie ujawnia się w pewnych warunkach. Jednym z ważniejszych momentów, sprzyjających przemianie alkoholizmu w czynnik etjologiczny miażdżycy mózgu, jest konstytucyjna niepełnowartościowość układu nerwowego i naczyniowego u osób ze znacznym obciążeniem dziedzicznym. U chorych z miażdżycą mózgu, nie używających alkoholu, dziedziczne obciążenie schorzeniami serca i naczyń oraz układu nerwowego stanowi znaczny odsetek. U osób, pijących dużo oraz używających alkoholu w umiarkowanych ilościach, lecz nie obciążonych dziedzicznie, rolę alkoholu można było ujawnić jedynie w połączeniu z innymi czynnikami, osłabiającymi układ hemodynamiczny. Oprócz roli patofizjologicznej alkohol posiada ogromne znaczenie społeczne, gdyż kojarzy się zwykle z innymi czynnikami ujemnymi, które przylaczając się potęgują toksyczne działanie alkoholu. Tam, gdzie się pije, pali się również; do tego dochodzą czynniki urazowe i urazy psychiczne, zwiększona zapadalność i jako następstwo tego — zmniejszenie zdolności do pracy.

H. L.

S. KAMIŃSKI. **Dinamozmy wegetatywne**. (Sowiec Nowoparolog. 1935. 6. 117—122).

Autor opisuje 4 przypadki wzmożonego wydzielania potu i leż na skutek podrażnień smakowych. Dwa razy pocila się mocno usyringomyelików podczas jedzenia jedna połowa twarzy, zaś dwa razy po stronie twarzy porażonej oko łzawiło mocno. Za Dawidenko w em autor nazywa ten zespół dynamozą wegetatywną. Zależy sprawa od wzmożonej pobudliwości obwodowych neuronów sympatycznych wskutek izolowania ich ośrodkowego odcinka, specjalnie w rdzeniu i jeszcze bliżej na obwodzie położonych ośrodków. Anatomiczne połączenie między włóknami smakowymi i potowydzielniczymi suponuje K. w *ganglion oticum* i *ganglion Gasseri* między smakowymi i łzowydzielniczymi w *ganglion sphenopalatinum*.

H. Higier.

K. BERINGER. **Schorzenia syfilityczne układu nerwowego wśród burjatów mongolskich** (Sprawozdanie ekspedycji niemiecko-rosyjskiej). (Archiv für Psychiatrie. 1935 103. 359—443).

Wartość wielka tej dużej monografii. owoc długotrwałej ekspedycji lekarskiej. pracy obficie ilustrowanej, leży w tem. że rozstrzyga liczne sprawy aktualne od dziesięcioleci w nauce o kile, okresów jej i wpływu terapii w obrazie klinicznym kily. U szczepu burjacko-mongolskiego, prymitywnie w Syberji północno-wschodniej żyjącego, notowano syfisy już 180 lat temu. a leczenie zainaugurowano dopiero 15 lat temu. Okazuje się że błędne jest twierdzenie, że metaluetyczny wiek rdzenia i porażenie postępujące występuje tylko tam. gdzie energicznie leczono kile. Stwierdzono bowiem u nieleczonych burjatów niemal metaluetyków. Niesłuszne okazuje się też twierdzenie, że „lekka” kila spotyka się w 50% syfilisu tylko u tych narodów, gdzie choroba ta zagnieżdżona jest od stuleci i ciągle leczona była. Burjaci mają bowiem obok ciężkiej i lekką postać. Niesłuszna również jest teza, rozpowszechniona w Europie, że u metaluetyków niema trzeciorzędnych objawów kily i odwrotnie. że obok trzeciorzędnych przymiotu nie występuje *taboparalysis*. Tego antagonizmu ekspedycja nie stwierdziła. Szczepy syfilisu neuropowu i dermatopowu może okazać się

legendą. Cała geografia metaluesu Europy wymaga rewizji i korekty. — (Jak na ciężkie warunki badania syfilisu na bardzo odległym odludziu wśród niecywilizowanych burjatów—mongolów rezultaty są dość poważne i bardzo owocodajne. Ref.).

H. Higier.

Fritjof IMHOF. **Doświadczenia z prominalem, stosowanym przeciw padaczce w praktyce szpitalowej**. (Psychiatr.-Neurol. Woch. 1935, Nr. 40).

Prominal posiada wybitne działanie przeciwpadaczkowe i uspokajające. W stosunku do luminalu wyróżnia się tem, że nie wywiera nieprzyjemnego działania ubocznego na ogólny stan psychiczny, co czasami spostrzega się po luminalu. Działania nasennego nie spostrzeżono. Najsukuteczniejsze okazały się dawki po 0,2 g prominalu, stosowane rano naczęzo i w południe po jedzeniu.

Jan Bader.

Choroby oczu.

RIEDL F. **Dziedziczny i wrodzony zanik nerwów wzrokowych**. (Klinische Monatsschrift f. Augenheilkunde, 1935. 332—348).

Autor analizuje rodzinę w 4-ch pokoleniach. Pierwsza była zupełnie zdrowa pod względem okulistycznym, ostatnia najmocniej upośledzona. Bliższa interpretacja drzewa rodowego stwierdza: a) w pierwszej generacji zdrowe nerwy wzrokowe, b) w 2-em pokoleniu wśród 11 rodzeństwa jedna osoba ma zanik nerwu wzrokowego, c) w 3-m pokoleniu z 6 dzieci powyższej niewidomej osoby 3 dzieci odziedziczyło tęż chorobę, d) w 4-m pokoleniu jedna z dotkniętych ślepotą spłodziła 5 chorych. Pokrewieństwa, kazirodzości, chorób ogólnych nie stwierdzono w rodzinie. Predylekcy i wybiórczości płci nie uwytłumiono. Zmian rentgenowskich w siódle tureckim nie znaleziono. Zanik nerwu przeważnie skroniowy, defekty w polu widzenia niestale, skotomatów środkowych niema, achromatopsja wysepkowa częsta. Cierpienie zdaje się być typu dominującego. Od znanej *atrophia nn. opticom hereditaria* Lebera różni się ta postać jedynie swoją wrodzonością.

H. Higier.

CORCÓSTEGUI A. **Nadciśnienie wśródoczne i jaskra**. (Revista Clínica de Bilbao. Nr.Nr. 6 i 7).

Autor obszernie omawia etjologję, obraz kliniczny i leczenie jaskry. W ostrych przypadkach dla uśmierzenia bólów stosował domięśniowe wstrzykiwania cibalginy. Działanie jej okazało się nadzwyczaj korzystne; nie tylko bóle się uspokajały, ale i ciśnienie wśródoczne zmniejszało się, prócz tego obserwowano, że czeryna i pilokarpina, stosowana wraz z cibalgina, działają o wiele silniej, niż bez niej. Środek ten stosowano w ciągu dwóch lat coraz częściej, używając go także w celu przygotowania chorych do zabiegów operacyjnych.

F. Mikulska.

C. MINNICH. **Stosowanie maści perkainowej do uśmierzenia bólu w uszkodzeniu oka**. (Amer. Journ. of Surg., 1935. Nr. 3).

W uszkodzeniu oka dużą rolę odgrywa uśmierzenie bólów. Kokaina, holokaina i inne środki znieczulające działają szybko, ale krótko, co jest niewygodne specjalnie u chorych ambulatoryjnych. Zachęcony licznymi publikacjami, autor zastosował Nupercainal (1% maść perkainowa bez *Hammamelis* i *Alum. formic.*). Wyniki były zdumiewające: w 3—5 minut po założeniu maści bóle ustąpiły, przyczem stan ten w większości przypadków utrzymywał się do 24 godzin. Metodę tę stosowano w 105 przypadkach cięższych i cięższych uszkodzeń oka — przeważnie wystarczało jednorazowe założenie maści, w pojedynczych przypadkach dwukrotne i więcej. Ani razu nie wystąpiły uboczne niepożądane objawy.

F. Sienicki.

Streszczenia pojedyncze.

Farmakologia i Toksykologia.

P. CIRLA. **Fosfor krwi w zatruciach zawodowych ołowiem, chromem i rtęcią.** (Med. d. Lavoro Nr. 11/35).

Zatrucia zawodowe metalami ciężkimi, zwłaszcza ołowiem, wywierają wybitny wpływ na metabolizm mineralny ustroju. Doświadczenia nad zachowaniem się fosforu w zatruciach ołowiem wykazały, że podczas kolki ołowianej lub wkrótce po niej występuje wybitne zmniejszenie ilości całkowitego fosforu krwi oraz frakcji kw. fosforowego i fosforu lipidowego z równoczesnym zwiększeniem frakcji nieorganicznej fosforu (hipofosforemja z hiperfosfatemja). Spadek fosforu dochodzi do 50% przeciętnej wartości (norma: 30—38 mg na 100), zaś wzrost frakcji nieorganicznej dochodzi do wartości podwójnej lub nawet potrójnej. W okresie zatrucia przewlekłego wszystkie frakcje fosforu zbliżają się ku normie. Wpływ przewlekłego zatrucia chromem na metabolizm fosforu jest słabszy, niż ołowiu. W zatruciu kwasem chromowym wzrasta ilość kwasu fosforowego, a spada fosfor lipidowy, zaś fosfor całkowity, a szczególnie jego frakcja nieorganiczna, nie odbiega zbyt od normy. W zatruciach rtęcią zachowanie się fosforu jest analogiczne, jak w zatruciach ołowiem. Ołów przechodzi do krwiobiegu pod postacią fosforanu, przyczem komórki wątrobowe Kupfera redukują i zatrzymują sole ołowiu. Nerki odgrywają rolę głównie tylko jako organ wydalający. Na metabolizm mineralny wywiera ołów pośredni wpływ przez oddziaływanie na gruczoły dokrewne, zwłaszcza tarczycę i przytarczycę. Podobnie jak w stanach zwiększonej kwasoty ustroju (choroby zakaźne, cukrzyca i t. d.) występuje silniejsze wydalenie fosforu wskutek zmieniania nierozpuszczalnych fosforanów zasadowych na rozpuszczalne fosforany kwaśne, tak i w zatruciach metalami ciężkimi można by zwiększone wydalenie fosforu tłumaczyć, między innymi, wzrostem kwasoty. Ogólnie więc hipofosforemja w tych zatruciach tłumaczyłaby się zwolnieniem metabolizmu fosforowego i zwiększonym wydalaniem fosforu, przyczem odgrywają rolę zmiany w gruczołach dokrewnych, wątrobie, nerkach i kwasocie ustroju. Współczesny z hipofosforemją wzrost fosforu nieorganicznego odbywa się głównie kosztem kwasu fosforowego, jako frakcji najbardziej labilnej, oraz w mniejszym stopniu fosforu lipidowego, przyczem gra rolę zmiana reakcji kwaśnej na alkaliczną oraz działanie czynników glikolitycznych i enzymatycznych. W zatruciu występuje zwiększone zapotrzebowanie jonów fosforowych, które zostają uruchomione z frakcji kwasu fosforowego. Zmniejszenie fosforu tej ostatniej frakcji doznaje kompensacji przez wzrost fosforu nieorganicznego kosztem frakcji lipidowej. Hipofosforemja ograniczałaby się tedy do ubytku fosforu lipidowego. Fakt ten z uwagi na znaczenie fosforu lipidów w ustroju (np. lecytyny) tłumaczyłby niektóre zjawiska kliniczne w przebiegu zatrucia metalami ciężkimi (np. upadek sił) i mógłby służyć za podstawę do wskazań terapeutycznych.

J. Hozer.

MAUGERI. **Wpływ wapnia i magnezu na wydalenie ołowiu z moczem.** (Med. d. Lavoro Nr. 2/36).

Ołów, wprowadzony do ustroju drogą parenteralną, wydala się z moczem gwałtownie i w wielkiej ilości, zaś wprowadzony drogą przewodu pokarmowego — wolno i w mniejszych ilościach. W tym ostatnim przypadku dostaje się drogą żyły wrotnej do wątroby, tak, że tylko nieznaczna jego część dostaje się do krążenia wielkiego. Szereg autorów, wychodząc z założenia, że trujące działanie ołowiu jest tem większe, im więcej dostaje się go do krążenia wielkiego, podawało w ostrej ołowicy djetę alkaliczną dla zatrzymania zbyt gwałtownego wydalenia ołowiu, zaś w przewlekłej — djetę zakwaszającą,

która wydalaniu sprzyja. W celu stworzenia ściślejszych podstaw naukowych dla leczenia zatrucia ołowiem autor wykonał serię badań nad wpływem wapnia i magnezu — substancji w swem fizjologicznym działaniu antagonistycznych — na wydalenie ołowiu z moczem. W ilościowym oznaczaniu ołowiu w moczu posługiwał się preparatem „ditizon“ (dwufenylthiocarbazon), który z solami i metalami alkalicznymi daje związek czerwony rozpuszczalny w wodzie, zaś z ołowiem, rtęcią, srebrem i cynkiem związek rozpuszczalny tylko w rozpuszczalnikach organicznych (chloroformie). Specyficzne zachowanie się ołowiu w związku z ditizonem w obecności cjanu potasu pozwala na wyosobnienie go spośród innych metali i na jego ilościowe oznaczenie metodą kolorymetryczną (metoda Maugeri-Preti). Wapń wykazuje wybitne powinowactwo z ołowiem, co przejawia się między innymi skłonnością ołowiu do odkładania się w kościach i częściach chrzęstnych (*callus*) oraz wszędzie tam, gdzie w ustroju występuje silniejsze odkładanie wapnia. Niedwuznaczne stosunki, jakie pod względem metabolizmu zachodzą między wapniem i ołowiem, znalazły potwierdzenie w doświadczeniach autora na królikach, którym podawano śródżylnie przez 8 dni po 2 cm³ 10%-wego *calcium chloratum*, wstrzykując równocześnie lub przedtem po 1 cm³ azotanu ołowiu podskórnie. Króliki kontrolne, które otrzymywały azotan ołowiu bez wapnia, wydalały z moczem ołów gwałtownie i przez dłuższy czas po odstawieniu ołowiu (od 2,50 mg Pb dziennie w 8-ym dniu zatrucia, do 0,15 mg dziennie w 25-ym dniu od odstawienia ołowiu). U królików, którym równocześnie z ołowiem podawano wapń, wydalenie ołowiu było znacznie słabsze (0,1 do 0,2 mg dziennie), a wzrastało wybitnie dopiero po odstawieniu wapnia. Wreszcie u królików, wydających gwałtownie ołów przed podaniem wapnia, wydalenie to znacznie spadało z chwilą rozpoczęcia wstrzykiwań wapniowych, aby wzrastać ponownie z chwilą odstawienia wapnia. Wyniki te dowodzą, że istotnie wapń sprzyja odkładaniu się ołowiu w tkankach, hamując jego wydalenie z moczem. Dla uzupełnienia danych doświadczalnych, stwierdzających antagonistyczne działanie magnezu w stosunku do wapnia także i w przypadkach ołowicy, autor badał następnie wyniki równoczesnego podawania ołowiu doustnie i siarczemu magnezu doustnie, przyczem stwierdził, że w tym przypadku pojawia się znacznie silniejsza porfiryria, niż u zwierząt, traktowanych samym ołowiem. Zjawisko to przypisuje wpływowi magnezu, który rozluźnia połączenia wapnia z porfiryną. Magnez mobilizuje ołów ze związku fosforo-ołowio-wapniowego i sprzyja przez to tworzeniu się porfiryry. Króliki, którym wstrzykiwano podskórnie azotan ołowiu, a równocześnie doustnie 10%-wy siarczan magnezu, wydalały ołów natychmiast w dużych ilościach. Króliki, traktowane samym ołowiem, wydalały go zrazu w miernych ilościach, lecz zaczynały wydalać wielkie jego ilości, gdy tylko zaczęto podawać siarczan magnezu. Dowodzi to, że pod wpływem magnezu następuje mobilizacja ołowiu z jego złogów tkankowych. Powyższe wyniki pozwalają na wniosek, że działanie wapnia, który wiąże ołów, sprzyja odkładaniu się ołowiu w tkankach i usuwaniu go przez to od krążenia wielkiego. Podawanie wapnia byłoby zatem środkiem specyficznym w leczeniu ołowicy ostrej, gdzie chodzi o szybkie usunięcie ołowiu z krążenia wielkiego do tkanek, przeciwwskazanym jednak w ołowicy przewlekłej, gdzie wapń przeciwdziałałby pożądaney eliminacji ołowiu z moczem przez stopniowe mobilizowanie go z tkanek. W ołowicy przewlekłej, gdzie chodzi o usuwanie ołowiu z tkanek, właściwym środkiem leczniczym byłby natomiast magnez, co należałoby potwierdzić przez doświadczenia na materiale ludzkim.

J. Hozer.

Lecznictwo.

L. PETSCHACHER. Pierwsza pomoc w stanach zagrażających życiu pochodzenia niechirurgicznego. (Wien. med. Woch. 1936. Nr. 5 i 6).

Autor, tak samo jak i L a m b e r g, rozróżnia w stanach zagrażających życiu: nagle schorzenia pochodzenia wewnętrznego i obrażenia. Pierwsze wymagają natychmiastowego leczenia wewnętrznego. W szczególności autor omawia pierwszą pomoc w nagłych przypadkach utraty przytomności, zaburzenia oddychania, krążenia, silnych bólów, krwotoków wewnętrznych, drgawek i szalów. W utracie przytomności autor zaleca środki nasercowe ze szczególnym uwzględnieniem coraminy. Tak zwane środki nasercowe są właściwie pobudzające dla ośrodkowego układu nerwowego i działają pobudzająco na ośrodek oddechowy i naczynioruchowy. Na szczycie tych środków autor stawia coraminę, która jest w możliwości usunąć niebezpieczeństwo wskutek porażenia ośrodka oddechowego i naczynioruchowego. Dominuje ona nad kamforą dzięki łatwej resorpcji, nad innymi zaś środkami nasercowymi — dzięki rozległości zastosowania terapeutycznego, możliwości zastosowania dużych dawek i zupełnego braku niebezpieczeństwa. Najszybsze i najlepsze działanie otrzymuje się przez wstrzyknięcie dożylnie 5—15 cm³. Efekt niekiedy jest imponujący: chory zupełnie nieprzytomny w ciągu paru sekund przychodzi do siebie, zaczyna poruszać się, kichać, głęboko oddychać i wreszcie mówić. Twarz zaczerwienia się, tętno się wzmacnia, odruchy powracają. Autor podkreśla, że w zaburzeniach, wyżej wymienionych, coramina winna być zawsze stosowana.

F. M i k u l s k a.

J. KANFOW. Leczenie obrzęków chlorkiem amonowym. (Sow. Wr. Zur. 1936, 4).

Autor stosował chlorek amonowy w postaci *Ammonium chloratum purissimum crystal.* po 1,0 na dawkę w kapsułkach w obrzękach nerkowych i sercowych. Chlorek amonowy stosowany w nerczycach i obrzękach pochodzenia nerkowego, opornych na wszelkie leczenie szybko usuwał obrzęki. W zaburzeniach w układzie krążenia wskutek niewydolności serca i naczyń chlorek amonowy powoduje znikanie obrzęków i przesięków, obniżenie ciśnienia krwi i zwolnienie tętna. Wybitnie poprawia się samopoczucie chorego. W przypadkach bezskutecznej kuracji naparstnicowej chlorek amonu kompensował zaburzenia układu sercowo-naczyniowego na dłuższy okres czasu, w innych przypadkach stosowano go z doskonałym wynikiem naprzemian z naparstnicą. Dawki chlorku amonowego zwiększamy stopniowo, rozpoczynając od 2,0—4,0 *pro die* dochodzimy do 8,0—10,0 gr. Diureza szybko i wydatnie wzrasta, co pozwala autorowi postawić NH₄Cl w szeregu wybitnych środków moczących. Wprowadzenie chlorku amonowego wzbogaca arsenal leczniczy nowym potężnym, choć niezupełnie bezpiecznym środkiem. NH₄Cl winien zająć obok naparstnicy należne miejsce w leczeniu zaburzeń krążenia i przemiany wodnej.

S. G u z m a n.

A. DECASTELLO. O domięśniowym stosowaniu strofantyny. (M. Kl. 1936, 6).

F r e u d i M e y e r doszli do wniosku, że, dodając nowokainę do strofantyny, możemy tę ostatnią stosować domięśniowo i podskórnie, bez obawy miejscowego odczynu. Autor, stosując preparat B ö h r i n g e r a, składający się z 0,5 mg K-Strofantyny i 0,5 mg nowokainy, stwierdził tylko nieznaczny ból w miejscu wstrzyknięcia. Przeciętą dawkę wynosi 0,5 mg. Wyniki otrzymane były naogół zadowalające. W przypadkach osłabienia mięśnia sercowego dawała ta kuracja szybką poprawę, nie wywołując wymiotów. Działanie tonizujące na mięsień sercowy występowało szybciej niż przy doustnym stosowaniu naparstnicy, później jednak niż przy

dożylnym podawaniu strofantyny. Autor poleca stosować domięśniowo strofantynę wszędzie tam, gdzie chcemy wpłynąć na napięcie mięśnia sercowego, a więc w chorobach zakaźnych i przed operacjami chirurgicznymi, zwłaszcza tam, gdzie obawiamy się wymiotów.

S. G u z m a n.

G. v. BERGMANN. Przyczynę do leczenia hormonami i witaminami. (D. m. Woch. 1936, 9).

Wychudnięcie na tle hormonalnym nie powstaje wyłącznie wskutek zaburzeń czynności przysadki i jest raczej schorzeniem wielogrzuczołowem. Autor twierdzi, że również nadnercza odgrywają pewną rolę przy tego rodzaju wychudnięciu. Przysadka zawiera cały szereg hormonów, jak np. regulujący ciśnienie krwi, tyreotropowy, owarotropowy i inne. Nadnercza również zawierają cały szereg hormonów. Autorowi udało się, stosując wyciągi z nadnerczy oraz witaminę C, uzyskać znakomitą poprawę w ciężkim przypadku choroby Addisona. Wybitny wpływ wywierają również te wyciągi wraz z witaminą C na poziom cholesterolu i kwasów tłuszczowych we krwi. Brak witaminy C występuje nie tylko w gnilecu, ale również wszędzie tam, gdzie dieta jest zbyt jednostronna, często, zdaniem autora, we wrzodach żołądka i dwunastnicy. W tych schorzeniach witamina C sprowadza znaczną poprawę. Brak witamin występuje często w schorzeniach o nieznanym podłożu oraz w t. zw. zaburzeniach na tle nerwowym. Podając odpowiednie witaminy, możemy doprowadzić do rychłego cofnięcia się objawów chorobowych. Witamina B chroni przed niedokrewnością.

S. G u z m a n.

Choroby zakaźne.

W. SOBOLEWA. Dynamika reakcji opadania erytrocytów (ROE) w przebiegu odry i płonicy. (Sow. Ped. 1936, 2).

Autorka podjęła się zbadania ROE, jako wyrazu biologicznych zmian zachodzących w organizmie, w zależności od okresu choroby, jej postaci oraz różnorodnych powikłań. Autor sądzi, że dokładne znalezienie związku ROE z przebiegiem tej lub innej sprawy chorobowej może stać się wartościowym wskaźnikiem przy leczeniu tych chorób. Porównując ROE w przebiegu odry i płonicy, już w pierwszych dniach widzimy dużą różnicę ilościową: nawet lekkie postaci płonicy dają spoczątku i w drugim okresie choroby duże liczby opadania krwinek, w odrze natomiast mamy, przeciwnie, niskie albo średnie liczby. Powikłania w odrze zacierają te różnice, dając wysokie liczby ROE. ROE jest bardzo czułym wskaźnikiem biochemicznych zmian w ustroju, na co wskazują zasadnicze i stałe zmiany w drugim okresie płonicy nawet bez towarzyszących objawów klinicznych. Wahania występują również przy stosowaniu normalnej surowicy.

S. G u z m a n.

E. RAWIKOWICZ i S. BRODSKAJA. O wartości zapobiegawczego stosowania surowicy przeciw odrze. (Sow. Ped. 1936, 2).

Autorzy badali na 542 dzieciach, umieszczonych w żłobkach, wartość zapobiegawczego stosowania surowicy w odrze. Przy stosowaniu 20 cm surowicy zakażeniu uległo 38,4% wszystkich szczepionych, nie zachorowało 61,6%. Szczepione w jednakowych warunkach dzieci, do 6 miesięcy dały najniższy % zarażonych — 10,9, a od 6 m. do 1 roku — 27,5; starsze — 45,1. Nie świadczy to o większej wartości szczepienia dzieci do 1 r., a jest tylko wynikiem mniejszej zachorowalności, wogóle u dzieci do 1 roku życia. Ciężki przebieg odry u dzieci szczepionych obniżył się 2,5 raza, śmiertelność spadła 10-cioкратно. Zasadniczo podaje się jednorazowo 20 cm surowicy odrowej, należy jednak ją stosować indywidualnie, biorąc pod uwagę ogólny stan dziecka oraz stopień ciężkości epidemii.

S. G u z m a n.

MORO. Erythema nodosum po płonicy. (Z. f. K., Bd. 57, H. 4).

Autor opisuje szczegółowo przypadek *erythema nodosum* po płonicy, gdzie można było stanowczo wyłączyć gruźliczą infekcję. W literaturze mamy pojedyncze przypadki występowania *erythema nodosum* po grypie, anginie i innych chorobach. Autor łączy tę chorobę z alergią. W płonicy *erythema nodosum* występuje w 3—4 tygodniu choroby, w okresie powikłań — nerczy, zapalenia osierdza i in. S c h i c k nazywa ten okres „okresem swoistego uczulenia”. Szereg autorów przytoczonych w niniejszej pracy wypowiada się za allergicznym pochodzeniem *erythema nodosum*. S. G u z m a n.

A. SKROCKI i L. CZEREMUSZKINA. Złośliwa błonica (toksyczna) i jej leczenie. (Sow. Ped. 1936, 2).

Błonica jest najdokładniej zbadaną chorobą zakaźną. Znany jest jej zarazek, otrzymano przeciwyjad, wprowadzono zapobiegawcze i lecznicze stosowanie surowicy, a mimo to błonica pozostała nadal groźną chorobą wieku dziecięcego. Najbardziej niebezpieczną błonicą jest jej postać toksyczna. Liczba tych postaci wzrasta równolegle do liczby zachorowań na błonicę. Obecnie przyjęty podział toksycznej błonicy nie jest właściwy, a należy go oprzeć przede wszystkim na wielkości istniejącego obrzęku oraz stopniu porażen miejscowych i ogólnych. Autor proponuje podział błonicy na 3 stopnie. Porażenie nerek występuje w 92,2% toksycznej błonicy. Przyczyną śmierci w większości przypadków postaci złośliwych jest porażenie układu sercowo-naczyniowego. Porażenia występują w drugim tygodniu choroby (47,7%) i dotyczą, przeważnie, miękkiego podniebienia. Największą wartość leczniczą ma surowica przeciwbłonicza, i rokowanie w chorobie zależy przede wszystkim od postaci schorzenia, a następnie od czasu zastosowania, ilości i metody wprowadzenia surowicy. Zachowanie się chorego w okresie ozdrowienia decyduje w wielkiej mierze o jego dalszym losie. Podstawą pożądanego wyniku leczniczego jest wczesne rozpoznanie błonicy, zwłaszcza jej postaci złośliwej, a pewnym i właściwym środkiem walki z zachorowalnością czynne uodpornienie wszystkich dzieci. S. G u z m a n.

A. JAROCKI. Leczenie błonicy surowicą przeciwyjadową. (Sow. Ped. 1936, 2).

Najczęściej bezpośrednim powodem śmierci w błonicy jest niedostateczne i niesystematyczne podawanie surowicy przeciwbłoniczej. Naogół wprowadza się normalne dawki, przeważnie niewystarczające, lub też niewspółmiernie duże (S. B a n k s i inni). Klinicyści często zadawali się jednorazowym nagłym wystąpieniem złudnej poprawy. Polepszenie jest zwykle przemijające i po nim występuje okres pogorszenia, w którym nawet duże dawki surowicy nie wywierają żadnego wpływu na przebieg choroby, kończący się tragicznie. Zdaniem autora należy podawać surowicę przeciwbłoniczą choremu codziennie, aż do zupełnego wyzdrowienia. W przebiegu złośliwej błonicy należy specjalną uwagę zwrócić na właściwe mianowanie surowicy (2 tys. jedn. antytoks. w 1 cm). W dużej mierze do śmiertelnego zejścia przyczynia się niewłaściwe podawanie środków nasercowych, zwężających naczynia i pobudzających (kamfora, strychnina, kofeina, adrenalina i t. p.) w okresie zmian w narządzie krążenia. Łącznie z tymi środkami należy podawać stale przeciwyjadową błonicę. Surowica często pozwala obejść się bez wyżej wspomnianych środków nasercowych. S. G u z m a n.

Choroby narządów trawienia.

J. P. EKSZEMPLARSKI. O odosobnionym zastoju żylnej wątroby w zwężeniu ujścia żylnego lewego. (Klin. Medic. t. XIII, Nr. 6).

Mechanizm postępowania odosobnionego przekrwienia żylnej wątroby w zwężeniu ujścia żylnego lewego (*stenosis mitralis*) pozostaje jeszcze wciąż niewyjaśniony ze względu

na brak badań doświadczalnych i dokładnych spostrzeżeń klinicznych, połączonych z badaniem materiału sekcyjnego. Hipotetycznie przyczynę powstawania takiego zastoju wątrobowego można upatrywać w przepelnieniu prawego serca, prowadzącym początkowo do zwiększenia ciśnienia krwi w żyłach próżnej dużej, a następnie do mechanicznego ucisku żył wątrobowych (obwodowy zastój żylny). Jako pośredni dowód przytoczonej powyżej hipotezy może służyć częste kojarzenie się wątrobowej postaci niedomogi serca z niemiarowością o typie migotania przedsionków, w której powstawaniu odgrywa niemałą rolę duże rozciągnięcie prawego przedsionka. H. L.

M. Ch. FLANDIN. Wrzód żołądka a zapalenie wyrostka robaczkowego. (Bull. Mém. Soc. Méd. Hôpit. Paris, Nr. 11, str. 476).

Częstość zaburzeń dyspeptycznych, powstających w przebiegu przewlekłych zapaleń wyrostka robaczkowego, zwróciły uwagę autora na związek i pewną przyczynowość między tym zapaleniem a wrzodem żołądka. Liczne obserwacje autora doprowadziły do wniosku, że często wrzody te są pochodzenia wyrostkowego. Na potwierdzenie swojej hipotezy autor podaje jeden z przypadków swojej praktyki. Chory l. 34 cierpi na żołądek; od lat 2 zaburzenia dyspeptyczne stają się coraz bardziej dokuczliwe i pomimo ścisłej diety każde przyjęcie pokarmu powoduje powstanie bólu. Autor podaje, że pewnego dnia wezwany do chorego zastał go siedzącego na krześle z łokciami opartymi na kolanach. W wywiadach chory podał, że na godzinę przed wezwaniem lekarza wystąpiły nudności, wymioty i gwałtowne bóle w jamie brzusznej. Przy badaniu stwierdzono: bóle z prawej strony jamy brzusznej, błądź, napięcie mięśni brzusznych, tętno powierzchowne i nitkowane (100 uderzeń na minutę), temp. 38°C, oziębienie kończyn. Wymioty, pomimo nudności, nie powtórzyły się. Obmacywanie brzucha wykazało największą bolesność w punkcie M a c B u r n e y a i w okolicy odźwiernikowo-dwunastniczej. Bolesność w punkcie M a c B u r n e y a trwa od 2 lat, przy czym rozpoznano przewlekłe zapalenie wyrostka robaczkowego bez wskazań do operacji. W danym wypadku rozpoznanie ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego nie ulegało wątpliwości, lecz także należało wziąć pod uwagę możliwe przedziurawienie żołądka. W 3 g. po napadzie chorego operowano, i operacja potwierdziła rozpoznanie ropnego zapalenia wyrostka robaczkowego, pozatem stwierdzono przedziurawienie żołądka w okolicy odźwiernika, będące zejściem wrzodu, którego objawy były częściowo pokryte objawami zapalenia wyrostka robaczkowego i zaburzeń dyspeptycznych. Tylko szybka interwencja chirurgiczna uratowała życie choremu, przy czym, gdyby usunięto wyrostek przed 2 laty, prawdopodobnie znikłyby jednocześnie wszelkie zaburzenia dyspeptyczne. Obserwacja ta jest b. pouczająca, pozwala ona ocenić pewne objawy, sygnalizujące grożące przedziurawienie żołądka, pozatem na wiarygodnym przykładzie obrazuje nam związek między wrzodem żołądka a zapaleniem wyrostka robaczkowego.

R. G o r f i n k i e l.

F. BARADUC. Leczenie nadmiernie długiej okrężnicy (dolichocolon) wodami mineralnymi. (Paris Médical 18.IV 36).

Poza zniekształceniem anatomicznym, *dolichocolon* przedstawia klinicznie następujące objawy: 1) Trudność przedostawania się treści do niżej położonych odcinków z powodu zaburzeń w napięciu ściany jelita. 2) Zmiany nieżytowe śluzówki i surowicówki (*colitis* i *pericolitis*). W celu racjonalnego leczenia autor dzieli kliniczne zespoły *dolichocolon* na trzy grupy: 1) Bez zmian nieżytych. 2) Ze stanami nieżytych i 3) Stany częściowej niedrożności (*subocclusio*). W przypadkach grupy I wskazane jest leczenie wodami Châteaue-Guyon, w grupie II ta sama woda i okłady na brzuch z go-

racęgo szlamu. Djeta — oszczędzająca, ale dostateczna ilościowo i jakościowo. Cięższe przypadki tych dwóch grup nadają się do leczenia wodami P l o m b i è r e s. W grupie III — należy wykonać zabieg — hemikolektomję, a po całkowitem wygojeniu — kontynuować leczenie wodami mineralnymi, gdyż *dolichocolon* nie jest cierpieniem mięsaszowem, lecz układowem i operacja zapobiega jedynie najgroźniejszemu jego następstwu, lecz nie leczy ani osłabienia mięśniówki, ani stanów nieżytych jelita.

Antoni W a j n g o t.

Choroby kobiet i położnictwo.

A. LEBIEDIEW i R. MESIK. **Zatrucia ciążowe w świetle immunobiologicznych odczynów ustroju.** (Akusz. i Ginek. 1936, 1).

U chorych na różnego rodzaju zatrucia ciążowe stwierdza się szereg odczynów alergicznych tak, jak bywa przy uczuleniu ustroju. W krwi tych chorych znajdujemy antygeny i odpowiednie przeciwdziałła, które nie tylko uczulają, ale również i uodparniają ustrój. Różne rodzaje zatruc ciążowych zależą od charakteru antygeny, jego ilości i reakcji ustroju na antygen. Wczesne zatrucia ciążowe (np. wymioty) powstają przy uczuleniu ustroju dużymi dawkami antygeny, wtenczas, gdy późne zatrucie (np. rzucawka porodowa) charakteryzuje się małymi dawkami antygeny. W pierwszym przypadku chory zbliża się do stanu uodpornienia, w drugim — do anafilaksji. Między różnymi postaciami zatruc ciążowych niema wyraźnej granicy, są one jednolite pod względem immunobiologicznym. Zatrucia ciążowe należy traktować jako swoiste alergiczne schorzenie, co odpowiada również obrazom klinicznym. S. G u z m a n.

P. BIELIKOW i A. MANIEWICZ. **Pierwsze próby leczenia zatruc ciążowych drogą przeciwuczulenia.** (Akusz. i Ginek. 1936, 1).

Traktując zatrucia ciążowe jako schorzenia alergiczne, autorzy wprowadzali chorym w drugim okresie ciąży małe dawki własnej krwi i otrzymywali dobre wyniki. Wartość tego sposobu leczenia polegała prawdopodobnie na t. zw. swoim przeciwcuczeniu małymi dawkami alergenu zawartego w krwi tych chorych. Autor stosuje 0,04—0,05 ccm krwi. Podczas przypadków rzucawki, która jest, ich zdaniem, najwyższym wyrazem alergicznego stanu u tych chorych, nawet małe ilości alergenu powodują pogorszenie i dlatego nie należy stosować tej metody leczenia lub też jeszcze bardziej obniżyć dawkę krwi albo stosować przeciwuczulenie nieswoiste. S. G u z m a n.

THEOBALD. **Pomyślnie leczenie zapalenia nerwów w ciąży zapomocą witaminy B₁.** (The Lancet. 11.IV 36 r.).

Obrazy sekcyjne kobiet zmarłych wskutek zapalenia wielonerwowego w ciąży są nader podobne do spotykanych w beri-beri i gnilcu, a mianowicie wykazują obok zmian w nerwach obwodowych zwyrodnienie komórek rogów przednich i wybroczyny w mózgu i rdzeniu. Podobieństwo tych obrazów naprowadziło autora na wniosek, że awitaminoza B₁ jest czynnikiem, wywołującym *polyneuritis gravidarum*. U pięciu ciężarnych z objawami tego schorzenia autor podawał znaczne ilości witaminy B₁ (2500 jedn. międzynarod. dziennie), u czterech osiągnął tą drogą wyleczenie, u jednej zaś skutek osiągnięto dopiero po dodaniu witamin A i D. Autor dopatruje się awitaminogennego tła również i w innych zatruciach ciążowych i radzi stosować w tych przypadkach djeta, obficie zaopatrzoną w witaminy, przede wszystkim w B₁. Antoni W a j n g o t.

Choroby skóry, weneryczne i płciowe.

WEDROV i DOLGOW. **O swoim przeczuleniu skóry przy działaniu bodźców chemicznych.** (Arch. Dermat. u. Syph. T. 171. Z. 6. r. 1935).

Skłonność skóry do odczynów naskutek chemicznego

drażnienia jest, według autorów, sprawą nieswoistą. Natomiast przeczulenie na pewien czas i dla pewnej substancji chemicznej jest swoiste. Ta wrażliwość może istnieć zarówno u jednej osoby, jak i większego grona ludzi. (Massenallergie; Massensensibilität). Przykłady takie widzimy w przemyśle, gdzie używane są: Dinitrochlorobenzol, terpentyna, sole chromowe, formalina. Autorzy w doświadczeniu z 10% Dinitrochlorobenzolem w Acetonie przeprowadzają nadanie specyficznego przeczulenia na ten allergen: 1 kropla Dinitrochlorobenzolu wywołuje po 24 godzinach rumień, który po kilku dniach ustępuje z tem, żeby po 8—24 dniach powstał nowy rumień, i już tego samego dnia cała skóra jest przeczulona. U wypryskowych ten rumień występuje silniej, a na przebieg wyprysku nie wywiera wpływu szkodliwego. Wniosek: Drogą eksperymentu można wywołać specyficzne przeczulenie na substancje chemiczne, szczególnie u ekzematyków, niezależnie od tego, czy dany osobnik jest lub był alergicznie uczulony na inny allergen chemicznego pochodzenia.

D. K e n i g s b e r g.

WEDROV i DOLGOW. **O odczynach skóry i wyprysku chemicznym u osobników chorych i zdrowych przy badaniu ich środkami chemicznymi drażniącymi.** (Arch. Dermat. u. Syph. T. 171. Z. 6. r. 1935).

Skóra 324 chorych i 100 zdrowych osobników była zbadać metodą J a e g e r - B l o c h a, przyczem autorzy posługiwali się czystą rosyjską terpentyną — 1 godzinę, — naftą, nalewką arniki i 5% formaliną (na 24 godziny w skórze ramienia). Z powyższych 324 osób było 75 cierpiących na *Dermatitis allergica* (różne substancje chemiczne), 174 — wypryski chemiczno-zawodowe (cierpienia naskutek pewnego chemicznego alergenu) i 75 — *Ecz. idiopathicum*. Wyniki: osobnik zdrowy reaguje procentowo rzadziej na chemiczne podrażnienia, natomiast osobnicy z wypryskiem chemicznym i idiopatycznym reagują jednakowo często, a sam odczyn jest silniejszy i przedłuża się do 60 dni. Nafta daje odczyn silny, terpentyna i formalina potęgują odczyn miejscowy. Odczyn następuje niekiedy późno, w 3—4 i nawet w 11-tym dniu. Autorzy nie odmawiają wartości klinicznej i eksperymentalnej metodzie platkowej, jednak zwracają uwagę na jej słabe strony (trudności w odcytowaniu początku i zakończenia odczynu działaniu plastra—ucisk, rozpułchnienie naskórka, rozgrzewanie). Aby określić odczyn skóry — przy już istniejącym stanie alergii — na pewne podrażnienie, autorowie opracowali własną metodę kroplową: substancja chemiczna (fenol w benzolu 3, 5, 10, 15 i 25%, sublimat w acetonie), jako kropla 0,02 cm, przenosi się na określonej (2 cm w średnicy) powierzchni skóry powłoki brzusnej, która posiada jednaki stopień drażliwości. Benzol i aceton szybko parują, mają stały skład chemiczny, nie drażnią skóry, rozpuszczają tłuszcze i lipoidy. Fenol działa na naczynia, a sublimat — na pierwoszcze. Te dwa momenty charakteryzują odczyn. Odczyn na fenol powstaje już po 1/2, 1 i 2 minutach jako rumień, który trwa kilka minut (30—60), poczem następuje *restitutio ad integrum*. Najłabszy odczyn po fenolu jest wskaźnikiem odczynu, sublimat w acetonie (3, 5, 10, 15, 20, 25%) powoduje po 6—18 godzinach rumień, który pozostaje od 1 do 8 dni. Badania powyższe wykazują, że 80% wypryskowych reaguje na obydwa reagenty już przy 5—10% rozczeniu, a u zdrowych — 80% tylko przy 15—20%. Z tego wniosku, że odczyn na chemiczne podrażnienia skóry nie jest swoisty, lecz zależy od przenikliwości skóry. To zjawisko związane jest z konstytucją wrodzoną i nie jest wyłączone, że nabyte jest jako pozostałość po raz przebytej przyszczy.

D. K e n i g s b e r g.

Streszczenia pojedyncze.

Patologia kliniczna i doświadczalna.

M. LABBÉ. **Czynnik etjologiczny w chorobach przemiany materji.** (Monde Médical 1.V 36 r.).

Choroby przemiany materji przestają być rozumiane wyłącznie, jako konstytucyjne zespoły patologiczne. Praca autora, jednego z najwybitniejszych znawców spraw przemiany materji, jest próbą usystematyzowania różnych czynników, wywołujących cierpienia w tym zakresie. Za najważniejsze autor uważa czynniki następujące: 1) uszkodzenie organów trawienia; 2) tempo życia (gnuśność); 3) błędy w odżywianiu (przekarmienie i niedożywienie); 4) zakażenia i zatrucia; 5) ciąża; 6) dziedziczność. Uchwycenie tych czynników w życiu pacjenta daje lekarzowi potężną broń w walce z chorobami przemiany materji. Dobranie czynników kondycyjalnych, jako przeciwwagi dla obciążenia konstytucjonalnego stanowiąc ma najważniejsze postępowanie zwłaszcza wobec dziecka rodziców, obciążonych chorobami przemiany materji. Możliwość opanowania konstytucji ustroju przez dostępne czynniki zewnętrzne napawa ufnością w możliwość zwycięskiej walki z dziedzicznym obciążeniem, pod warunkiem prowadzenia jej od wczesnego dzieciństwa. W ten sposób walka z chorobami przemiany materji wkracza na tory profilaktyki społecznej.

Antoni W a j n g o t.

William B. CHEW, Richard P. STETSON, George Van S. SMITH i O. Watkins SMITH. **Hormony estrogeniczne, lutealne i gonadotropowe w hemofilji.** (Arch. Intern. Med. 1935, t. 55, z. 3).

Poglądy różnych autorów co do wpływu hormonów płciowych na krwawiczkę są bardzo rozbieżne. Autorzy zbadali wpływ folluteiny (gonadotropowy hormon z moczu kobiet ciężarnych), luteohormonu, theelolu (estrogeniczny hormon, stosowany doustnie) i theeliny (estrogeniczny hormon, stosowany pozajelitowo) na przebieg krwawiczki u 2 chorych, obserwowanych przez blisko rok. Nie było żadnego związku między czasem krzepnięcia krwi a ilością hormonu estrogenicznego, wydobytego z 48-godzinnej moczu chorych. Mocz nieleczonych krwawców zawierał zwykle więcej hormonu estrogenicznego, niż mocz mężczyzn zdrowych (wbrew badaniom pani Birch, która w moczu krwawców nie znalazła hormonu estrogenicznego). Po zastosowaniu hormonu gonadotropowego oraz po naświetleniu przysadki (w tym przypadku) krew krzepła nieco dłużej niż zwykle. Stosowane przez autorów hormony nie miały wyraźnego wpływu na hemofilję.

H. M a k o w e r.

D. R. GILLIGAN, M. C. VOLK, D. DAVIS i H. L. BLUMGART. **Stosunek między poziomem cholesteroliny w surowicy, przemianą podstawową i objawami klinicznymi hipotyroidyzmu.** (Arch. Intern. Med. 1934, t. 54, z. 5).

Liczne prace z ostatnich czasów, zwłaszcza Hurxthala (por. refer. Warsz. Czas. Lek. r. 1934), Bronsteina, Levy, wykazały ścisły związek jaki istnieje między poziomem cholesteroliny w surowicy a działalnością tarczycy. W pracy niniejszej, wykonanej w szpitalu Beth Israel i w Klinice wewnętrznej Uniwersytetu Harwardzkiego w Bostonie, zbadano poziom cholesteroliny w surowicy i przemianę podstawową u chorych na serce przed dokonaniem całkowitego wycięcia tarczycy (operacje przeprowadzał Berlin) i po niem, przyczem zwracano szczególną uwagę na rozwijające się objawy obrzęku śluzakowego; duże jego natężenie zmuszało do stosowania małych dawek tarczycy, których wpływ na cholesterolynę i przemianę podstawową również dokładnie zbadano. Po całkowitej tyroidektomji zawartość cholesteroliny wzrasta, przemiana podstawowa spada, powstają objawy obrzęku śluzakowego. Najwyższy poziom cholesteroliny wyno-

sił 543 mg. w 100 cm³ surowicy, najniższa wysokość przemiany podstawowej — 47%. Wyraźne zmiany w obu tych kierunkach powstawały zwykle już przy końcu 1-go tygodnia po operacji, duże zmiany przy końcu 1-go miesiąca. Następnie przez kilka miesięcy przemiana podstawowa wykazywała tylko nieznaczne zmiany, natomiast cholesterolynemja i objawy kliniczne hipotyroidyzmu stale i stopniowo wzrastały. Kiedy u chorych rozwijały się objawy obrzęku śluzakowego znacznego stopnia, poziom cholesteroliny wynosił 300 mg % lub więcej, przemiana podstawowa spadała do —30% lub niżej. Ścisłej proporcjonalności między wzrostem cholesterolynemji a spadkiem przemiany podstawowej nie stwierdzono. Jednakże największe ilości cholesteroliny były u 6 chorych, u których przemiana spadła do 35% lub niżej. U 1-go z chorych w końcu 2-go miesiąca po operacji przemiana podstawowa nie wykazała wyraźnego spadku, podczas gdy cholesterolynemja wynosiła 368 mg % i były objawy kliniczne hipotyroidyzmu. Zwykle już miesiąc po operacji przemiana podstawowa spadała o 25—29% poniżej poziomu przedoperacyjnego, poziom cholesteroliny wzrastał o 88—153 mg. %. W 6 przypadkach istniały daleko posunięte objawy obrzęku śluzakowego z przemianą podstawową stosunkowo nieznacznie obniżoną — 0 — 12% — —26%, podczas gdy zawartość cholesteroliny wahała się między 283 a 482 mg %; w 5 przypadkach była powyżej 300 mg %. W 3 tylko przypadkach nie rozwinęły się objawy, zmuszające do stosowania leczniczego tarczycy; przemiana podstawowa była stale niższa, cholesterolynemja wynosiła w 2-ch przypadkach 181 i 303 mg %, w 3-im 450 mg %. Ponieważ celem operacji było osiągnięcie niskiego poziomu przemiany podstawowej dla odciążenia pracy serca, pozwalano na wytworzenie się objawów hipotyroidyzmu. Kiedy jednak rozwijały się one w stopniu zbyt znacznym, wywołują duże obrzęki, osłabienie kończyn, zaburzenia psychiczne i t. d., autorzy podawali chorym tarczycę w małych dawkach (8,1—32,4 mg), dostosowanych do poszczególnych przypadków. Przy stosowaniu optymalnych ilości tarczycy zawartość cholesteroliny znacznie spadała, podczas gdy przemiana podstawowa podnosiła się tylko nieznacznie. Praca niniejsza wykonana została na 48 dokładnie przestudjowanych przypadkach.

H. M a k o w e r (Łódź).

William J. DIECKMANN i Herbert L. MICHEL. **Badanie cieplne chwilejności naczynioruchowej w ciąży.** Doniesienie tymczasowe. (Arch. Intern. Med. 1935, t. 55, z. 3).

Hines i Brown podali metodę ciepłą dla mierzenia odczynów naczynioruchowych w nadciśnieniu; znaleźli oni, że osobnicy z nadciśnieniem samoistnym lub ludzie zdrowi, w rodzinie których istnieją przypadki nadciśnienia, reagują mocniej na bodziec zimny (zimna woda o temp. 4—5°C). Metoda Hinesa i Browna polega na wielokrotnym mierzeniu ciśnienia w warunkach podstawowych, później na zanurzeniu dłoni tej ręki, na której znajduje się mankiety sfigmanometru, do wody z lodem na przeciąg 2 min. i mierzenie w tym czasie ciśnienia, wreszcie na ponownym wielokrotnym mierzeniu ciśnienia po wyjęciu dłoni z wody i określeniu czasu, potrzebnego do powrotu do poziomu wyjściowego. Dieckmann i Michel zbadali zapomocą tej metody (zmodyfikowanej o tyle, że temp. wody wynosiła 1°C) 190 kobiet. Kobiety nieciężarne bez nadciśnienia w wywiadach rodzinnych dawały mniejsze wzniesienie ciśnienia, niż kobiety z nadciśnieniem w rodzinie (średnio wzrost o 18,76 mm Hg w 1-ej, o 35,07 w 2-ej grupie). To samo tyczy się ciężarnych (19,56 i 35,54). W grupie preeklamptycznej średni wzrost ciśnienia skurczowego wynosił 26,06 mm. w grupie eklamptycznej 26,0 mm. Bardzo znaczny natomiast wzrost ciśnienia zanotowano u ciężarnych z przewlekłym zapaleniem nerek: 51,88 mm. Niski stosunkowo od-

czyn w grupie eklamptycznej tlomaczą autorzy tem, że tu zapewne naczynia znajdują się w stanie prawie maksymalnego skurczu. wobec czego bodziec dodatkowy nie może już wiele zdziałać; w przypadkach nefrytycznych natomiast chwiejność naczyniowa jest o wiele większa. 5 ciężarnych z przewlekłym zapaleniem nerek miało w czasie wykonywania próby i po niej bardzo przykre sensacje (zaburzenia wzroku, drgawki, bóle brzucha i krwimocz, zapaść, wymioty, 7 dni trwające znaczne nadciśnienie). Próba ma wartość dla określenia pozostających zaburzeń nerkowych po porodzie. Za jej pomocą można we wczesnych okresach ciąży wykryć te chore, u których w dalszym przebiegu prawdopodobnie rozwinię się zatrucie ciężowe.

II. M a k o w e r.

Djagnostyka.

M. S. MICHLIN, M. M. OZIERKOWICZ, J. M. RACHMALEWICZ i I. S. CYPKIN. **W sprawie znaczenia pewnych prób czynnościowych wątroby dla oceny niedomogi krążenia.** (Klin. Medic. t. XIII. Nr. 6)

Na podstawie swych badań przychodzą autorzy do wniosku, że przy całym teoretycznym i praktycznym znaczeniu wysuniętego przez P l e t n i e w a zespołu wątrobowo-sercowego nie posiadamy niestety obecnie wystarczająco przekonywującej i bezspornej metody dla oceny czynnościowej wydolności wątroby w schorzeniach układu krążenia. Żadna z istniejących prób czynnościowych nie pozwala na rozpoznawanie początkowych, słabo wyrażonych zaburzeń tego centralnego laboratorium fizjologicznej i patologicznej pośredniej przemiany materii w ustroju. Jednakże ujawnienie nawet mniej subtelnych zaburzeń czynności wątroby posiada duże znaczenie dla zbadania roli czynnika wątrobowego w obrazie niedomogi krążenia. Spośród licznych prób czynnościowych wątroby badanie przemiany barwnikowej we wszystkich jej ogniwach daje wskazówki co do stosunkowo wczesnych cząstkowych zaburzeń czynności wątroby, stanowi najodpowiedniejszą metodę w warunkach praktycznych, zwłaszcza ze względu na swą nadzwyczajną prostotę wykonania w dowolnych warunkach (określenie zawartości bilirubiny w surowicy metodą M e u l e n g r a c h t a i urobiliny w moczu i kale metodą A d l e r a). W odpowiednich warunkach jako dodatkowe próby czynnościowe zasługują na uwagę badania krzywej glikemicznej po obciążeniu cukrem gronowym zarówno w spokoju, jak i pod wpływem wykonanej uprzednio pracy mięśniowej.

H. L.

Choroby zakaźne.

P. BYRAJEW. **O wakcynoterapii krztuśca** (Sow. Ped. 1936, 2)

Poraz pierwszy N i c o l l e i C o n z e (1912) probowali leczyć krztusiec „swoistą” szczepionką. Zdania różnych autorów są tak rozbieżne, że dotychczas nie mamy jeszcze wyrobionego poglądu na tę metodę leczenia krztuśca. Autor, operując dużą liczbą przypadków, badanych laboratoryjnie i klinicznie, dochodzi do następujących wniosków. „Swoista” (cudzysłów ref.) wakcynoterapia średnimi dawkami i zbliżonemi do dużych dawek (do 22 mlrd na kurs) nawet przy wczesnym stosowaniu nie wywiera żadnego wpływu na przebieg choroby. Wakcynoterapia nie skraca okresu choroby i nie zmniejsza liczby śmiertelnych zejść przy powikłaniu krztuśca pneumonją. Przy wyciąganiu wniosków o wyniku wakcynoterapii, badania laboratoryjne na wartości leuko i limfocytów oraz odczyny skórne nie wystarczają, a należy przeprowadzać badanie bakteriologiczne na pożywce B o r d e t - G e n g o u z krwią ludzką. Dalsze badania należy, zdaniem autora, przeprowadzać w kierunku modyfikacji szczepionki (lizowana wacy) i być może iść w kierunku wcześniejszego jej stosowania, już w pierwszych dniach okresu wylegania. S. G u z m a n.

W. KONSTANTINOW. **Dur plamisty u dzieci.** (Sow. Ped. 1936, 2).

Stosunkowo niewielka liczba przypadków duru plamistego wśród dzieci zależy raczej od warunków społecznych i mieszkaniowych, w jakich znajdują się niemowlęta, niż od ich odporności. Autorzy spostrzegali u dzieci starszych częste, trwałe porażenia układu sercowo-naczyniowego. Obfitość wysypki i jej zmiany w większości przypadków jest proporcjonalna do stopnia ciężkości przebiegu choroby i następujących po niej powikłań ze strony układu krążenia. Spadek gorączki występuje zawsze krytycznie a nie litycznie. U dzieci często obserwuje się zaburzenia systemu nerwowego aż do psychozy włącznie. — Brak zejść śmiertelnych w obserwowanych przypadkach autor tłumaczy ciągle postępującym polepszeniem warunków życia, uświadomieniem kulturalnym i organizacją opieki nad dziećmi w Z.S.R.R.

S. G u z m a n.

Choroby jamy ustnej, gardła, nosa i uszu.

B. KECHT i H. DIBOLD. **Cukrzyca a sprawy ropne ucha środkowego, jam obocznych nosa i gardła.** (Zeit. f. Hals. Nas. u. Ohr. t. 39, z. 3).

Zapalenie ucha środkowego u chorych, dotkniętych cukrzycą, stosunkowo często prowadzi do zapalenia wyrostka sutkowego. Śmiertelność wskutek tego powikłania u cukrzycowych jest przeszło 2 razy większa niż u osób zdrowych (23,5% i 10,9%). Jeżeli się jednak uwzględni statystykę śmiertelności z zapalenia wyrostka sutkowego u osób starszych, to okaże się, iż jest ona prawie taka sama jak u cukrzycowych. Rokowanie w zapaleniu ucha środkowego u cukrzycy jest naogół niezłe, natomiast u osób starszych, dotkniętych pozatem gruźlicą płuc oraz sprawami chorobowymi serca i naczyń, należy być bardzo ostrożnym w rokowaniu. Dlatego też w tych przypadkach nie powinno się zbyt długo zwlekać z dokonaniem operacji. A. podkreśla, że wszelkie sprawy ropne ujemnie wpływają na przebieg cukrzycy. Wskazanie zatem do zabiegów operacyjnych u cukrzycy winno być stawiane możliwie wcześnie. A. przytacza kazuistykę 23 przypadków spraw ropnych ucha, nosa i gardła u chorych cukrzycowych.

J. T e n c e r.

A. LINCK. **Tonsillektomia, wykonana w czasie istnienia ropnia okołomigdałkowego, jako ochrona przed posocznicią pochodzenia migdałkowego** (Zeit. f. Hals. Nas. u. Ohr., t. 39, z. 3).

Ropień przymigdałkowy stanowi punkt wyjścia posocznicy. Niekiedy jest to ropień tak małych rozmiarów, że rozpoznanie jego jest trudne. Zdarza się, że wystąpienie posocznicy dzieli od przebytej anginy okres bezobjawowy, który trwa szereg dni a nawe tygodni. W rozwoju posocznicy migdałkowej należy rozróżnić 3 okresy: 1) okres ograniczonej sprawy miejscowej, 2) okres szerzenia się zakażenia, 3) okres rozwiniętej posocznicy. W każdym z tych okresów należy wykonywać tonsillektomję, gdyż tylko w ten sposób można zapobiec wystąpieniu posocznicy. Tonsillektomia w obecności ropnia przymigdałkowego nie jest zabiegiem niebezpiecznym.

J. T e n c e r.

E. NEUBER. **Nowsze badania rozpoznawcze i lecznicze nad twardzielą.** (Zeit. f. Hals. Nas. u. Ohr. t. 39, z. 3).

Autor leczy chorych, dotkniętych twardzielą, złotem oraz szczepionkami swoistymi. Złoto wpływa szczególnie dodatnio na ustrój chorego, znajdujący się w okresie anergji. W każdym przypadku twardzieli a. zastrzykuje przede wszystkim złoto domięśniowo co kilka dni w ogólnej ilości 3—5 g. Po przerwie tygodniowej a. stosuje szczepionkę swoistą co 4 dni, ogółem 10—15 zastrzyknięć. Należy stosować taką dawkę, która każdorazowo powoduje odczyn miejscowy. Jeżeli jedna kuracja złotem oraz szczepionką nie wystarcza, należy ją powtórzyć po upływie 1—2 miesięcy. W ten sposób a. udało się wyleczyć prawie wszystkich chorych, dotkniętych twardzielą. A. zwraca

szczególne uwagi na uprzednie leczenie złotem, które porównywa z czynnością artylerji podczas ofensywy wojennej.

J. Tencer.

Gerda SCHMIDT. Wyniki badań nad wpływem operacji na zatoce szczękowej wg. Caldwell-Luca na zęby. (Zeit. f. Hals. Nas. u. Ohr., t. 39, z. 3).

A. badała wrażliwość miazgi zębowej u chorych po operacji na zatoce szczękowej wg. Caldwell-Luca. Posługiwała się w tym celu prądem elektrycznym o wysokiej częstotliwości d'A r s o n v a l a. Ogółem a. zbadała 45 chorych. Nie dalo się stwierdzić przed operacją ani większej skłonności do występowania próchnicy zębów ani też większej wrażliwości ze strony miazgi zębowej wskutek ropnej sprawy zapalnej w jamie szczękowej. Z ogólnej liczby zbadanych zębów po operacji w 10,8% stwierdza się zmniejszoną wrażliwość miazgi. Zmiany te dotyczą zębów przedtrzonowych. Martwica miazgi zębowej wystąpiła w 2 przypadkach. Zmniejszona wrażliwość zębów nie wywiera jednakże większego wpływu na żywotność miazgi zębowej. Nie należy zatem w obawie przed niepożądanymi następstwami stosować zamiast operacji wg. Caldwell-Luca innych metod mniej skutecznych.

J. Tencer.

TRAMPNAU. Doświadczenia z operacją doszczętną, dokonywaną przez zewnętrzny przewód słuchowy. (Zeit. f. Hals. Nas. u. Ohr., t. 39, z. 2).

Operacja doszczętna, dokonywana poprzez zewnętrzny przewód słuchowy, stanowi zabieg, który mało wyczerpuje chorego i stosunkowo najbardziej zabezpiecza dobry słuch. Sporną jest kwestja, czy wskazanie do operacji stanowią tylko przypadki, w kt. się stwierdza perlak, czy też i zwykłą próchnicę kostną. A. uważa, że operację przez przewód można wykonać w większości przypadków, w których wskazana jest operacja doszczętna. Wyniki operacyjne w 42 przypadkach, dokonanych przez a., były b. dobre. A. porównywa operację doszczętną przez przewód z operacją na przegrodzie nosa. Jest to zatem operacja, nie wyczerpująca chorego, gojenie się w operacji przez przewód jest znacznie szybsze niż w zwykłej operacji doszczętniej, gdyż usuwamy niewielkie odcinki kości i tylko istotnie chore. Rana pooperacyjna jest niewielka i dobrze ukrwiona, co ma duże znaczenie. W przypadkach autora rana pooperacyjna była przeważnie pokryta nabłonkiem po upływie 4—6 tygodni. A. przypomina, że bracia T h i e s z z Lipska wykonali operację doszczętną przez przewód w 1.400 przypadkach.

J. Tencer.

Choroby serca i naczyń.

BOHNENKANY. O leczeniu częstoskurczu napadowego. (I. d. Geg. 1935, 10).

W leczeniu częstoskurczu napadowego nie odgrywają większej roli przyczyny oraz etiologia tego schorzenia, a należy zwrócić uwagę na czas trwania napadu. Jeśli napad trwa krótko i brak jeszcze objawów zastoinowych, należy dążyć przez podrażnienie nerwu błędnego do zmniejszenia liczby skurczów. W cięższych przypadkach doskonale wyniki daje dożylnie wprowadzenie przetworów naparstnicy. Należy wolno podawać duże ilości naparstnicy (4,5—5,9 ccm Digipuratu), które rychło przerywają napad. Zapobiegawczo podawanie przetworów naparstnicy nie daje pożądaných wyników, raczej należy zapobiegawczo stosować chininę i chinidynę.

S. Guzman.

F. BESSER i C. SCHILLING. W sprawie kliniki i rentgenologii zakrzepów sercowych. (Dtsch. Arch. klin. Med. t. 175, z. 1).

Autorzy podają opis 2 przypadków, w których za życia postawiono rozpoznanie zakrzepów sercowych, co zostało potwierdzone sekcyjnie. Pierwszy przypadek dotyczył mężczyzny, pochodzącego z rodziny, obciążonej chorobami serca. Do-

legiwości sercowe były z pewnością spowodowane przez istniejące nadciśnienie bez współudziału nerek. W krótkim czasie wystąpiły objawy niewyrównania. Krew była krwawa, tak, że klinicznie można było myśleć o zawaie płuc. Badanie rentgenowskie wykazało za pierwszym razem obraz płuca zastoinowego i zorganizowany prawostronny zawał płuc. W obrębie górnej prawej części cienia sercowego stwierdzono pokąszyćcowate uwypuklenie, które dzięki jego równemu przebiegowi, rozmiarom, położeniu i granicom oraz podanemu w wywiadach zakazaniu krwi można było przyjąć za tętniak tętnicy głównej. Jednakże w obrębie rozważan wciągnięto zakrzep sercowy. Sekcja wykazała, że widoczny w obrazie rentgenowskim cień w obrębie prawej części sylwetki sercowej był spowodowany przez zakrzep w sercu prawym. W drugim przypadku udało się wykazać rentgenologicznie zwapniały zakrzep. Przyszło to tem łatwiej, że dzięki zwapnieniu udało się utrzymać o wiele lepszy i wyraźniejszy obraz anizeli w pierwszym przypadku. Na uwagę zasługuje tutaj również obraz kliniczny. Wprawdzie i w tym przypadku skarżył się chory na ułogiwości sercowe, lecz nosił one jedynie bardzo przejściowy charakter i wyrażały się w biciu serca i kłuciu w lewej połowie klatki piersiowej. Objawów niewyrównania nigdy nie spostrzegano, co pozostaje w zgodzie z rentgenowskimi własnościami zakrzepu. Albowiem zakrzep był w tym przypadku przymocowany do ściany, a pozatem zwapniały. Ponieważ był on przysięenny, nie mógł więc zamykać ujścia żylnego lewego, i nie występowały objawy niedrożności tego ujścia. Jest do pomyślenia zapewne, że wskutek utrudnionych skurczów obwód otrzymywał czasami zbyt mało krwi, co tłumaczyło objawy zawrotów głowy i drżenia w kolanach. Objawów zwięzienia ujścia żylnego lewego nie było. Co było przyczyną powstawania zakrzepów, nie można powiedzieć z pewnością. Prawdopodobnie, pomimo zupełnie prawie normalnego elektrokardjogramu, istniało jednak pewne uszkodzenie mięśnia sercowego.

Henryk J. Landau.

R. LÉRICHE, H. HERMANN, P. ETIENNE-MARTIN. Nadciśnienie tętnicze, wyleczone wycięciem jednego nadnercza. (La Presse Médicale Nr. 23—1935).

Autorzy opisują przypadek 44-letniej kobiety, u której nagle wystąpił zespół objawów, cechujący nadciśnienie tętnicze napadowe; po pewnym czasie stan ten utrwalił się; ciśnienie tętnicze wynosiło około 200; chora skarżyła się na silne bóle głowy i zaburzenia wzroku. Wobec tego, że leczenie objawowe i pobyt na wsi nie dały żadnej poprawy, zdecydowano się na zabieg operacyjny, wychodząc z założenia, że nagle powstający zespół nadciśnienia jest pochodzenia nadnerczowego. Pyelografia dożylna wykazała obniżenie prawej nerki i rozszerzenie miedniczki nerkowej; lewa nerka bez zmian. Wykonano zabieg chirurgiczny prawostronny i usunięto prawe nadnercze, które było duże, twarde i nierówne. Usunięte nadnercze badano fizjologicznie, a mianowicie sporządzano wyciąg i porównywano działanie tego wyciągu na ciśnienie tętnicze u zwierzęcia doświadczalnego z wpływem adrenaliny; okazało się, że 0,2 cm³ wyciągu wywierały taki sam wpływ na ciśnienie, jak 0,1 mgr. adrenaliny. Anatomopatologiczne badanie nadnercza wykazało znaczny przerost komórek rdzenia i duży wylew krwi między rdzeniem i korą. Ciśnienie krwi obniżyło się tuż po zabiegu i w ciągu szeregu miesięcy utrzymuje się na poziomie 150/80; stan chorej znacznie się poprawił; bóle głowy ustąpiły i chora wróciła do swej zwykłej pracy.

Jakób Pen son.

Choroby przemiany materji i gruczołów wewnątrzwydzielniczych.

DENNIG H. Istota choroby Basedowa i jej leczenie. (Zeitschrift für aerztl. Fortbildung. 1935. 32. 423—434).

Z przeglądowo-krytycznego artykułu doświadczonego lekarza berlińskiego zasługuje na uwagę jego zdanie o stosowaniu...

waniu preparatów jodowych, tak bardzo spornych zarówno w piśmiennictwie europejskim, jak amerykańskim. Według Denniga jod jest wskazany we wszelkich swych postaciach organicznych i nieorganicznych, modnych i mniej modnych. Kuracja jodowa, sama przez się, w minimalnym tylko odsetku przypadków prowadzi do wyleczenia lub znacznej poprawy. Jest ona jednak najlepszą metodą przygotowawczą do następnej interwencji rentgenologa lub chirurga. Niestety, małe dawki jodu często nie działają, duże mogą być wyraźnie niebezpieczne.

H. Higier.

R. BOLLER i A. GOEDEL. **W sprawie kliniki i anatomii patologicznej sclerosis pluriglandularis multiplex.** (Wiener Archiv f. innere Medizin. Nr. 27. 1935).

Analiza kilku przypadków klinicznych i anatomopatologicznych. Nazwę *insufficiencia pluriglandularis* zawdzięczamy francuzom, nazwę *sclerosis pluriglandularis multiplex* zawdzięczamy późniejszym badaniom anatomo-patologicznym Falty. Według autorów powyższych chodzi w pierwszej postaci o wtórną niedomogę, w ostatniej o następczą sklerozę pozakażeniową mnogich gruczołów wkręwnych (przysadka, tarczyca, nadnercza, gruczoły rozrodcze). Górującym objawem jest *cachexia*, czasem chęra bywa dyssymulowana przez wewnątrz-sekrecyjny obrzęk śluzowaty twarzy. Najtrudniej rozpoznać za życia *cachexia hypophysaria*. Nielatwo rozróżnić klinicznie postaci jednogruczowe z następczem rozsianiem od pierwotnej niedomogi wielogruczowej.

H. Higier.

Choroby nerwowe i psychiczne.

MAI H. **Krytyczny rzut oka na leczenie i rokowanie w poliomyelitis anterior.** (München. medizin. Wochenschr. 1935. II. 1228—1231).

Obok sceptyków jest moc sympatyków i fanatyków swoistego leczenia choroby Heine-Medina. Wielkie epidemie amerykańskie dowiodły niewielkiej różnicy w zejściu przypadków leczonych i nieleczonych surowicą ozdrowieńców w okresie porażennym i przedporażennym. Statystyki europejskie — krytycznie interpretowane — również niewiele pocieszającego w tym kierunku dały. Jeśli gdzie, to w bardzo wczesnym, trudno rozpoznawalnym, okresie, stosowanie surowicy daje wyniki. Tego nieokreślonego okresu inkubacji domyśleć się można jedynie podczas notorycznej epidemii. W każdym razie zarzutu przeoczenia nie można robić lekarzowi, który nie stosował bardzo wczesnie tej specyficznej surowicy. Do kliniki monachijskiej przybywa zaledwie $\frac{1}{10}$ dzieci poliomyelitycznych wcześniej, wyjątkowo przed 1—2 dniami wyraźnego porażenia. Ani na początku choroby nie daje się przewidzieć zejścia i odwrotnie, zarówno zejście pomyślne i niepomyślne nie nie świadczą o pierwszych dniach choroby. Zależnie od siły i natężenia infekcji przednie rogi rdzenia mogą się z zapalnego stanu ocknąć lub nie. Ztąd też ogromna kontrowersja co do wartości różnych metod leczniczych, zwłaszcza terapii surowicą ozdrowieńczą. — Na pierwszym planie stoi jeszcze dotąd, jak dawniej, stara metoda czynnej i biernej gimnastyki leczniczej, która musi być rozpoczęta tuż po minięciu ostrego okresu choroby. Zasada ogólna jest również dawna: leczenie masażem i elektrycznością z przerwami przez 2—3 lata z jednoczesnym zapobieganiem nadrozwinięciu mięśni oraz kurczeniu, zesztynieniu i zwióźczeniu stawów. Po 2—3 latach wchodzi w swe prawa chirurgia ortopedyczna. H. Higier.

MÜLLER W. **Poliomyelitis spontanea u szympansa.** (Monatsschrift f. Kinderheilkunde Nr. 63. 134—137. 1935).

Nieznała jest dotąd samoistna *poliomyelitis* Heine-Medina u małp. Jestto więc obserwacja zasadniczo nowa i ciekawa. Niemniej interesujący jest jej związek z ludzką postacią. W 2 dni po odwiedzinach przez 200 uczęszczających

i bawieniu się z małżeństwem szympansem zachorowała polowica płci pięknej na brak łaknienia, symetryczny bezwład nóg i arefleksję kolanową, z czego wkrótce wyzdrowiała. Ciężiej zachorował szympan w 2 dni po małżonce przy ogólnych objawach nader poważnych i stopniowo rozwijającej się paraparezie wiotkiej dolnych i monoparezie górnej kończyny, na co otrzymał 10 ccm. surowicy ozdrowieńczej. W miesiąc później pan domu uległ zwykłej grypie, a mikroskop stwierdził w charakterystycznych miejscach typowy stan zapalny rogów przednich rdzenia. Ciekawem jest, że obok pary małżeńskiej zachorowało wkrótce po tem 2 malców ze szkoły na tęż chorobę.

H. Higier.

O. SCHILLING. **Endemja kliniczna drętwy karku z masowem przenosicielstwem zarazka chorobowego.** (Medizinische Welft. 1935. 1075—1077)

Pacjent kliniki uniwersyteckiej w Münster z zapaleniem nagminnem opon mózgowo-rdzeniowych zaraził pielęgniarkę swoją. Mimo ścisłej pozornie izolacji stwierdzono przenoszenie się zarazka na najbliższe otoczenie przez lekarzy i personel pomocniczy ze stacji i oddziału na sąsiednie. Wprawdzie ograniczyła się endemja jedynie do 6 gorączkowych nieżytych jamy nosowo-gardzielowej i do bezobjawowego usadowienia się zarazka meningokokowego na błonach śluzowych personelu. Stwierdzono go mianowicie u 41% lekarzy, 42% pielęgniarek, 52% służby niższej, 41% pacjentów i 5% przygodnych osób szpitalnych. Dotychczasowe prawa sanitarno-zapobiegawcze zdają się być niewystarczające. (Przydałaby się porównawcza kontrola co do obecności meningokoka na błonie śluzowej gardzieli u lekarzy i nielekarzy w okresie normalnym i w okresie panującej epidemii. Ref.).

H. Higier.

H. HOFF i L. SCHOENBAUER. **O pooperacyjnym obrzmieniu mózgu.** (Deutsche mediz. Wochenschrift 786—789. 1935).

Hoff i Schoenbauer z Wiednia, mający niezrządco do czynienia z mózgiem chorym, neurolog i neurochirurg, uważają za najczęstszą przyczynę ostrego obrzęku mózgu naświetlanie przedoperacyjne czaszki i tę właśnie sprawę omawiają bliżej. Szczególną predyspozycję w tym kierunku — „Hirnoedembereitschaft“ — wykazują nowotwory, wyrastające i położone w środkowej jamie czaszkowej. Zaliczać należy ten obrzęk zarówno pooperacyjny, jak porentgenowski do grupy zapaleń wysiękowych. (Referent wątpi, czy określenie jest fortunnie dobrane, jestto raczej wysięk międzytankowy, występujący po urazie każdej tkanki, urazie mechanicznym czy naświetleniowym, z tą różnicą, że w mózgu taki obrzęk przypomina obrzęk palca urażonego, z tą różnicą, że jednocześnie rozwijaniu się i szerzeniu obrzmienia przeszkadza pierścione, tak jak przeszkadza niepodatna, hermetycznie zamknięta czaszka) Autorzy gorąco polecają duże dawki piramidonu — 3—5 grm. pro die.

H. Higier.

O. SLETTENBERG. **Rozpoznanie różniczkowe między tumor extramedullaris a arachnitis spinalis adhaesiva.** (Nervenarzt 1935. str. 1232—241).

Zapalenie zlepne opon rdzenia jest chorobą nierzadką, która dzięki towarzyszącym bólom korzonkowym łatwiej rozpoznać się daje od takiegoż zapalenia zlepnego opon w mózgu. Z 21 własnych przypadków bliższej dyskusji autor poddaje 17. obficie ilustrowanych lipjodolowemi radjogramami i rysunkami przyoperacyjnymi. W 7 z nich panował obraz zupełnej *myelitis transversa*. Różni się obraz od nowotworowego tem, że jest bardziej różnobarwny, przebieg szybszy, pelen zwolnień i obostrzeń, a plyn obok pleocytozy wykazuje obfitość białka. Gdzie niepewność dłużej się przeciąga, jest wskazana próbna laminektomia, w doświadczonych rękach nie więcej niebezpieczna od próbnego otwarcia jamy brzusznej.

H. Higier.

Streszczenia pojedyncze.

Fizjologia normalna i patologiczna.

HARRIS i LEONG. Wydalanie witaminy B₁ w moczu ludzi. (The Lancet 18 IV.36).

Autorzy zagęszczali mocz ludzki, wstrząsając go z kwaśną gliną i na niej adsorbowali witaminę B₁; jako test służyły szczury, które poddawano karmieniu paszą, pozbawioną witaminy B₁; gdy pod wpływem tej diety występowała bradykardja, jako pierwszy objaw awitaminozy, dodawano do paszy uzyskany produkt aż do powrotu tętna do normy (test Harris'a). Ilość witaminy B₁ w moczu badanych wzrastała wraz z wzbogaceniem diety w pokarmy o dużej zawartości tej witaminy. Przy odżywieniu zwykłym wynosi u dorosłych ok. 20 jedn. międzynarod. (= 200 mgr.) na dobę. W razie podawania wielkich ilości witaminy wydzielanie wynosi 5—8% ilości pobranej, reszta ulega nieznanym bliżej przemianom w organizmie. U chorych na beri-beri, u zwierząt doświadczalnych, a także u niemowląt, karmionych sztucznie, stwierdzano w moczu znacznie zmniejszone wydalanie witaminy B₁. Podawanie tego związku w pokarmach łagodziło stan chorobowy i zwiększało „witaminurę”.

Antoni W a j n g o t.

A. M. DIKOWSKI. W sprawie wpływu zwiększonego ciśnienia atmosferycznego na układ sercowo-naczyniowy. (Klin. Medic. t. XIII, Nr. 6).

Spadek ciśnienia krwi po pracy w kesonach dowodzi spadku napięcia układu sercowo-naczyniowego u robotników kesonowych pod wpływem przebywania pod zwiększonym ciśnieniem atmosferycznym. Próba czynnościowa po pobycie w kesonach wskazuje na zmniejszenie się zdolności czynnościowych układu sercowo-naczyniowego u badanych (33%), w których liczbie byli zarówno doświadczeni, dawno pracujący, jak i młodzi robotnicy kesonowi. Ortostatyczna próba Heigela z tętnem daje jeszcze bardziej wybitne pod tym względem dane. Jeżeli przed pobytem w kesonach różnica tętna w pozycji stojącej i leżącej przewyższała 12 uderzeń u 6 badanych, to po pobycie w kesonach spostrzega się to zjawisko u 10, t. j. po pobycie w kesonach stan czynnościowy układu sercowo-naczyniowego pogorszył się w 22% przypadków. Średnie liczby tętna w pozycji stojącej i leżącej doprowadzają nas do tych samych wniosków. W szeregu przypadków spostrzegał autor pod zwiększonym ciśnieniem w kesonach chwiejność rytmu sercowego, co szczególnie wybitnie się ujawniło po 3½-godzinnyim pobycie w kesonach u 28-letniego dość długo pracującego w kesonach robotnika. U innych robotników spostrzegano dwubitość tętna. U pewnej felczarki spostrzegano po wejściu do kesonów pogorszenie stanu ogólnego, któremu towarzyszyły nieprzyjemne sensacje ze strony serca i wybitne przyspieszenie tętna. Wszystkie te dane przemawiają nader przekonująco za tem, że nawet nieznaczne dodatkowe ciśnienie 0,5—1 atmosfery odbija się u wielu osób bardzo ujemnie na czynnościach układu sercowo-naczyniowego, wywołując duże zmiany indywidualne ciśnienia krwi i tętna. W kesonach ciśnienie krwi w większości przypadków się podnosi, po opuszczeniu kesonów — spada; tętno staje się w kesonach powolniejsze, tak samo po ich opuszczeniu. Wszystko to wymaga starannego doboru robotników do prac w kesonach w sensie badania ich w kierunku niewydolności czynnościowej układu sercowo-naczyniowego. H. L.

A. G. TETELBAUM, S. I. UMANSKIJ i M. I. KRYNSKIJ. Wpływ obciążenia fizycznego na ciśnienie żyłne. (Klin. Medic. t. XIII, Nr. 6).

Podczas gdy u osobników zdrowych ciśnienie żyłne, które się podniosło podczas obciążenia fizycznego, po ustaniu obciążenia szybko powraca do liczb wyjściowych, u chorych

z niewyrównaniem układu krążenia znacznie się przedłuża powrót zwiększonego w czasie obciążenia fizycznego ciśnienia żyłnego do liczb wyjściowych. W pewnych przypadkach autorzy nie mogli się doczekać obniżenia się podniesionego ciśnienia żyłnego do liczb wyjściowych, nie chcąc pozostawiać igły zbyt długo w żyłę. W miarę poprawy stanu wyrównania chorego czas trwania powrotu do liczb wyjściowych ciśnienia żyłnego, podniesionego wskutek obciążenia, zmniejsza się.

H. L.

Higiena.

J. GÉNÉVRIER. Zapobieganie gruźlicy u uczniów. (Paris n.éd. Nr. 1/1936).

Zapobieganie gruźlicy u uczniów sprowadza się do trzech momentów: 1) rozpoznawania gruźlicy u uczniów, 2) stwierdzenia sposobów zarażania się, 3) stosowania środków zapobiegawczych. Rozpoznawanie przy badaniach szkolnych opiera się na dokładnem osłuchiwanu, zwracaniu uwagi na stan ogólny, wychudzenie, powiększenie gruczołów obwodowych, a w przypadkach podejrzanych na wynikach badania rentgenowskiego. Otwarta gruźlica płuc zdarza się rzadko, raz na 1.500—2.000 uczniów. Nieco częstsza jest gruźlica gruczołów wątkowych. Gruźlica zewnętrzna, gruczołowa, skórna i kostno-stawowa nie nastręcza większych trudności rozpoznawczych. Próby skórne mają bardzo względne znaczenie w rozpoznawaniu gruźlicy czynnej u uczniów w przeciwieństwie do małych dzieci. Zarażenie się od kolegi z otwartą gruźlicą należy do rzadkich wypadków. Częściej zdarza się zarażenie od osób, należących do personelu nauczycielskiego lub służby. Wobec tego wskazane jest obowiązkowe dokładne badanie fizykalne i rentgenowskie tych osób przed przystąpieniem ich do pracy oraz dwa razy do roku podczas pracy. Autor stwierdził około 1% chorych na gruźlicę wśród personelu nauczycielskiego. Najczęściej jednak zdarza się u dzieci w wieku szkolnym zarażenie rodzinne. Zapobieganie gruźlicy u uczniów wymaga więc obowiązkowych badań uczniów w szkole, badań rodzin dzieci i zastosowania niezbędnych środków ostrożności w razie wykrycia w nich przypadków gruźlicy. W szkole musi panować nienaganna czystość, ubikacje szkolne muszą odpowiadać wymaganiom higieny szkolnej pod względem ich kubatury, przewietrzania, oświetlenia. Przy szkołach muszą istnieć odpowiednie tereny do zabaw. Szkoły powinny organizować kolonie wypoczynkowe. Dzieci słabe, wystawione na zarażenie gruźlicą, należy kierować do szkół na powietrzu, prewentorjów i ośrodków dla umieszczania w rodzinach (oeuvre Grancher). Dzieci, pochodzące z rodzin niezamożnych, powinny być dożywiane w szkole. Należy przedłużyć czas trwania przerw między lekcjami i ćwiczeń na powietrzu. Programy szkolne nie powinny być przeładowane. Lekarze szkolni powinni ściśle współpracować z ośrodkami zdrowia. H. L.

Lecznictwo.

L. J. WITTS. Lecznicze działanie żelaza. (The Lancet, I. 1, Nr. 1, 1936).

Żelazo znajduje się w pokarmach w postaci zwykłych rozpuszczalnych soli oraz w połączeniu żelaza z białkiem i z kompleksem heminy i jej pochodnych. Najprawdopodobniej ustrój przyswaja jedynie rozpuszczalne sole żelaza. Wchłanianie żelaza odbywa się głównie w dwunastnicy, częściowo w żołądku i jelitach. Warunki, powodujące niedostateczne wchłanianie żelaza, zawartego w pokarmach, prowadzą do powstawania niedokrewności. Brak wolnego kwasu solnego w treści żołądkowej należy do najczęstszych czynników, upośledzających zu-

życie żelaza pokarmowego. Najcięższe przypadki niedokrwistości, dobrze reagującej na sole żelaza, występują po chirurgicznym usunięciu żołądka i części dwunastnicy; nie chodzi tu tylko o bezkwaśność, bo niekiedy rozwija się niedokrwistość ciężka, pomimo dostatecznej zawartości kwasu solnego w żołądku, lecz o ogólne upośledzenie trawienia spowodu b. szybkiego przechodzenia pokarmów przez przewód pokarmowy. Skuteczność soli żelaza można powiększyć przez jednoczesne stosowanie kwasu solnego i pepsyny oraz przez stosowanie częstych dawek leku w ciągu doby. Dawka żelaza waha się w szerokich granicach i może być dowolnie powiększana bez szkody dla chorego; skuteczna dawka winna powodować codziennie wzrost hemoglobiny o 1%. Stosowanie żelaza w dużych dawkach usuwa szereg objawów, jak zmiany językowe, zanik skóry, zmiany troficzne paznokci. Dieta ma jedynie znaczenie zapobiegawcze; jeśli zapasy żelaza ustrojowego są wyczerpane, należy przystąpić do energicznego leczenia solami żelaza. Leczenie zawsze należy przeprowadzać doustnie; droga pozajelitowa jest niebezpieczna. Do leczenia nadają się głównie postaci niedokrwistości hipochromowej.

Jakób P e n s o n .

J. PARKINSON, W. A. THOMSON. **Novurit w postaci czopków, jako środek moczopędny w leczeniu niedomogi mięśnia sercowego.** (The Lancet T. 1, Nr. 1, 1936).

Autorzy porównywali moczopędne działanie dożylnych wstrzykiwań salyrganu i novuritu oraz czopków, składających się z 0,5 g. novuritu. Środki te były stosowane u 12 chorych z niedomogą mięśnia sercowego, przyczem co 3 dni stosowano jeden z wyżej wymienionych środków bez uciekania się do jakichkolwiek innych leków nasercowych. Okazało się, że średnia ilość moczu dobowego po wstrzyknięciu dożylnym novuritu wynosiła około 3500 cm³; po salyrganie — 2600 cm³, po czopku z novuritu — 2500 cm³. Najlepszy efekt po czopkach występuje po uprzednim zastosowaniu lauwatywy; nieco gorszy — po podaniu środka przeczyszczającego na 1 — 1½ doby przed czopkiem. Autorzy podkreślają, że nawet bez żadnego przygotowania czopki z novuritu wywołuje dość znaczny wielomocz. Po stosowaniu czopków nie stwierdzono żadnych objawów toksycznych ogólnych ani miejscowych.

Jakób P e n s o n .

E. BENHAMON. **Codzienne i przewlekłe wstrzykiwania dożylnie ouabainy.** (Paris Médical 2.V.36).

Oubaina (strofantyna), stosowana początkowo tylko jako lek heroiczny w ostrych przypadkach niedomogi lewego serca, znajduje obecnie zastosowanie w leczeniu przewlekłej niedomogi również w zakresie prawego serca. Autorzy podają szereg cierpień, w których stosowanie tego środka na długą metę znajduje zastosowanie. Należą do nich: 1) niemiarowość całkowita sklerotyków — przypadki bez zwężenia ujścia żylnego lewego, bez komponentu choroby B a s e d o w a, przedewszystkiem u ludzi starszych, a także u młodych, dotkniętych miażdżycą ograniczoną naczyń wieńcowych; 2) *myocarditis i myocoronaritis chronica*, jako stany poinfekcyjne z nieznacznie objawami niedomogi mięśnia sercowego; 3) zawał m. sercowego — podczas pierwszych dwóch tygodni, jako leczenie zapobiegające nagłym zatorom; 4) dolegliwości sercowe hipertoniców i aortyków; 5) miażdżycy t. płucnej i zniekształcenia klatki piersiowej, prowadzące do niedomogi serca; 6) zapalenia zastawek, nie poddające się działaniu naparstnicy.

Przeciwwskazaniem do przedłużającego się leczenia ouabainą są: 1) posunięte cierpienia nerek; 2) bigemja, skurcze dotkające różnego pochodzenia, bezład komorowy; 3) przedłużanie się okresu pozawałowego na okres więcej niż dwutygodniowy; 4) zakrzepy w przebiegu złośliwego zapalenia wsierdzia. Całkowite leczenie winno obejmować 20—60 zastrzyknięć dożylnych po ¼ mgr. Podawanie równoczesne doustne ouabainy w dawce ok. 50 kropli 2% roztworu i stosowanie środ-

ków moczopędnych, jako leczenie wspomagające — pozwalają na utrzymanie w dobrym stanie nawet bardzo ciężko chorych przez dłuższy czas.

Antoni W a j n g o t .

W. DĚNK. **Dalsze doświadczenia nad bezkrwawem leczeniem zatorów.** (Zemr. t. Chir. 1936, Nr. 1).

Autor podaje swe dalsze doświadczenia nad zatorami w tętnicach kończyn i opisuje pozatem szczegółowo 9 przypadków zatorów płucnych, w których 7 razy uzyskał zdumiewająco korzystne działanie po wstrzykiwaniu eupaveriny. Skutek bywał przeważnie natychmiastowy. Konieczne są dostatecznie duże dawki, przeważnie 0,06 g. eupaveriny dożylnie. Tylko w 2 przypadkach ten sposób leczenia zawiodł. Działanie eupaveriny polega na zwalnianiu kurczów i rozszerzaniu naczyń. Nie można natomiast jeszcze nic pewnego powiedzieć co dzieje się z czopem zatorowym i w jego otoczeniu, oraz jakie zmiany zachodzą w płucach. Autor jest zdania, że systematyczne, energiczne leczenie eupaveriną więcej daje korzyści od operacyjnego usuwania zatorów, które mimo niektórych bardzo dobrych wyników może być zgubne dla chorego.

Jan B a d e r .

Choroby zakaźne.

RIMBAUD. **Neurotropizm chorób zakaźnych.** (Pr. med. Nr. 26, 1936 r.).

W ciągu ostatnich 20 lat stwierdzono znaczny wzrost powikłań nerwowych w przebiegu chorób zakaźnych. Świadczy to o większym powinowactwie zarazków do układu nerwowego. Autor rozróżnia następujące rodzaje zakażeń: 1) **Z a k a z e n i a s w o i ś c i e n e u r o t r o p o w e.** Do tej grupy należą takie choroby, które lokalizują się głównie w układzie nerwowym. Jedne z nich są wywołane przez zarazki wyodrębnione lub przesączalne, jak tężec, zakażenie meningokokowe, częściowo kłosa, choroba H e i n e - M e d i n a, epidemiczne zapalenie mózgu, półpasiec. Do tej grupy zaliczamy też szereg chorób, których pochodzenie zakaźne jest prawdopodobne, ale dotychczas jeszcze nie zostało dowiedzione. Tu należą: stwardnienie wieloogniskowe, ostre rozsiane zapalenie rdzenia i mózgu, choroba S c h i l d e r a i inne. 2) **C h o r o b y z a k a z n e, k t ó r e s i ę s t a ł y n e u r o t r o p o w e.** Świadczy o tem częstość występowania w przebiegu chorób zakaźnych powikłań nerwowych w postaci ognisk zapalnych w ośrodkowym układzie nerwowym. Ogniska te lokalizują się głównie w substancji białej; są one utworzone przeważnie przez wylewy dookoła naczyń i nie mają tendencji do zropienia. Spośród chorób wysypkowych najczęściej spotykamy powikłania mózgowe i rdzeniowe w przebiegu odry, ospy wietrznej oraz po szczepieniu ospy, rzadziej błonicy i różyczki. Częstość występowania powikłań nerwowych (neurotropizm) jest tem większa, im wysypka (dermotropizm) jest słabiej wyrażona. Z innych chorób należy wymienić: świnkę, która niekiedy wywołuje zapalenie opon mózgowych, krztusiec, błoniec, dur brzuszny, zapalenie płuc i grypę; zarazki tych chorób często lokalizują się w układzie nerwowym ośrodkowym i obwodowym. Ostatnio stwierdzono, że surowice i szczepionki również wykazują wyraźne powinowactwo do układu nerwowego, o czem świadczą powikłania nerwowe po ich stosowaniu.

A. K i r s z b r a u n .

BENJOMOWICZ. **Wyniki leczenia krztusca różnymi metodami.** (Wopr. Ped. II—1935).

Badania wykonano w ośrodku przeciwkrztuscowym, gdzie leczono 256 dzieci. Najlepsze wyniki otrzymano przy stosowaniu kamery chlorowej, lampy kwarcowej oraz zastrzykiwań eteru z kamforą. Przeciętny procent wyleczeń wynosił 22%, poprawa wystąpiła średnio w 52% przypadków. Lepsze wyniki autor otrzymał po stosowaniu szczepionek krztuscowej B o r d e t - G e n g o u lub paciorkowcowej. Szczepionkę

B o r d e t - G e n g o u podawano domięśniowo w 5 dawkach co II dzień: dzieci do 1 roku otrzymywały ogółem 4 miljardy, zaś dzieci starsze 6 miliardów. Najlepsze wyniki otrzymał autor, lecząc krztusiec surowicą ozdowieńców po odrze, ewentualnie stosując krew rodziców. Surowicę podawał w ilości 25 cm.³ co 2—3 dni: 59% dzieci wyzdrowiało, u 22% wystąpiła znaczna poprawa. Hemoterapia dała jeszcze lepsze wyniki: w 50% napady zostały przerwane, w 44% otrzymał znaczną poprawę. Rzecz oczywista, że wynik leczenia zależy w dużej mierze od czasu, kiedy rozpoczęto leczenie: najlepsze wyniki otrzymano, gdy leczenie rozpoczynano jeszcze w okresie kataralnym, ew. w I-m tygodniu okresu konwulsyjnego. Obok wymienionych środków duże znaczenie posiadają też w leczeniu krztuśca warunki higieniczne, jak powietrze i odżywianie.

A. K i r s z b r a u n .

BEDELJAN i SAWELJEWA. Zapobieganie kokluszowi szczepionką Bordet-Gengou. (Wopr. Ped. II—1935).

Już od szeregu lat stosuje się w celach zapobiegawczych szczepionkę przeciwkokluszową, jednak opinie co do wartości tych szczepień są bardzo rozbieżne. Autorzy wobec tego postanowili podać wyniki szczepień, stosowanych w żłobkach, w których dzieci były narażone na zakażenie się krztuścem. Ogółem szczepiono 258 dzieci trzykrotnie: dzieci do 2 lat otrzymały 1—2—4 miljardy, dzieci starsze — 2—4—6 miliardów. Wyniki były następujące. W ciągu 9 miesięcy 24% dzieci szczepionych zachorowało na krztusiec, przyczem w żłobkach, w których rozpoczęto szczepienie podczas epidemii, zachorowało 34% dzieci, natomiast w żłobkach, w których szczepiono dzieci zapobiegawczo przed wybuchem epidemii, zapadalność wyniosła 14%. Pod względem wieku zapadalność dzieci do 2 lat była większa, co autorzy tłumaczą stosowaniem zbyt małych dawek szczepionki. Przebieg krztuśca u dzieci szczepionych był naogół łagodny, przeważały postaci poronne, przebieg ciężki zaobserwowano jedynie w 2 przypadkach. Dzieci znosiły szczepienia bardzo dobrze, odczyny miejscowe i ogólne, poza jednym ciężkim przebiegiem, były naogół łagodne. Wobec tego, że kontrola żłobków z dziećmi nieszczepionymi wykazała większą zapadalność i szczególnie większy procent chorych o ciężkim przebiegu, niż wśród dzieci szczepionych, autorzy dochodzą do wniosku, że szczepionka **B o r d e t - G e n g o u** stanowi doskonały środek leczniczy i zapobiegawczy przeciw krztuścowi.

A. K i r s z b r a u n .

I. BYSTRICKIJ, A. G. FAJZULLINA. Próba walki z krztuścem w zamkniętym zakładzie dziecięcym. (Sow. Ped. 1936, 2).

W zakładach zamkniętych walka z krztuścem, jako chorobą łatwo udzielającą się, jest sprawą niezmiernie ważną. Autorzy, stosując domięśniowo niegotowane mleko matczyne, pobierane jałowo od 0,5 cm—1 cm, otrzymali doskonale wyniki lecznicze. Już po 2—3 wstrzykiwaniach udawało się chorobę całkowicie przerwać lub co najmniej złagodzić jej przebieg, skrócić czas trwania i okres drgawek. Najlepszy wynik daje to leczenie w okresie początkowym choroby. Technika zabiegu jest nader prosta, zabieg sam przez się jest nieszkodliwy i nie daje objawów ubocznych. Wstrzykiwania mleka matycznego oseskom są skutecznym środkiem w walce z wysokim odsetkiem śmiertelności wskutek krztuśca.

S. G u z m a n .

Gruźlica.

W. JULLIEN. Wycięcie czy alkoholizacja nerwu przeponowego? (Paris méd. Nr. 1/936).

Dobrze wykonana alkoholizacja nerwu przeponowego powinna dać takie same wyniki fizjologiczne, jak jego wycięcie, ponieważ może ona wywołać takie same bezpośrednie skutki mechaniczne, aczkolwiek nie te, które się zwykle przypisuje faktowi wyrwania nerwu przeponowego. Alkoholizacja nerwu przeponowego pozwala na dokonanie próby, zanim się zastosuje definitywny środek, pozwala więc na postępowanie

z zupełnie czystym sumieniem. Jest to jeszcze jeden argument, przemawiający za stosowaniem alkoholizacji po stronie lewej, częściej narażonej na powikłania pooperacyjne. Autor przyznaje nadal pierwsze miejsce wśród metod leczenia gruźlicy płucnej odmie sztucznej i jest przeciwny stosowaniu od razu wycięcia nerwu przeponowego. Zgadza się na łączenie wyrwania nerwu przeponowego z odmą sztuczną jedynie w przypadkach rozległych zrostów u podstawy, a zwłaszcza jeżeli istnieją jamy pozasercowe. We wszystkich innych przypadkach doradza autor z zasady uciekanie się zawsze do alkoholizacji, która pozwala na dość dokładne stopniowanie czasu trwania porażenia przepony. W przypadku ponownego zjawienia się ruchów przepony autor, daleki od natychmiastowego stosowania wyrwania nerwu przeponowego, woli czekać, aż zmusi go do tego przebudzenie się procesu, choćby było ono nawet bardzo nieznaczne. Wbrew zdaniu **M a n i e r a i R o l l a n d a**, autor nie uważa, by alkoholizacja była metodą wyjątkową, gdyż ma ona skłonność do coraz większego wypierania wyrwania nerwu przeponowego. Wskazania do zabiegów na nerwie przeponowym powinny wynikać nie z postaci anatomicznej gruźlicy płuc, lecz raczej z przebiegu klinicznego choroby. Dzięki alkoholizacji jesteśmy uprawnieni do stosowania tej metody w większej liczbie przypadków i nawet do bardziej śmiałych prób. Metody tej niewolno pod żadnym pozorem stosować ambulatoryjnie. Leczenie należy prowadzić, zabezpieczając się jak najpewniejszymi gwarancjami, do których autor zalicza przedewszystkiem leczenie wypoczynkowe i pobyt w dobrych warunkach klimatycznych, cierpliwie prowadzone przez cały czas, który się uważa za konieczny. Nie przeszkadza to łączyć leczenia mechanicznego z chemoterapią pod postacią stosowania soli złota, które wyswiadcza cenne usługi i przekształca czasami w trwałe wyleczenie to, co było tylko niezupełną i wątpliwą poprawą.

II. L.

L. MA TZ. Okrągłe nacieki gruźlicze (Rundinfiltrate). (Deutsches Tuberkulose-Blatt, Nr. 5—1936).

Opisane przed 10-ciu laty przez **Alb e r t a i S t r a u b a** nacieki okrągłe w płucach pochodzenia gruźliczego stanowią zespół dość rzadki, ale być może także czasem nierozpoznawany ze względu na mało niepokojącą symptomatologię. Anatomicznie przedstawiają się jako pojedyncze lub mnogie nacieki, okrągłe, wielkości od jedno do pięćdziesiątówki, ostro odgraniczone od otoczenia; zazwyczaj leżą w zupełnie zdrowej tkance, czasem towarzyszą gruźlicy wytwórczej lub jamistej. Nie mają ulubionego siedliska, na okranie przedstawiają się podobnie do ostro odgraniczonego ogniska nowotworowego lub bronchopneumonicznego. Skargi pacjentów są niewielkie: skłonność do przeziębień, mierny kaszel i nieznaczne odpluwanie. Prątki w płwocinie w nielicznych przypadkach. Opadanie krwinek nieco przyspieszone, w obrazie krwi limfocytoza względna i przesunięcie wzoru **A r n e t h a** w lewo. W rozpoznaniu różniczkowym należy uwzględnić nowotwór, białowca i niespecyficzne nie wchłaniające się zapalenie odoskrzelowe. Przebieg sprawy jest łagodny, w ciągu kilku lat może nastąpić zmniejszenie się ogniska; z tego też powodu w żadnym przypadku autorka nie stosowała odmy sztucznej. W rzadkich przypadkach następuje zserowacenie nacieku okrągłego — wtedy leczyć należy, jak gruźlicę jamistą, jednakże nawet i w tych przypadkach przebieg jest łagodny; założenie odmy wydaje się niecelowe. Pochodzenie ognisk wtórnych jest niejednolite; powstają one na drodze bądź odoskrzelowej, bądź krwiorodnej.

Antoni W a j n g o t .

A. BOQUET i R. BROCA. Badania doświadczalne nad gruźliczym zapaleniem opon mózgowych. (Paris med. Nr. 1/1936).

Szczepienie podpotylicze zjadliwych prątków *typus bovinus* wywołuje u królika i świnki morskiej zapalenie opon mózgowych, kończące się zawsze śmiercią, którego okres wy-

lęgania jest o tyle dłuższy, o ile mniejsza jest zastosowana dawka szczepionki. Miejscowe zmiany makroskopowe są na ogół bardzo nieznaczne i noszą charakter zapalny. W krótkim czasie prątki typu bydłęcego, wprowadzone do opon mózgowych, przechodzą do układu krążenia i rozpowszechniają się po narządach oddalonych. Prątki typu ludzkiego okazują się mniej chorobotwórczymi; z tej szczególnej cechy można korzystać w praktyce bakteriologicznej dla różniczkowania między dwoma typami prątków, spotykanych u ssaków. Mierzona szczepieniem podpotylicznym zjadliwość prątków ptasich jest o wiele większa dla królika, niż prątków ludzkich. Zapalenie opon mózgowych, które wywołują one, przebiega, jak zapalenie opon, wywołane przez typ bydłęcy. Najczęściej nie towarzyszą mu żadne makroskopowe zmiany gruźlicze. Bacillenja i zakażenie trzew stanowią regułę. Bez względu na to, z jakim typem prętka ma się do czynienia, zapalenie opon otwiera drogę zapaleniu mózgowia lub zapaleniu mózgowia i rdzenia, które zapanowują nad obrazem symptomatologicznym zakażenia. W dużej dawce zabite prątki gruźlicze wywołują również śmiertelne objawy oponowe. Królik znosi bez żadnych burzliwych objawów szczepienie podpotylicze kilku miligramów B.C.G. i prątków paragraźliczych. Zwiększając dawki, można otrzymać bądź śmiertelne zapalenie opon mózgowych, bądź przemijające i uleczalne zapalenie opon, które ulega wyleczeniu bez następstw porażennych. Zwierzęta gruźlicze odpowiadają na szczepienia podpotyliczne w sposób zjadliwych prątków tak, jak zwierzęta zdrowe; poza kilkoma przypadkami, które się charakteryzowały nieco krótszym okresem wylegania, zapalenia opon mózgowych wskutek nadkażenia nie różniły się od zapalenia opon wskutek pierwszego zakażenia. Wynika z tego, że opony mózgowe uczestniczą tylko w bardzo umiarkowanym stopniu w ogólnym uodpornieniu, spowodowanym przez zakażenie, będące w toku. Bądźco bądź uczulenie alergiczne opon mózgowych i ośrodków nerwowych wynika z faktu, że wstrzyknięciu podpotylicznemu bakteryjnych białek tuberkulinowych towarzyszą objawy porażenne, śmiertelne lub uleczalne, które rozpoczynają się po okresie wylegania, wynoszącym zaledwie kilka godzin. Mózg królików, zakażonych szczepieniem wśródzylnem prątków typu bydłęcego lub ptasiego, zawiera, czasami w dość dużej liczbie, prątki, które można wykryć zapomocą hodowli lub szczepienia śwince morskiej.

H. L.

A. BERNOU i H. FRUCHAUD. Torakoplastyka zastępcza i uzupełniająca w odmie homolateralnej. (Paris méd. Nr. 1/1936).

Wskazania dołączenia torakoplastyki uzupełniającej z odną sztuczną są bardzo ograniczone. Utrzymywanie odmy na podstawie posiada znaczenie tylko wtedy, gdy utrzymuje ona dokładnie ucisk zmian, umiejscowionych w dolnej części płuca. Daje ona nadewszystko korzyści wtedy, gdy nie chce się ostatecznie poświęcić zdrowej podstawy płuca. We wszystkich przypadkach, w których istnieje wskazanie do torakoplastyki zastępczej, nie należy w żadnym razie zwlekać z wykonaniem zabiegu chirurgicznego do chwili zupełnego wessania się odmy lub uzyskania pewności co do wytworzenia się zrostów pod warunkiem, że przyjmie się środki ostrożności co do należytej redukcji ciśnienia odmy resztkowej przed i po zabiegu.

H. L.

A. ARNSTEIN. O roli wewnątrzpochodnego zakażenia, wychodzącego z gruczołów chłonnych, w powstawaniu oskrzelowopochodnych postaci gruźlicy starczej. (Wien. med. Wschr. Nr. 3, 1936).

Wewnątrzpochodne zakażenie, wychodzące z gruczołów chłonnych, posiada w starszym wieku znacze-

nie patogenetyczne nie tylko dla krwiopochodnych postaci gruźlicy; w następstwie jego powstają również na drodze oskrzelowej gruźlicze cierpienia płuc, które przedstawiają szczególny typ gruźlicy starczej. Jako ich cechy charakterystyczne wymienić należy: częste umiejscowienie w nietypowych miejscach, a mianowicie w obrębie prawego płuca (płat środkowy, dolny), szczególne uprzywilejowanie osobników płci żeńskiej, w przeciwieństwie do młodszych grup wieku, częstokroć wybitnie przewlekły dobrotliwy przebieg ze skłonnością do wyleczenia i wreszcie bynajmniej nierzadkie kojarzenie się z krwiopochodnymi przerzutami w dużym krwiobiegu.

H. L.

Choroby płuc.

HAGEN K. O Rezylu. (Fortschr. Ther. 1936, Z. 2).

Przez długi czas Rezył istniał w handlu w postaci syropu bez kodeiny i z małą jej domieszką. Postać ta szczególnie była stosowana u dzieci. Później ukazała się nowa postać Rezyłu w kroplach również z kodeiną i bez niej. Dawkowanie było przeważnie 3 razy dziennie po 20 kropli, chociaż dawkę tę można zwiększać. Rezył stosowano w zapaleniach płuc i w gruźlicy płuc; obserwowano rozrzedzenie płwociny, łatwiejsze jej odpływianie, a w gruźlicy zwiększenie się ilości wydzieliny. Dodatek kodeiny wpływał uspakajająco na męczącą pobudliwość do kaszlu, prócz tego apetyt się zwiększał, środek był zawsze dobrze znoszony, objawów ubocznych nie stwierdzano (Rezył w kroplach i z dodatkiem kodeiny znajduje się w handlu tylko w Niemczech).

F. Mikulska.

J. LEREBoullet. Całkowite wycięcie płuca z powodu raka płuca. (Paris méd. Nr. 2/1936).

Piękne wyniki, otrzymane w wielu przypadkach, dowodzą w sposób niezbity, że wycięcie jednego płuca jest możliwe i nie pociąga za sobą poważnych zaburzeń. Na szczególną uwagę zasługuje fakt, że brak nawet zupełnie natychmiastowych zaburzeń pod warunkiem, że uprzednio zatroszczono się o wyłączenie czynnościowe płuca zapomocą wstępnej odmy. Podkreślić również należy z Riehoffem znaczenie wyrównawczego rozszerzenia się płuca zdrowego, zwłaszcza u osobników młodych; może ono osiągać tak znaczne rozmiary, że pojemność życiowa powraca po pewnym czasie do normy. Wreszcie, wbrew wszelkiemu oczekiwaniu, nawet w razie niewykonania torakoplastyki zaburzenia, które powoduje znaczne jednak przesunięcia śródpiersia, są bardzo nieduże. Z punktu widzenia chirurgicznego, autor podkreśla zdanie większości chirurgów, że całkowite wycięcie płuca jest możliwe technicznie do wykonania, a nawet stosunkowo łatwe. Największe niebezpieczeństwo stanowi, jak się zdaje, aż do chwili ogłoszenia większych prac, zakażenie, które czyni przeciwwskazaniem wycięcie płuc w ropieniach płucnych. Odwrotnie, w niezropiałych rakach wycięcie płuc może dać bardzo ładne wyniki u chorych, którzy dotąd bywali beznadziejnie skazani na oczekiwanie śmierci. Nie należy jednak mieć nadmiernych złudzeń: operacja jest możliwa do wykonania tylko w początkach choroby. Przejście procesu na śródpiersie, zrosty oplucnowe, a fortiori przejście nawet minimalne na drugie płuco stanowią istotne przeciwwskazania. Niestety, bardzo często rozpoznawanie bywa stawiane dopiero wtedy, gdy rak osiągnął już bardzo duże rozmiary. A więc i tutaj, podobnie jak w całej chirurgii raka, postępy techniki są podporządkowane postępowi metod rozpoznawczych; jedynie dokładne badanie kliniczne, systematyczne stosowanie bronchografii lipjodolowej i bronchoskopji pozwalają na wczesne stawianie rozpoznania, istotny warunek powodzenia zabiegu.

H. L.

Streszczenia pojedyncze.

Anatomia normalna i patologiczna.

Herbert K. FIDLER. **Porównawcze badania cytologiczne tkanki normalnej i nowotworowej.** (Pracownia patologiczna Uniw. w Manitobie i szpital w Winnipeg).

Autor przytacza zdania zwolenników oraz przeciwników możliwości rozpoznania tkanki nowotworowej złośliwej przy pomocy badania poszczególnych komórek. Mac Carty od 1914 roku jest zdania, że doświadczony histopatolog może rozpoznać komórkę rakową, jako całość; Mac Collum, przeciwnie, że przy pomocy obecnych sposobów nie można odróżnić z pewnością komórki nabłonkowej złośliwej od niezłośliwej, a nawet od komórki normalnej. Hilberg w Niemczech oraz Dudgeon w Anglii podziela w ogólności zdanie Mac Carty'ego. W pracy swej autor podaje krótki przegląd cech podstawowych, na których polega rozpoznawanie cytologiczne tkanek złośliwych, następnie podaje wyniki, otrzymane z przebadania 155 niezłośliwych i złośliwych tkanek. Ogólnie znane cechy złośliwości są następujące: mnogie jąderka, zmiany w kształcie i wielkości jądra i komórki oraz obecność licznych figur mitotycznych. Inne cechy, dotyczące struktury jądra i komórki, wywołały wiele przeciwnych zdań. Już Virchow w 1851 roku wzbudził zainteresowanie w tym kierunku, wykazawszy obecność wtrętów w komórkach złośliwych. Ostatnio Dudgeon, Barrett twierdzą, że w mrożonych preparatach świeżej tkanki rakowej wykazać można cechy fagocytarne komórek rakowych. Wiele komórek wypełnionych jest leukocytami, ciałkami czerwonymi, resztkami ciałek krwi oraz pigmentem. Cechy te można zauważyć również w komórkach nabłonkowych niezłośliwych, chociaż w nie tak znacznym stopniu. Homing i Richards opisują wtręty pochodzenia nefagocytarnego, będące wydaloną chromatyną hiperchromatycznego jądra. Dano i Ludford wykazali swoistą strukturę Golgiego w różnych nowotworach. McCarty zwrócił uwagę na stosunek wielkości jądra i jąderka przy różniczkowaniu niezłośliwych i złośliwych tkanek. Na podstawie przebadania wielkiej liczby komórek twierdzi on, że, uwzględniając stosunek wzajemny wielkości jądra i jąderka, odróżnić można komórki złośliwe od komórek niezłośliwych. Stosunek ten waha się, według niego, między 1—5, a 1—17 w złośliwych komórkach, i 1—10 do 1—45 w niezłośliwych. Jąderko więc większe jest w komórkach pochodzenia złośliwego. Dudgeon i Patrick wykazali, że rozpoznawanie to zrobione być może z nadzwyczajną dokładnością w preparatach z komórek, zdrapanych z powierzchni świeżych skrawków natychmiast utrwalonych. W serii 1000 tkanek, przebadanych przy pomocy tej metody oraz skontrolowanych w skrawkach parafinowych, błąd wynosił 3%. Po przytoczeniu prac powyższych autor podaje technikę przyrządzania preparatów, używaną przez Dudgeona i Patricka, którą to techniką posługiwał się. Wszyscy autorzy wskazują na ważność natychmiastowego przygotowania preparatu po wyjęciu tkanki z ciała. Niekorzystnie zaś działa zanurzanie tkanek w wodę, sól lub formalinę. W preparatach, otrzymanych przez Fidera z tkanek niezłośliwych, komórki ułożone są nie więcej, niż na jedną długość, imitując układem swym kostki bruku lub chodnika. Cytoplazma, barwiąca się na różowo, ma kształt regularny, podobnie też kształt i wielkość jądra są regularne. Najmniejsze jądro nigdy nie jest mniejsze od połowy wielkości największego, wahania wielkości mają się jak 3:4. Siatka chromatynowa jest cienka i delikatna. Jąderko pojedyncze lub kilka jąderk zawsze są mniejsze od jądra. Są one okrągłe lub owalne, zawsze regularne w kształcie i wielkości. Tkanka no-

wotworowa przedstawia obraz zupełnie odrębny. Komórkom brak jest charakterystycznego ułożenia. Uderzającą cechą jest brak obecnej w tkance niezłośliwej substancji, łączącej komórki. Kształt i wielkość komórek są nieregularne. Plazma ich barwi się bardzo ciemno i zawierać może wtręty leukocyto-owe oraz ciałek czerwonych. Jądro, złożone zwykle ekscentrycznie, charakteryzuje grubość struktury. Kształt i wielkość jego są zmienne. Najmniejsze zwykle jest mniejsze od połowy wielkości największego. Chromatyna jądra, skupiona w dużych ziarenkach, barwi się bardzo mocno. Co do błędów w rozpoznaniu, przede wszystkim nastrożać mogą je normalne regeneracyjne komórki, które, podobnie jak i złośliwe, mają wielkie jądro i jąderko, jak również cechować je może obecność figur mitotycznych. Dalej trudności nastrożać mogą komórki gruczołów limfatycznych. Rozpoznanie, postawione na podstawie mrożonych preparatów, było mylne w 6 — 7% (10:150). Powtórne badanie wykazało w pięciu, rozpoznanych jako niezłośliwe utkania, utkanie złośliwe. Dwa, rozpoznane jako złośliwe, okazały się atypowymi niezłośliwymi utkaniami. Wyniki pracy tej zdają się, w myśl zdania autora, potwierdzać mniemanie Mac Carty'ego, Dudgeona i Hilberga, że komórki nowotworowe są morfologicznie odrębne i mogą być rozpoznane w odpowiednio przyrządzonych preparatach. L. Dmochowski.

P. GUTTMAN, S. HALPERN. Objętość jądra i jąderka w raku.

W ostatnich latach zwrócono w pracach nad cytologią guzów uwagę na wielkość jąderka. Znaczenie rozpoznawcze wielkości jąderka w stosunku do jądra było podtrzymywane przez Mac Carty'ego, który w 1934 roku wraz z Haulmedem ogłosił pracę statystyczną o wielkości jąderka w złośliwych i normalnych utkaniach. Pracę obecną rozpoczęli autorzy jeszcze przed ogłoszeniem pracy Mac Carty'ego, za cel zaś mieli określenie przy pomocy bezpośredniego mierzenia różnicy w stosunku N:n w tkankach złośliwych i niezłośliwych. Autorzy przytaczają zdanie Ludforda, który na podstawie wielkiej serii doświadczeń twierdzi, że wielkość jąderka jest wskazówką stopnia przemiany materii komórki. Im większa przemiana materii, tem większe jąderko. Pozatem jednak czynność fizjologiczna jąderka mało jest znana. W pracy swej autorzy posługiwali się tkankami, utrwalonymi w płynie Zenkera i przygotowanymi w skrawkach parafinowych. Skrawki krajali na grubość 15 mikronów w celu mierzenia maksymalnej grubości i długości jądra. Skrawki zabarwiali zieloną pyroniną metylo-ową. Jądra barwiły się wówczas na ciemno - zielono, jąderka — jasno czerwono. Jądro i jąderko mierzyli lupą mikrometrową. Okulary były tak urządzone, że odstęp na linijce do mierzenia odpowiadał 1/10 mikrona w polu imersyjnym. Powiększenia używał 1700-krotnego. Przy obliczeniu jądra uwzględniał największą długość i szerokość jąder jakichkolwiek 50 komórek każdego nowotworu. Przy obliczaniu objętości jądra za 3 wymiar brali najkrótszy lub poprzeczny w przypuszczeniu, że jądro ma kształt sferyczny lub elipsoidalny. W ogólności przebadali 60 prób. Z tego 35 tkanek nowotworowych złośliwych pochodzenia ze skóry, piersi, macicy, pęcherza, odbytnicy, kości i tkanki podskórnej. Tkanki niezłośliwe były tego samego pochodzenia. Oprócz tego przebadali 5 tkanek ze zwykłego przerostu i 10 tkanek normalnych. Autorzy brali przeciętną 50 jąder i dzielili przez przeciętną 50 jąderk (N:n), iloraz wyrażali liczbą całą. Dla guzów złośliwych nabłonkowych stosunek ten wynosił 31, dla mięsaka wahał się między 24 a 24,5. Dla przerostu zwykłego wynosił 26,4 dla tkanki normalnej 28,6.

Istnieje więc niewielka różnica między tkankami złośliwymi a niezłośliwymi i normalnymi. Przeciętna objętość jąderka w tkankach złośliwych wynosiła 25,1 mikronów sześciennych, w zwykłych przerostach 12,9, w tkance normalnej 8,4. Zato mało widoczna jest różnica między tkankami złośliwymi i niezłośliwymi. W każdymbądź razie w większości guzów łagodnych oraz tkanek normalnych wielkość jąderka jest mniejsza, niż 20 mikronów sześć., w złośliwych zaś stale przekracza tę liczbę. Autorzy przytaczają zdanie *MacCarthyego* i *Haumedera*, którzy twierdzą, że niejednokrotnie odróżnić można tkanki niezłośliwe od złośliwych na podstawie różnicy stosunku objętościowego jądra, jąderka i całej komórki. Często jednak jąderka zwykłych tkanek hiperplastycznych mogą być większe, niż jąderka tkanek złośliwych. Więc na wielkości jąderka nie zawsze można polegać. W streszczeniu swej pracy dochodzą autorzy do wniosku, że stosunek objętościowy jądra i jąderka w normalnych, hiperplastycznych oraz złośliwych tkankach nie wykazuje istotnej różnicy. Objętość jąderka tkanki normalnej wyraźnie jest mniejsza, niż tkanek hiperplastycznej i złośliwej. Niema zaś wyraźnej różnicy między objętością jąderka w tkankach niezłośliwych i złośliwych. Oznaczenie stosunku objętościowego jądra i jąderka jest mało pomocne przy oznaczaniu cech złośliwości. Objętość jąderka może być użyta tylko jako czynnik dodatkowy przy różnicowaniu tkanek normalnych i złośliwych. Z powodu wahań w objętości jąderka w tkankach guzów złośliwych, łagodnych i hiperplastycznej nie może być ona użyta jako czynnik decydujący w postawieniu rozpoznania, czy dany guz jest łagodny, czy też złośliwy. *L. Dmochowski*.

Choroby narządów trawienia.

GLENARD i FAUQUÉ. Zniekształcenia wątroby i jej niedomoga. (Arch. mal. digest. et nutr. N. 4/1936).

Na 200 obserwacji zniekształceń wątroby autorzy wykryli w 80% upośledzenie jej funkcji. Skargi chorych były niewielkie i polegały na uczuciu ciężenia i ucisku w okolicy wątroby. U 15% badanych zniekształceniom wątroby nie odpowiadały żadne uchwytnie zmiany czynnościowe. W 5% zmiany czynnościowe przebiegały niemal bez zmiany kształtu narządu. Autorzy polecają w każdym przypadku niejasnych cierpień okolicy wątroby wykonywać badania czynnościowe wątroby, zwłaszcza gdy dolegliwościom towarzyszą zmiany wielkości lub kształtu narządu.

Antoni Wajngot.

E. KASTANAJAN. Podział marskości wątroby. (Wrześnieje Dieło, Nr. 1, 1936).

Opierając się na obrazie klinicznym, etjologii i patogenezie, autor rozróżnia 4 formy marskości. 1) Marskość, pochodząca z przewodu pokarmowego w zakresie rozgałęzień żyły wrotnej i odpowiadająca typowi *Laenneca*. 2) Marskość wątrobowo-śledzionowa z podziałem na 3 podgrupy: a) typ *Hanota*, z powiększeniem wątroby i śledziony i żółtaczką hemolityczną. Schorzenie ciężkie, kończące się śmiercią do 6 mies.; b) typ *Bantiego*, odznaczający się przede wszystkim powiększeniem śledziony. W późniejszych okresach towarzyszy mu powiększenie wątroby i przesiek do otrzewny. Sprawa ta ma przebieg powolny, od kilku do kilkunastu lat; c) marskość brunatna, z udziałem trzustki, co powoduje cukrzycę. 3) Marskość żółciowa, rozpoczyna się zaostojem żółci i zapaleniem dróg żółciowych, co prowadzi do ich zamknięcia. Marskość rozwija się po dłuższym czasie trwania żółtaczki, odpowiada marskości *Charcota*. 4) Marskość w zakresie żyły wątrobowej, wynikająca z zastojów w wątrobie w przebiegu schorzeń serca. W razie współistnienia zapalenia zlepnego osierdzia wytwarza się dodatkowo marskość podtorebkowa. *Antoni Wajngot.*

LO PRESTI-SEMINERIO F. Uwagi praktyczne w leczeniu infekcji amebowej ze szczególnym uwzględnieniem wieku dziecięcego. (Giorn. di Clin. Med., V. 2, 1936 r.).

Specyfikiem w leczeniu ostrych biegunek, spowodowanych zakażeniem amebowym, jest emetyna. Stosowana była tak u dorosłych, jak i u dzieci. Jednak środek ten często daje objawy zatrucia, które bardzo źle wpływają na serce, i tak już osłabione przez infekcję. Dlatego w leczeniu tem zalecane bywają preparaty nadnercza i nasercowe. Autor próbował uniknąć ujemnego działania emetyny przez zastosowanie coraminy. Jednocześnie z emetyną wstrzykiwał coraminę 1—1½ ampułki (à 1,7 cm.³) u dorosłych i 2/3—1 ampułki u dzieci. Doustnie podawał 20—30 kropel w dawce pojedynczej naprzemiennie z adrenaliną lub podobnym preparatem. Wpływ coraminy na serce był bardzo dodatni, tętno stawało się regularne i lepiej wypełnione, ogólny stan poprawiał się, tolerancja organizmu względem emetyny zwiększała się, emetyna działała szybciej i lepiej. Autor zaleca emetynę w przypadkach ostrych i ciężkich biegunek, przestrzega przed ciągiem i długotrwałym podawaniem. Na zakończenie podkreśla wielkie znaczenie coraminy w zastosowaniu w praktyce dziecięcej.

F. Mikulsk a.

Choroby krwi i narządów krwiotwórczych.

Emanuel FILO. Doświadczalne niedokrewności myelolityczne (Le Sang, R. 1936, Nr. 1).

Autor przygotowuje surowicę myelolityczną, wstrzykując królikowi dożylnie zawiesinę szpiku morskiej świnki. Po wstrzyknięciu tej surowicy można wywołać znaczną niedokrewność hemolityczną, ale bez cech niedokrewności złośliwej. Erytropoeza była zawsze typu normoblastycznego. W fazie deglobulizacji, wywołanej przez surowicę myelolityczną, zauważono wielką mikrocytozę, w okresie zaś poprawy niedokrewności myelolitycznej wystąpiły makrocyty wielobarwne z dużym wyjaśnieniem środkowym oraz normoblasty. Normoblastoza była w kilku przypadkach o wiele większa, aniżeli w niedokrewności złośliwej. Nie spostrzegano nigdy megalocytów. Nawet w tkance krwiotwórczej, zwłaszcza w szpiku, stwierdzano zmiany, które odpowiadały wynikom badania. W rozmazie szpiku stwierdzono objawy nadczynności, a mianowicie powiększenie liczby normoblastów i makrocytów, i młodych erytrocytów z plazmą zasadochlonną. Coprawda często udawało się wywołać erytropoezę w śledzionie i kilkakrotnie w wątrobie, więc w narządach, które w okresie embrjonalnym wykazywały czynność krwiotwórczą, jednak zawsze chodziło o tworzenie się ciałek typu normoblastycznego. W obrazie leukocytów zaobserwowano odczyn wyraźny po wstrzyknięciu surowicy myelolitycznej, który się przejawia jednocześnie przesileniem retikulocytarnym, powiększeniem liczby wszystkich granulocytów oraz ukazaniem się młodych postaci leukocytów. To nie występuje po wstrzyknięciu surowicy normalnej królika. Stąd wniosek, że zmiany leukocytarne po wstrzyknięciu surowicy myelolitycznej są przejawem nadczynności tkanek myelopoetycznych, towarzyszącej nadczynności erytropoetycznej. Badania szpiku dają wyniki identyczne. A zatem niedokrewność, wywołana surowicą myelolityczną, ma charakter hemolityczny, wywołana przez hemolizyny, zawarte w surowicy myelolitycznej, co również stwierdzono *in vitro*. Próby leczenia niedokrewności myelolitycznych wycięciami z wątroby dały wynik zupełnie ujemny, wycięcie śledziony również pozostało bez efektu. *R. Gorfinkiel.*

S. LOWINGER. Obraz szpiku w przebiegu żółtaczki hemolitycznej. (Folia Haematologica, T. 54, Nr. 1, 1935).

Istota żółtaczki hemolitycznej zależy od konstytucjonalnej właściwości ustroju, która jest dziedziczna, posiada cechy dominujące i polega na wytwarzaniu przez szpik krwinek o osobliwym kształcie i o zmniejszonej oporności. Teoria glo-

sząca, że przyczyną żółtaczki hemolitycznej jest nadmierne niszczenie krwinek przez śledzionę, ma mało zwolenników, gdyż po wycięciu śledziony typ czerwonych krwinek nie ulega zmianie. Autor w 6 przypadkach żółtaczki hemolitycznej badał przyżyciowo szpik; stwierdzono w szpiku średnio do 20% mikronormoblastów i makroblasty. Po usunięciu chirurgicznym śledziony liczba mikronormoblastów nie uległa obniżeniu, natomiast makroblasty wykazały spadek. Pomimo więc wycięcia śledziony szpik nadal wytwarza mikronormoblasty. Makroblastozę w szpiku przed wycięciem śledziony autor ujmuje jako objaw kompensujący nadmierne niszczenie krwinek.

Jakób P e n s o n .

E. SCHINZ. Chloranemja z achylją. (Folia Haematologica, t. 54, Nr. 1, 1935).

W ciągu ostatnich lat coraz częściej opisują przewlekłą, niedobrawliwą niedokrewność z achylją, występującą głównie u kobiet, reagującą najlepiej na przetwory żelaza. Autorka opisuje 11 tego rodzaju przypadków; sprawę obserwowano wyłącznie u kobiet, przyczem w żadnym przypadku nie stwierdzono bezpośredniego powodu niedokrewności. W 8 przypadkach stwierdzono zupełną achylję; spośród tych przypadków — achylja u 4-ch chorych miała cechy oporności na histaminę. W 4 przypadkach stwierdzono gładki język z zanikami; w jednym — zmiany troficzne paznokci, w jednym — nieznaczne parestezje kończyn dolnych. Niedokrewność ma charakter hipochromowy; nigdy nie stwierdza się objawów hemolizy; często leukopenja z limfocytozą. Śledziona często nieco powiększona, serce rozszerzone. Do spostrzeganych zmian troficznych należą paznokcie cienkie, kruche, pozbawione połysku, wklęsłe, t. zw. „spoon nails“, wczesne siwienie włosów. Również niekiedy opisują „glossitis“ oraz t. zw. objaw P l u m m e r - V i n s o n a , polegający na zupełnej dysfagji, zależnej od zaniku śluzówki przełyku. Parestezje na kończynach, przeważnie dolnych, są również dość często obserwowane. Achylja trwa nadal, nawet po zupełnym wyleczeniu. Bez leczenia rokowanie jest niepomyślne. Żelazo daje bardzo szybką poprawę, jednak dość często występują nawroty. Etiologia jest nieznaną; jako momenty etiologiczne jedni wysuwają zaburzenia gruczołów dokrewnych, inni konstytucjonalną achylję; K a z n e l s o n , właściwy twórca opisywanej jednostki chorobowej, sądzi, że niedokrewność jest pochodzenia gastrogennego, a achylja jest skutkiem nieżytności żołądka; autor ten sądzi, że główną rolę odgrywa zatrucie ustroju naskutek zaburzeń żołądkowo-jelitowych, prowadzące do anemii hipo- lub hipochromowej. Wreszcie inna grupa autorów (W i n t r o b e , D a m a s c h e k , J a g i e t . d.) na plan pierwszy wysuwają złe wchłanianie żelaza z przewodu pokarmowego naskutek achylji. Autorka sądzi, że główną rolę odgrywa konstytucjonalna dyspozycja rodzinna; na uwagę zasługują choroby z rodziny, gdzie jednocześnie stwierdza się niedokrewność złośliwą, chloranemję z achylją i zwykłą achylję, której towarzyszą zmiany językowe bez jakichkolwiek zmian we krwi. Podkreślić również trzeba, że niekiedy chloranemja po latach prowadzi do obrazu niedokrewności złośliwej.

Jakób P e n s o n .

Choroby przemiany materji i gruczołów wewnątrzwydzielniczych.

CORNIL L. i PAILLAS J. E. O obniżeniu poziomu cukru we krwi w cukrzycy zapomocą wyciągu z jąder. (Presse Méd. Nr. 27, 1936 r.).

Spostrzeżenia anatomopatologiczne, stwierdzające zmiany organiczne, zaburzenia czynnościowe jąder w przebiegu cukrzycy, oraz próby doświadczalne, wykazujące, iż istnieje prawdopodobny związek między trzustką i jądrami, skłoniły autorów do wypróbowania wyciągu z jąder w cukrzycy. Wstrzykiwali oni dożylnie wyciąg wodny z jąder w ilości, od-

powiadającej 10 g. świeżej substancji całkowitego jądra. U djabetyków zaobserwowano w przeciągu 3-ch godz. po wstrzyknięciu obniżenie poziomu cukru we krwi. Zpóród 5 chorych, leczonych w ten sposób, u 4-ch wystąpiła stała poprawa. Z braku innych hipotez, tłumaczą sobie autorowie działanie wyciągu w ten sposób, iż, podobnie jak u zwierząt, wstrzyknięcie wywołuje przerost i nadczynność wysepek L a n g e r h a n s a . (Jako wyciągu jądrowego można użyć Androstiny „Ciba“ we frakcji A. — Przyp. Ref.).

F. S i e n i c k i .

M. LABBÉ, R. BOULIN, J. E. THIÉRY, M. ULLMAN. Niezupełnie rozwinięta postać choroby Addisona. (Bull. et Mém. de la Soc. Méd. de Hop. de Paris, Nr. 7—1936).

Autorzy opisują przypadek choroby Addisona u 28-letniego mężczyzny, obserwowany przez dłuższy czas. Stwierdzono szereg objawów, nasilających się w miarę pogarszania się ogólnego stanu chorego, a mianowicie astenję, bóle brzuszne i lędźwiowe, melanodermię, hiponatremję, hipochloremję i hipocholesterynię. Przez cały czas nie notowano obniżenia ciśnienia krwi tętniczej, niskiego poziomu cukru we krwi, ani nadmiernej wrażliwości na insulinę. Autorzy sądzą, że w danym przypadku uszkodzenie dotyczy jedynie kory nadnerczy, natomiast istota rdzeniowa, produkująca adrenalinę, jest zachowana; przypadek ten autorzy nazywają „insuffisance surrénale dissociée“.

Jakób P e n s o n .

E. SERGENT, Cl. LANAY, RACINE. W sprawie leczenia choroby Addisona wyciągiem kory nadnerczy. (Bull. et Mém. de la Soc. Méd. de Hop. de Paris, Nr. 2—1936).

Autorzy opisują przypadek choroby Addisona u 34-letniego mężczyzny; chory był leczony wyciągiem kory nadnerczy; stosowano preparat Eucorton dożylnie. Wobec braku poprawy dawkę stopniowo powiększano (do 20 cm.³ dziennie); chory jednak nie poprawiał się i po pewnym czasie zmarł. Na autopsji stwierdzono zserowacenie obu nadnerczy. Przypadek zasługuje na uwagę ze względu na to, że oba nadnercza były do tego stopnia zniszczone, że nie można było znaleźć substancji gruczołowej, a jednak sprawa przebiegała b. wolno i niektóre objawy, jak ciemne zabarwienie skóry, hipotonja i astenja były nieznacznie nasilone. Autorzy sądzą, że reakcja na „kortynę“ jest wybitnie indywidualna; niektórzy chorzy wykazują szybką poprawę, przyczem nawet zmiany barwnikowe skóry zmniejszają się; u innych kora nadnerczy działa dobrze tylko przez krótki okres czasu; wreszcie zdarzają się przypadki, gdzie hormon kory nadnerczy pozostaje bez wpływu na przebieg choroby Addisona.

Jakób P e n s o n .

Choroby kobiet i położnictwo.

WIESSMAN A. Cibalgina, jako środek przygotowawczy do znieczulenia lędźwiowego. (Ztbl. f. Gyn., Nr. 15, 1936 r.).

W klinice uniwersyteckiej chorób kobiecych w Giessen jako środka przygotowawczego do znieczulenia lędźwiowego używano morfiny ze skopolaminą. Jednak alkaloidy opium są nieraz niebezpieczne, mogą spowodować zapaść, a nieraz już w małych dawkach obniżają ciśnienie krwi i osłabiają wrażliwość ośrodkowego oddechowego. Ponieważ już samo znieczulenie lędźwiowe powoduje obniżenie ciśnienia krwi i zmniejsza wrażliwość ośrodkowego oddechowego, więc przeciwwskazane jest używanie środków, które ujemnie wpływają na oddech i ciśnienie krwi. Dlatego od roku wprowadzono, zamiast morfiny ze skopolaminą, cibalginę w postaci zastrzyków domięśniowych i zastosowano już w 400 przypadkach zabiegów operacyjnych. Na serce, krążenie krwi i oddech ujemnego wpływu nie stwierdzono, na ciśnienie krwi działanie było minimalne, również wymioty były nieznaczne. Sposób przygotowa-

nia był następujący: Dzień przed operacją podawano lekkie środki nasenne, półtorej do dwóch godzin przed zabiegiem wstrzykiwano domięśniowo 1 cm.³ cibalginę i 1 cm.³ sympatolu. Pół godziny przed zabiegiem jeszcze raz wstrzykiwano 1 cm.³ cibalginę. U silnych i wrażliwych kobiet musiano pierwszą dawkę zwiększyć do 2 cm.³. Takie przygotowanie powodowało lekką senność; bólu przy nakłuciu pacjentki nie odczuwały. U starszych i osłabionych kobiet już $\frac{3}{4}$ cm.³ cibalginę, wstrzykniętą na pół godziny przed zabiegiem, było zupełnie wystarczające.

Szczególnie gorąco polecany jest powyższy sposób przygotowywania przy cięciu cesarskim, ponieważ morfina ze skopolaminą powodowały często zamartwicę noworodków, czego przy zastosowaniu cibalginę nie obserwowano.

F. Mikulski.

CHAMPION C. Leczenie krwawień, w szczególności krwawień z dróg rodnych kobiecych. (Concours Medical, Nr. 7, 1936 r.).

Krwawienia z dróg rodnych kobiecych mogą mieć różne przyczyny: krwawienia pochodzenia wewnątrz-wydzielniczego bywają w naczynności i niedoczynności aparatu pęcherzykowego i w naczynności ciała żółtego. Także zakażenia, w szczególności prątkiem okrężnicy, oraz zmiany w położeniu macicy mogą wywoływać krwawienia. Wreszcie nieprawidłowe krwawienia zdarzają się w artretyzmie, kile wrodzonej, krwawiącej, hipofunkcji wątroby i t. d. wskutek obniżonej krzepliwości krwi.

Do zwalczania krwawień obok środków, działających przyczynowo, w wielu przypadkach konieczne jest leczenie objawowe. Surowice, wyciągi z narządów, żelatyna i inne podobne środki stwarzają niebezpieczeństwo anafilaksji. Za środek fizjologicznie tamujący krwawienie, autor uważa Coagulen, który podawał przeważnie doustnie w licznych, szczegółowo opisanych przypadkach.

W. Kurowski.

Choroby skóry, weneryczne i płciowe.

E. CASTANO. Leczenie rzeżączki ostrej. (La Semana Medica. Nr. 44, 1935).

Autor stosuje w ostrej rzeżączce jako lek zasadniczy gonakrynę, i to nie doustnie, lecz miejscowo w postaci płukań cewkowo-pęcherzowych, które są znacznie skuteczniejsze; stężenie płynu do płukania wynosi 0,15% lub 0,30% (10 lub 20 cm³ 2% roztworu na 1,5 litra letniej wody). Leczenie jest naogół doskonale znoszone, rzadka tylko, jako powikłanie, występują po 3—4 dniach bóle w cewce przy oddawaniu moczu lub płukaniu, wzgl. wyprysk na żołędzi i napletku; w tych przypadkach należy gonakrynę odstawić, płukać nadal słabym roztworem nadmanganianu potasu, wzgl. przeżegać wyprysk 1% lapisem. W ostrej rzeżączce przedniej cewki, przy klarownym moczu w 2-m naczyniu, w ciągu 3—4 dni płuczemy 0,15% roztworem przednią cewkę, na 4-y dzień jednorazowo wprowadzamy płyn do pęcherza; w razie kurczu zwieracza błoniastego znieczulamy cewkę przez 10 min. 1% roztworem alpininy, eukałai B lub pantokainy. Jeśli po 15 dniach są w pierwszym naczyniu nitki — podnosimy stężenie gonakryny do 0,30%; jeśli po 20 — 25 dniach nitki nie znikły — przechodzimy na nadmanganian, i tu w razie wyleczenia sprawy mocz pozostaje w obu naczyniach klarowny, a nitki szybko znikają, — w przeciwnym zaś razie po pierwszym płukaniu nadmanganianem mocz w pierwszym naczyniu mętnieje, co wskazuje na konieczność dalszego stosowania gonakryny. W rzeżączce tylnej cewki należy stosować płukania 0,15% roztworem gonakryny; po mniej więcej 8 dniach wyciek znika, mocz w obu naczyniach się klaruje, jedynie w pierwszej porcji pozostają nitki. Utrzymywanie się wycieku i zmętnienie wskazuje na konieczność przejścia do płukań 0,15% nad-

manganianem; po upływie kilku dni można powrócić do gonakryny; gdy jednak mocz powtórnie mętnieje, należy ją ostatecznie odstawić. W zapaleniu najądrza lub gruczołu krokowego płuczemy roztworem słabszym, jeśli *prostatitis* nie przebiega zbyt ostro, uciekamy się do codziennego, bardzo łagodnego mięsienia gruczołu po uprzednim napełnieniu pęcherza gonakryną; przy ostrym przebiegu rezygnujemy z masażu, oddając pierwszeństwo ławatywkom z gorącej wody i czopkom z maścią neapolitańską, ichtjolem, belladonną, morfiną.

J. Bauer.

YU TUN-PE. Wartość szczepionki z prątków Duceya w rozpoznawaniu i leczeniu dymienic pachwinowych różnej etiologii. (Revue Française de Dermat. et de Vener. Czerwiec 1935).

Dymienice pachwinowe różnej etiologii są w Chinach nader częste. Autor obserwował rozpoznawcze i lecznicze właściwości szczepionki z prątków Duceya (Dmelcos) na materiale 65 chorych własnych i 60, spostrzeganych przez D-ra Sun. Jednym z zamierzeń autora było sprawdzenie działania nieswoistego szczepionki w przypadkach dymienic niezależnych od szankra miękkiego i niepowstałych na tle kiły. Szczepionka, stosowana w celu rozpoznawczym doskórnie, wykazuje wyraźną swoistość; odczyn dodatni miejscowy, a nawet ogniskowy występuje na 8-y dzień od zakażenia. W celach leczniczych podaje się szczepionkę doustnie. Po 1-em zastrzyknięciu przeważnie występuje odczyn ogólny silny, lecz niepołączony z niebezpieczeństwem dla chorego; dreszcze i gorączka do 41° ustępują dnia następnego. Dalsze zastrzykiwania dają reakcję słabszą, nieraz znikomą. Schorzenia nerek i serca, gruźlica, ciąża oraz wybitnie dodatni odczyn doskórny przed kuracją — nakazują ostrożne dawkowanie początkowe. Stosowanie szczepionki Dmelcos doposażkowe wymaga dawek przynajmniej dwa razy większych. Wyniki leczenia autora: w I-ej grupie 19 chorych — wyleczenie dymienic nastąpiło po pierwszej serji Dmelcos; w II-ej grupie 31 chorych — po skończeniu pierwszej serji należało nadal zastrzykiwać szczepionkę w większych dawkach (3—5 cm³); w III-ej grupie 15 chorych — szczepionka nie miała żadnego wpływu lub tylko przelotny, tak, iż trzeba się było uciec do zabiegu chirurgicznego. Do IV-ej grupy D-ra Sun należało 60 chorych, których stan wymagał natychmiastowej interwencji chirurgicznej, przyczem u 30 chorych zastosowano po zabiegu 5 — 6 zastrzyknięć szczepionki — gojenie trwało 25 dni, gdy u innych 30 chorych szczepionki nie zastosowano — gojenie trwało 38 dni. Szczepionka świetnie wpływała również na gojenie się owrzodzeń o typie szankra, powstałych w miejscu operacji: owrzodzenia te, nieraz rozległe i miesiącami opierające się leczeniu miejscowemu, ustępowały w 12—18 dni pod wpływem 5—7 zastrzyknięć Dmelcos. Z 65 chorych autora — 25 miało szankra miękkiego. Odczyn doskórny był dodatni w 37 przypadkach. Tylko 5 przypadków z odczynem doskórny dodatnim zachowało się oporne w stosunku do szczepionki. W 7 przypadkach z odczynem doskórny ujemnym stwierdzono w ropie gronkowce i paciorkowce. W 32 przypadkach znaleziono gonokoki w ropie z cewki. Dobre wyniki szczepionki dotyczą zarówno dymienic na tle szankra miękkiego, jak i przypadków niezależnych od prątków Duceya. Szczepionka działa na objawy zapalne dymienic, zwłaszcza w ostrem, lecz niezbyt wielkiem powiększeniu gruczołów, działanie w przypadkach podostrych jest słabsze; w stwardnieniu łącznotkankowym — działania niema. Leczenie szczepionką Dmelcos umożliwia w znacznej liczbie przypadków uniknięcie operacji, a w razie zabiegu — skraca wybitnie czas bliznowacenia. Autor zwraca jednak uwagę, iż jedna serja zastrzyknięć może nie okazać się dostateczną; w takim razie należy szczepionkę kontynuować.

J. Bauer.

Streszczenia pojedyncze.

Farmakologia i Toksykologia.

R. FISCHER i H. SALZER. Leczenie zatrucia weronalem.

Wiener klin. Woch. 3.IV.36).

Weronal, wprowadzony do ustroju, krąży w krwi w postaci soli sodowej, rozpuszczalnej w wodzie, lecz nierozpuszczalnej w lipidach i nieszkodliwej dla komórek, gdyż nie może do nich przeniknąć poprzez otoczki lipidowe. Zatrucie zależy od wzajemnego stosunku frakcji *Weronal-Natrium* i związku nie sodowanego, rozpuszczalnego w lipidach. W celu zamiany jaknajwiększej ilości narkotyku na frakcję rozpuszczalną, autorzy wywołują alkalizację ustroju przy pomocy podawania soli alkalicznych pod postacią płukania żołądka 5% roztworem dwuwęglanu sodu a równocześnie dożylnie wstrzykują 25—30 gr. cukru gronowego i 20 j. insuliny. W ten sposób leczenie zatrucia weronalem sprowadza się do alkalizacji i zapobiegania kwasicy, podobnie jak w śpiączce cukrzycowej. U zwierząt doświadczalnych autorzy osiągnęli tą metodą wyniki bardzo zachęcające. Antoni Wajngot.

GROTE. Zatrucie alkoholem. (Hippokrates, zesz. Nr. 6 1936 r.).

Autor odpowiada na pytanie, czy w ostrym zatruciu alkoholem można otrzymać szybki efekt zapomocą insuliny.

Ponieważ w organizmie ludzkim około 85% alkoholu ulega utlenieniu, 10—15% wydziela się przez nerki, gruczoły potowe i ślinowe, należałoby więc w ostrych zatruciach zastosować środek, przyspieszający utlenienie. Tego w każdym razie nie daje insulina, a duże jej dawki zastosowane u ludzi, niedotkniętych cukrzycą, łatwo sprowadzają hipoglikemję. Można by myśleć o tyroksynie, lecz ta znów daje takie zaburzenia, że napewno korzyści nie wyrównałyby strat poniesionych przez organizm. Po wielu doświadczeniach okazało się, że najlepszym środkiem pobudzającym w otruciu alkoholem jest coramina.

F. Mikulska.

ANGLADE i DUHAMEL. Epidemia samobójstw zapomocą gardenalu grasowała na prowincji. (Concours Méd. Nr. 12, 1936 r.).

W czasie licznych samobójstw zapomocą gardenalu (luminalu) autorowie stosowali w celach leczniczych z dobrym wynikiem strychninę i coraminę. Mimo że strychnina ma swych zwolenników, jednak autorowie doradzają ostrożność z jej stosowaniem. Natomiast coramina w postaci wlewań dożylnych z glukozą i przepłukiwań żołądka daje bezsprzeczne dobre wyniki.

F. Mikulska.

Torald SOLLMAN i Nora E. SCHREIBER. Badania chemiczne nad ostrym otruciem dwuchlorkiem rtęci. (Arch. Intern. Med. 1936, t. 57, z. 1).

Najwięcej rtęci wydostaje się z wczesnymi wymiocinami, później przez wymioty lub płukanie żołądka usuwane zostają tylko drobne ilości rtęci. Bardzo mało rtęci wydziela się z moczem. Energiczne przeczyszczanie jest bezcelowe, gdyż w ten sposób wydostaje się bardzo mało metalu. Stężenie rtęci w stolcu jest w dniach późniejszych dziesięciokrotnie większe, niż w moczu lub wymiocinach; rtęć wydziela się przez jelita, ale naogół nie przekracza tu tych ilości, jakie wydziela się przy jej stosowaniu leczniczym. Bardzo nieliczne były dotychczas badania nad stężeniem rtęci w narządach w przypadkach septycznych. Autorzy przeprowadzili takie badania w 3 przypadkach i znaleźli największe stężenie w nerkach (3,8 mg %), następnie w wątrobie ($1\frac{1}{2}$ — $2\frac{2}{3}$ poprzedniego), śledzionie ($1\frac{1}{7}$), jelitach ($1\frac{1}{9}$), sercu, mięśniach i płucach ($1\frac{1}{16}$) i wreszcie w mózgu ($1\frac{1}{27}$). Stężenie rtęci we krwi wynosiło 0,015—0,12 mg %, t. zn. $1\frac{1}{40}$ stężenia w nerkach.

H. Makower (Łódź).

L. PRETI. Zawodowe zatrucia benzolem. (Medicina d. Lavoro Nr. 3/36).

U kobiety 39-letniej, z 2-mies. ciążą, pracującej od kilku lat w fabryce gumowych materiałów nieprzemakalnych, gdzie jako rozpuszczalnika używano benzolu, wystąpiły ciężkie objawy zatrucia o przebiegu następującym. Początkowo bóle i zawroty głowy, zaburzenia z zaparciami stolca i pobołowaniem w nadbrzuszu, bicie serca, duszność przy wysiłku, upadek siły i silna niedokrewność. Po pewnym czasie wystąpiły uporczywe krwawienia maciczne, wybroczyny w skórze stawów, krwotoki z nosa, dziąseł, liczne plamy zielonkawe skóry po podbiegnięciach krwawych. Śledziona i wątroba niepowiększona. Ciąlek czerwonych 1.300.000. Hb 25, indeks 0,93, anizocytoza. Leukopenja 1400 (neutrofilów wielojądrzastych 67%, eozynofiliów 1%, limfocytów 24%, c. przejściowych 1%, monocytów 4%). Brak postaci młodych, niedojrzałych. Gwałtowny spadek trombocytów do 30.000! Obraz krwi, przy braku elementów młodych, pozwalał — po łatwym wyłączeniu niedokrewności złośliwej i essencjalnej — na przyjęcie rozpoznania całkowitej anemii aplastycznej z zanikiem reakcji ze strony szpiku kostnego (aplazji aparatu erytro-leuko- i tromboplastycznego). Czas krwawienia przedłużony do 50 minut (norma 4 — 5 min.), a retrakcja skrzepu do 24 godzin. Pod wpływem opukiwania młoteczką, powstawały na skórze czerwone plamy, a po założeniu lekkiej podwiązki — wybroczyny skórne. Wskutek łatwego do przewidzenia poronienia z następstwami krwotokami i infekcją septyczną — *exitus*. Sekcja zwłok potwierdziła rozpoznanie kliniczne. Krwawienia śródmiąższowe, do błon surowiczych i śluzowych, mózgu, mięśnia sercowego, pęcherza i t. d. Szpik kostny w diafizach żółty, w żebrach i mostku szaro-błady. Benzol, będący produktem destylacji węgla kamiennego i mazi pogazowej, ma zastosowanie jako odczynnik i rozpuszczalnik w przemyśle gumowym, farbiarskim, perfumeryjnym, farmaceutycznym, materiałów wybuchowych, fabrykacji klejów i lepiszcz (np. w fabrykacji obuwia) i t. d. Węglowodory benzolu parują już w zwykłej temperaturze i rezorbuja się przez drogi oddechowe, a, być może, częściowo także przez skórę rąk, maczanych w czasie pracy w benzolu. Stężenia wyżej 10 mmg w 1 litrze powietrza wywołują objawy oszłomienia benzolowego (podobnego do alkoholowego lub chloroformowego), a większe stężenia prowadzą do ciężkiego lub śmiertelnego zatrucia. Stadjum początkowe zatrucia przewlekłego można nazwać „leukotoksyzmem“. Wskutek rozpadu leukocytów powstaje leukopenja, przyczem rozpad jąder powoduje zwiększoną ilość kwasu moczowego we krwi i moczu. W okresie tym pojawiają się jeszcze myelocyty, poczem następuje okres „myelotoksyczny“, gdzie w następstwie poważnego uszkodzenia funkcji szpiku kostnego przestają się wytwarzać postaci młode. Oba stadjum mogą niekiedy przebiegać równocześnie, co zależy od właściwości osobniczych i siły zatrucia. Gdy początkowa reakcja szpiku kostnego jest silna, leukopenja może być przez jakiś czas kompensowana przez napływ elementów młodych, co daje niekiedy nawet obraz leukocytozy; jednak w fazie myelotoksycznej leukopenja ostatecznie utrwała się. W dalszym rozwoju objawów zatrucia spada również liczba ciałek czerwonych i ilość Hb, indeks trzyma się około 1, form niedojrzałych brak. Dalszy postępujący spadek leukocytów prowadzi niemal do agranulocytozy. Stan ten jest szczególnie groźny z powodu braku samoobrony leukocytarnej wobec infekcji. Postępująca tromboopenja, która z reguły przy cyfrze niższej, niż 30.000, połączona jest z krwawieniami. Trombopenję rozpoznajemy albo bezpośrednio przez liczenie trombocytów (norma 250—300.000), albo

pośrednio przez badanie czasu krwawienia (nakłucie ucha) i re-trakcji skrzepu. Trombopenja w zatruciu benzolem tłumaczy się uszkodzeniem szpiku kostnego, gdzie płytki powstają z megakaryocytów, nie zaś zwiększonym ich niszczeniem w aparacie siateczkowo-śródbłonkowym, gdyż nie spotykamy tu powiększenia wątroby i śledziony. Benzol wydziela się z powietrzem oddechowem, czego dowodzi (patognostyczna) woń benzolu w pokoju, w którym umieszcza się zatrutego. Za wydzielaniem benzolu również drogą przewodu pokarmowego przemawiają uszkodzenia błon śluzowych żołądka i jelit i częste owrzodzenia. Wedle niektórych autorów, benzol może również wydzielać się częściowo przez nerki, nie szkodzić jednak ich tkance. Rokowanie zależy od stopnia zatrucia i od indywidualnych właściwości osobnika, jakoteż płci. Kobiety wykazują większą skłonność do ciężkich zatruc, co można sobie tłumaczyć częstszymi u nich zmianami krwi w związku z miesiączkowaniem, ciążą, porodami, częstszą anemią i t. d. Rokowanie jest pomyślniejsze w przypadkach utrzymanej jeszcze reakcji szpikowej (zjawianie się form młodocianych), wątpliwa przy aplazji szpikowej erytro — i leukoblastycznej, zaś zupełnie zła, gdy ponadto zachodzą objawy aplazji aparatu tromboplastycznego. Zapobieganie polega na usuwaniu od pracy z benzolem anemicznych kobiet, zwłaszcza ciężarnych, jakoteż robotników, wykazujących choćby nieznaczna leukopenję. Zatrucia benzolem należą do obowiązkowego ubezpieczenia od chorób zawodowych. Leczenie w zatruciu ostrem polega na przeniesieniu zatrutego do atmosfery czystej, stosowaniu sztucznego oddychania, podawaniu tlenu, środków nasercowych i t. d. W zatruciu lekkim, początkowo wystarczy usunięcie chorego od zajęć z benzolem. W stadium aplastycznym z krwawieniami: transfuzje krwi, wstrzykiwania dożylnie chlorku wapnia, czerwieni kongo, żółtyny domięśniowo. Zatrzymanie się krwawień jest objawem pomyślnym, dalsze ich trwanie zwiastuje *exitus*. Po zatrzymaniu krwawień leczenie, pobudzające szpik kostny (preparaty arsenowe, wyciągi z wątroby), przyczem pojawienie się form młodocianych zmienia rokowanie na lepsze. Leczenie trzeba prowadzić jednak nieprzerwanie, zdarza się bowiem powrót krwawień z ciężkim stanem ogólnym, po okresie poprawy.

J. H o z e r.

Choroby alergiczne.

D. Murray COWIE i Buenaventura JIMENEZ. **Badanie cytologiczne inazetek z nosa u uczulonych i nieuczulonych osób z objawami nosowymi ze szczególnem uwzględnieniem liczby eozynochłonnych i jednoczesnego badania cytologicznego krwi.** (Arch. Intern. Med. 1936, t. 57, z. 1).

Osoby uczulone, mające wydzielinę z nosa, wykazują w niej wyraźnie zwiększenie liczby eozynochłonnych. 20—25% eozynochłonnych w wydzielinie wskazuje na alergiczne podłoże cierpienia. Eozynofilia ta występuje zarówno u osób uczulonych na pyłki, jak i u takich, które na pyłki uczulone nie są; wydaje się ona zwiększoną u osób, posiadających również uczulenie naskórka. Przeziębienie wywołuje może znaczne obniżenie liczby eozynochłonnych u osób uczulonych. Ścisłej współzależności między eozynofilią miejscową a eozynofilią we krwi nie stwierdza się, jednakże u osób uczulonych eozynofilia we krwi, i to niekiedy znaczna, występuje nierzadko. Badanie wydzieliny z nosa na eozynofilię ma duże znaczenie praktyczne, gdyż pozwala na wykrycie alergicznego pochodzenia przypadków, któreby w inny sposób nie dały się określić.

H. M a k o w e r (Łódź).

F. LASCH. **O objawach alergicznych w pozajelitowym leczeniu wątrobowym.** (Wien. med. Wschr. Nr. 5 1936)

Autor podaje opis przypadku niedokrewności złośliwej i dychawicy oskrzelowej, w którym w przebiegu leczenia Campolonem wystąpiły objawy anafilaktyczne (pokrzywka, obrzęk Quincke'ego, zapasć naczyń ruchowa). Dokładne badania wykazały prawdziwą alergję, dającą się biernie

przenosić, bardzo silnego stopnia w stosunku do preparatów wątrobowych do wstrzykiwań, przyczem okazało się, że Campolon nie zawiera białka. Dzięki przeprowadzonemu jednocześnie leczeniu przeciwalergicznemu udało się doprowadzić do końca ze skutkiem rozpoczętą kurację.

H. L.

Choroby serca i naczyń.

C. LIAN, J. FACQUET. **Szybkość krążenia krwi w przebiegu niedomogi mięśnia sercowego.** (Bull. et Mém. de la Soc. Med. de Hôp. de Paris Nr. 9 - 1935).

Próba polega na dożylnym wstrzyknięciu pewnej substancji, której obecność stwierdza się po pewnym czasie w oddalonym narządzie. Po licznych próbach z histaminą, decholiną, fluoresceiną, autorzy przekonali się, że najlepszym środkiem jest sól sodowa sacharyny, która wywołuje po dożylnym wstrzyknięciu wyraźne i krótkotrwałe uczucie słodczy w ustach; szybkość krwi, tą metodą mierzona, wynosi u zdrowych 10—16 sekund. W niedomodzie mięśnia sercowego szybkość krążenia krwi jest wyraźnie zwolniona, co niekiedy ma ważne znaczenie rozpoznawcze, gdyż objaw ten może być zwiastunem rozpoczynającej się niedomogi serca. Autorzy sądzą, że wyżej opisana metoda, jako prosta, tania i nieszkodliwa, winna być wprowadzona do badań klinicznych.

Jakób Penson.

M. KOWALEWA. **Zmiany w przemianie wodnej u chorych sercowych z niewyrównaniem pod wpływem środków przeczyszczających.** (Sow. Wracc. Żur. 1936, 4).

Większość środków przeczyszczających (zwłaszcza *magn. sulf., fol. sennae, ol. ricini*) zwiększa diurezę u niewyrównanych chorych sercowych. Wprowadzenie przez odbytnicę niektórych środków przeczyszczających (jak *magnes. sulf., folia sennae*) można przy ciężkich objawach zastoinowych z powodzeniem zastąpić podawaniem doustnem. *Natrium sulfuricum* mało zwiększa diurezę, a czasem ją obniża. Dlatego nie należy stosować *natr. sulf.* u chorych z niewyrównaniem wadami sercowymi.

S. G u z m a n.

MARFAN. **Nakłucie osierdzia poprzez nadbrzusze.** (Arch. mal. du coeur r. 1936 Nr. 3).

W pierwszej części pracy autor omawia symptomatologję wysięku osierdziowego i dochodzi do wniosku, że żaden z objawów nie ma dla rozpoznania zasadniczego znaczenia. Zespół objawów pod postacią tarcia osierdziowego, rozszerzenie granic serca, powiększenia cienia na ekranie przy rentgenoskopji, tętno dziwaczne, duszność, zmiany EKG — rzadko występują razem, a poza tem mogą występować i w innych chorobach sierdzia. Te braki djaagnostyki należy uzupełnić przez nakłucie osierdzia. Rzadkie stosowanie tego zabiegu tłumaczy się licznymi niebezpieczeństwami, które mu mogą towarzyszyć. Po omówieniu dotychczasowych metod nakłucia autor przedstawia własną, którą stosuje od r. 1911. Ze względu na ważność zabiegu podamy szczegółowo jego przebieg: Chory winien znajdować się w pozycji półsiedzącej. Odślania się i odkaża nadbrzusze. Operator wymacuje wskazicielem lewej ręki wyrostek mieczykowaty i wbija trójkątne Potaina (wygięty) pod wyrostek mieczykowaty w linii środkowej ciała, poczem kieruje go wlewo i ku górze, aby w momencie przebicia osierdzia ustawić igłę tak, by opierała się o wewnętrzną powierzchnię mostka. Ten sposób zapobiega wszelkim niebezpieczeństwom uszkodzenia serca i pozwala na łatwe odbarczenie osierdzia z płynu. Na 31 zabiegów w 20 autor nie miał żadnych objawów ubocznych. W 7 — nie było płynu, w 4 — (dwukrotnie u dwóch chorych) — płynu nie wydobyto z powodu zarośnięcia jamy osierdzia przez liczne przegrody z błon rzekomych. W jednym tylko wypadku nastąpiło przekucie mięśnia nadmiernie rozciągniętej komory prawej. Jako wskazanie autor podaje przede wszystkim podejrzenie o wysięk dużych rozmiarów. Przeciwwskazaniami są: znaczne wzdęcie brzucha i zniekształcenie wyrostka mieczykowatego.

Nakłucie osierdza nie daje wyniku w przypadkach podzielenia wysięku błonami rzekomymi na liczne drobne przegródki, a także wtedy, gdy płyn zbiera się na przedniej ścianie serca i tam się otorbia. Metoda *Marfana* godna jest polecenia, jako bezpieczniejsza od innych rodzajów nakłucia osierdza. Praca ilustrowana jest doskonałymi rysunkami.

Antoni W a j n g o t.

Choroby dróg moczowych.

PASTEUR VALLERY-RADOT, P. DELAFONTAINE, J. TROMBERT. **Przebieg t. zw. nerczycy lipidowej w mocznicy.** (*Annales de Médecine*, T. 38, Nr. 11, 1935).

Autorzy sądzą, że nerczyca lipidowa jest schorzeniem niezmiernie rzadkiem; przypadki opisywane, jako nerczyca lipidowa, stanowią przeważnie zwykłe zapalenie nerek, gdzie występują zaburzenia humoralne, spotykane w przebiegu nerczycy lipidowej. Nerczyca lipidowa jako samodzielna choroba jest przez wielu autorów wogóle kwestionowana. Autorzy zebrali wszystkie przypadki nerczycy lipidowej, ogłoszone w piśmiennictwie francuskim. Okazało się, że jeśli obserwacja chorych trwa dość długo, po pewnym czasie rozwija się mocznica i obraz marskiej nerki. Autorzy podkreślają, że zupełne wyzdrowienie z nerczycy lipidowej występuje przeważnie u dzieci. Autorzy poddali analizie 51 przypadków. Zjawienie się azotemii, przekraczającej 1 gr., jest objawem zwiastującym mocznicę. Na specjalną uwagę zasługują zmiany anatomopatologiczne; niekiedy nie stwierdza się zwyrodnienia lipidowego: kanalików nerkowych w przypadkach, przebiegających za życia jako typowa nerczyca lipidowa; w 3 przypadkach nerczycy lipidowej bez azotemii na autopsji stwierdzono zmiany marskie kłębków i tkanki śródmiąższowej. Autorzy sądzą, że nerczyca lipidowa nie różni się ani klinicznie, ani anatomopatologicznie od zwykłego przewlekłego zapalenia nerek. Autorzy Amerykańscy i Niemieccy oddzielają nerczycę lipidową od zapaleń nerek i sądzą, że zaburzenia humoralne, typowe dla nerczycy lipidowej, wtórnie prowadzą do nacieczenia lipidowego kanalików nerkowych. Zdaniem autorów jest to pogląd niesłuszny, gdyż *Widal* przed laty dowiódł, że zapalenie nerek z obrzękami b. często przebiega z hipoproteinemią i hipercholesterynemią.

Jakób P e n s o n.

D. GEFT. **Sprawność czynnościowa nerek u kilowych.** (*Wraczebnioje Dielo* r. 1936, Nr. 3).

Badając sprawność czynnościową nerek u kilowych, autor wybrał te przypadki, w których nie było żadnych objawów ze strony narządu moczowego. Okres cierpienia kilowego był dowolny. W 72% stwierdzono przy próbie wodnej poliurję, nykturę zaś aż w 98%. Inne zaburzenia, a mianowicie wydzielanie soli kuchennej i mocznika było upośledzone zaledwie w nielicznej części przypadków. Te zmiany czynnościowe nie ustępowały pod wpływem leczenia swoistego. Autor tłumaczy opisane zjawiska znanym tropizmem jadu kilowego w stosunku do naczyń, a że i leczenie swoiste, przede wszystkim związkami metali ciężkich, ma podobny wpływ na naczynia, zmiany czynnościowe stają się nieodwracalne. Obserwacja czynności nerek w czasie leczenia swoistego ma duże znaczenie, gdyż postępujące upośledzenie czynności stężającej staje się sygnałem do przerwania kuracji lub zastąpienia używanych środków przez mniej toksyczne. Ocena środków przeciwikiowych z tego punktu widzenia jest w toku badań.

Antoni W a j n g o t.

J. M. BASTOS. **Doświadczenia z nowym środkiem do odkażania dróg moczowych.** (*A Medicina Contemporanea* Nr. 51/1935).

Autor wypróbował w 300 przypadkach barwnik azowy neotropinę. Złożyły się na to przypadki *cystitis*, *pyelitis* i *pyelonephritis*; stosował również neotropinę przed i po zabiegach urologicznych. Dodatkowo działanie omawianego barwnika tłu-

maczy się jego silnem powinowactwem do tkanek i własnościami przeciwbakteryjnymi. Autor podnosi zwłaszcza doskonałą tolerancję tego preparatu. *Bastos* zaleca podawanie neotropiny 5—6 dni, kontynuując dalsze leczenie po 2—3-dniowej przerwie. W odpowiednich przypadkach podawał w przerwach urotropinę.

B. N e u m a n.

N. A. RATNER. **Określanie kreatyniny we krwi jako metoda czynnościowego rozpoznawania niedomogi nerek.** (*Terapewt. Arch.* t. XIII, Nr. 4).

Określanie zwiększonej zawartości kreatyniny we krwi stanowi ze względu na prostotę, dokładność i szybkość metody, praktycznie jeden z lepszych sposobów stwierdzania niedomogi nerek. Podobnie jak inne oddzielnie wzięte próby czynnościowe, hiperkreatyninemja, wyjawsz, być może, krańcowe jej stopnie, nie rozstrzyga sama przez się o niedomodze nerek, — decyduje o tem zagadnieniu zwykle całokształt wszystkich danych klinicznych. W ostrych zapaleniach nerek nawet wysokich liczb kreatyniny nie można uważać pod względem rokowniczym za bezwzględnie niepomyślne. W przewlekłych schorzeniach nerek nawet niezbyt zwiększone liczby kreatyniny należy traktować pod względem rokowniczym poważnie. Poza nerkową hiperkreatyninemję spostrzega się w niewyrównaniu sercowym, zakażeniach, ciężkich uszkodzeniach wątroby, stanach śpiączkowych (w śpiączce wątrobowej, zimniczej, cukrzycowej), w zwężeniu odźwiernika; może ona tutaj dosięgać znacznych stopni. Równoległe ze zwiększaniem się zawartości kreatyniny we krwi przebiega spadek ilości hemoglobiny, liczby czerwonych ciałek krwi i zawartości cholesterolu. Jeżeli hiperkreatyninemja stanowi dość pewną oznakę niedomogi nerkowej, to urikemią zależy bardziej od czynników pozanerkowych, i zawartość kwasu moczowego we krwi często się zmniejsza w wyraźnej niedomodze nerek i hiperkreatyninemji.

H. L.

Choroby dzieci.

SEREBRIJSKI. **Krytyka zasad sztucznego karmienia niemowląt.** (*Woprosy Ped.* II—35 r.).

Opierając się na najnowszych zdobyczach fizjologii niemowląt, autor poddaje krytyce niektóre utarte zasady, stosowane przy karmieniu. 1) **c z a s k a r m i e n i a.** Przyjęte jest odżywiać niemowlę 7—6—5 razy na dobę, zależnie od wieku; w nocy przerwa; również między posiłkami przerwa jest jednakowa, a więc co 3—3½ lub co 4 godziny. Tymczasem obserwacja niemowląt, karmionych piersią, wykazuje znaczne wahania w ilości wypitego pokarmu (80—300 gr.) i w zależności od tego przerwa między jednym posiłkiem a drugim może być krótsza lub dłuższa. Autor jest zdania, że brak fizjologicznych podstaw do utrzymania równych przerw między posiłkami. Odchylenia mogą wynosić godzinę, ważną natomiast jest rzeczą, aby niemowlę otrzymało należną liczbę posiłków. Podobnie się rzecz ma z nocną przerwą: nie może ona być jednakowa dla wszystkich niemowląt. Np.: gdy niemowlę prześpi ostatnie karmienie na 12-tą w nocy, obudzi się natomiast o 2-ej, nie należy go gwałtem karmić o 12-ej, lecz o 2-ej w nocy, aby niemowlę mogło spokojnie przespać resztę nocy. 2) **l i c z b a p o s i ł k ó w.** W 1-m półroczu zwykle niemowlę otrzymuje 7—6 posiłków. Są jednak niemowlęta, które się doskonale rozwijają na 5 a nawet 4 posiłkach, szczególnie w 11-m półroczu. 3) **l i c z b a p o s z c z e g ó l n y c h d a ń.** Gdy niemowlę jest karmione sztucznie, otrzymuje ono w równych przerwach jednakową porcję do spożycia. Wspominaliśmy, że jest to sposób niefizjologiczny i wielkość każdego posiłku musi być dostosowana do wymagań niemowlęcia, np.: większość niemowląt rano, gdy się obudzi, zjada więcej, niż wynosi przepisana porcja, natomiast gdy jest śpiące, nie może zjeść całego posiłku. Autor twierdzi, że w tych razach w jednym wypadku należy porcję zwiększyć, w drugim zmniejszyć.

szyc. 4) ilość dobowa pokarmu. Przeciętnie niemowlę wypija 900 gr. płynu na dobę. Jest to liczba względna. Należy pamiętać, że zapotrzebowanie niemowląt, karmionych sztucznie, jest naogół większe, i może niekiedy dojść do 1.300 gr. 5) wartość kaloryczna pokarmu. Liczby podawane zwykle (110—70 kal. na kilo) są bardzo często niedostateczne. Zapotrzebowanie wielu niemowląt jest znacznie większe i może niekiedy przekraczać 200 kal. na kilo wagi. Należy zawsze uwzględnić wiek i stan odżywienia niemowlęcia, jego właściwości osobnicze, środowisko, w którym przebywa, rodzaj pokarmu jaki otrzymuje. Autor jest zwolennikiem liberalnego odżywiania niemowląt w II-m półroczu. Według niego, niemowlę może się doskonale rozwijać bez potrzeby każdorazowego dawkowania poszczególnych posiłków. Niemowlę winno zjadać tyle, ile zechce, nie więcej jednak niż 250 gr. na danie, przy 5 posiłkach na dobę. Autor twierdzi, że miał bardzo dobre wyniki, lecz zaznacza, że słabą stroną tej metody jest możliwość przekroczenia tolerancji dziecka.

A. Kirszbraun.

Nils FAXEN. Rokowanie w przypadkach drgawek wieku dziecięcego. (Revue Fr. Ped. XI. — 6. — 1936).

Jaki jest los chorych, którzy w wieku dziecięcym mieli drgawki? Autor, chcąc dać odpowiedź, przeprowadził wywiad w 396 przypadkach, które w ciągu 10 lat były kierowane do kliniki z powodu drgawek. Pomijając drgawki, wywołane przez tężyczkę, które dają dobre rokowanie, autor rozpatruje następujące grupy drgawek: 1) drgawki, towarzyszące chorobom organicznym układu nerwowego, jak: wady rozwojowe, niedorozwój wrodzony, urazy porodowe, zapalenie mózgu oraz wstrząs mózgu. W tej grupie wady rozwojowe oraz urazy porodowe dają złe rokowanie, gdyż wszystkie te dzieci okazały się upośledzone; 2) epilepsja: rozpoznanie to było postawione w 95 przypadkach powtarzających się drgawek przez wyłączenie innych przyczyn. W 15 przypadkach stwierdzono stan dobry, brak drgawek od kilku lat; pozostałe wykazują nawroty, niedorozwój umysłowy; część chorych została izolowana; 3) drgawki u dzieci neuropatycznych, powstające w związku z urazem psychicznym; rokowanie jest dobre: nie stwierdzono w żadnym przypadku epilepsji prawdziwej; 4) drgawki, towarzyszące chorobom zakaźnym. Są one wyrazem zapalenia mózgu. Drgawki te naogół nie mają większego wpływu na przebieg choroby zakaźnej. Wpływ zaś drgawek na dalszy rozwój dzieci uwidacznia podane przez autora zestawienie, według którego wynika, że w 238 przypadkach chorób zakaźnych, którym towarzyszyły drgawki, zanotowano upośledzony rozwój, zaś w 5% typowe napady drgawek epileptycznych. Z zestawienia, podanego przez autora, wynika, że konwulsje najczęściej występują przed 3-im rokiem u dzieci wątłych, zaś epilepsja staje się częstsza powyżej 3-go roku życia.

A. Kirszbraun.

REYDERMANN. Przewlekłe bóle brzucha u dzieci. (Revue Fr. Ped. XI. — 6).

Wśród pedjatrów przeważa opinia, że skargi na przewlekłe bóle brzucha u dzieci w wieku szkolnym i przedszkolnym zwykle nie mają podłoża organicznego, lecz przeważnie są wyrazem stanów neuropatycznych. Ten pogląd należy uważać za błędny, gdyż dokładna obserwacja wykazała, że wiele z tych dzieci cierpi na poważne zaburzenia czynności ruchowej i wydzielniczej żołądka. Zaburzenia te dają się stwierdzić po dokładnym zbadaniu przewodu pokarmowego metodami, przyjętymi u dorosłych chorych, jak badanie treści żołądkowej przed i po próbnym śniadaniu, badanie zgłębnikiem 12-cy, zdjęcie rg-skie. W ten sposób można uniknąć błędów i dokładnie rozpoznać dzieć już nie należące u dzieci do wyjątków stany chorobowe, jak: nadkwaśność lub brak kwasu solnego w żołądku, wrzód żołądka lub 12-cy, zapalenie pęcherzyka i dróg żółciowych. Autor powołuje się na Albu, który stwierdził u

31 dzieci w wieku poniżej 10 lat przewlekły nieżyt żołądka: badanie treści żołądkowej wykryło zupełny brak kwasu solnego i pepsyny. Niektórym z tych dzieci usunięto wyrostek robaczkowy, ale objawy chorobowe (bóle brzucha, przeważnie w dolku, wymioty) nie ustąpiły.

Autor twierdzi, że wiele chorób przewodu pokarmowego u dorosłych rozpoczyna się już w wieku dziecięcym, szczególnie wrzód i brak kwasu żołądkowego. Racjonalne i skuteczne leczenie tych stanów chorobowych wymaga, aby były one wcześniej rozpoznane, zaś prawidłowe rozpoznanie jest możliwe tylko po dokładnym i obiektywnym badaniu dziecka.

A. Kirszbraun.

SCHNEEGANS. Rola odwodnienia w zaburzeniach odżywiania niemowląt. (Revue Fr. Ped. XI. — 6).

Pierwsze doniesienie poświęcone jest odwodnieniu i hydremji. Woda w tkankach i we krwi występuje w dwóch postaciach: jako wolna oraz związana z koloidami. Stopień hydremji określa się pośrednio zapomocą refraktometrii, lub bezpośrednio przez oznaczenie procentowej ilości wody w 1 cm wysuszonej krwi; przeciętnie wynosi ona 80%. Zawartość wody w tkankach, względnie stopień odwodnienia określamy pośrednio przy pomocy próby Aldrich-Mac Clure do skóry zastrzykujemy 0,2 cm³ fizjol. roztworu soli i określamy czas do chwili całkowitego wessania się bąbla: im ustrój jest bardziej odwodniony, tem szybciej bąbel ulegnie wchłonięciu (od 4 do 12 minut). Zawartość wody we krwi zdrowego niemowlęcia wynosi przeciętnie 82%; wahania nie przekraczają 3%; u niemowląt wodochwijnych odchylenia są znacznie większe. Utrata wody odbywa się głównie przez przewód pokarmowy i drogi oddechowe. Objawy odwodnienia słabego stopnia prowadzą się do spadku wagi; zawartość wody we krwi normalna. W odwodnieniu średniego stopnia (spadek wagi, szara skóra, zapadnięte ciemię, sprężystość skóry zmniejszona) zawartość wody we krwi obniża się o 3%—6%. Próba Aldricha wykazuje zwiększoną chłonność wody przez skórę. W ciężkich stanach odwodnienia (zapadnięte oczy) utrata wody we krwi również nie przekracza 6%; stan ten daje się utrzymać dzięki współdziałaniu ośrodków regulujących przemianę wodną ustroju, które nie pozwalają na dalsze obniżanie zawartości we krwi, gdyż zagrażałoby to bezpośrednio życiu niemowlęcia.

A. Kirszbraun.

BEDELJAN i SAWELJEW. Zapobieganie odrze w żłobkach. (Wopr. Ped. II. — 1935).

Zastrzyknięcie 3—5 cm.³ surowicy ozdrowieńców dzieciom we wczesnym okresie wylegania (do VI-go dnia) zapobiega występowaniu odrze. Odporność ta trwa 3—4 tygodnie. Wobec trudności otrzymywania większej ilości tej surowicy, autorzy, chcąc uodpornić większą liczbę dzieci, stosowali surowicę dorosłych i częściowo surowicę krwi z łożyska, które zastrzykiwano jednorazowo w ilości 25 cm.³ wzgl. 50 cm.³ domięśniowo. Ogółem uodporniono 931 dzieci, wyniki były następujące: 1) 691 dzieci otrzymało po 50 cm.³ surowicy dorosłych między I—VI dniem okresu utajenia; 10 dzieci zachorowało (1,4%); przebieg choroby lekki. 2) 25 dzieci otrzymało również we wczesnym okresie utajenia, czyli do VI-go dnia, po 25 cm.³ surowicy łożyskowej; żadne z dzieci nie zachorowało. 3) 43 dzieci otrzymało w późnym okresie utajenia, po 6 dniach, po 50 cm.³ surowicy dorosłych; 13 dzieci zachorowało; przebieg choroby lekki. 4) 172 dzieci otrzymało po VI-m dniu wylegania po 25 cm.³ surowicy dorosłych; 30 dzieci zachorowało, z tych 2 zmarło. Autorzy dochodzą do wniosku, że najlepsze wyniki otrzymuje się po zastrzyknięciu 25 cm.³ surowicy łożyskowej lub 50 cm.³ surowicy dorosłych, pod warunkiem jednak, aby dzieci uodporniono najpóźniej VI-go dnia okresu utajonego. (Przyjęto, że dzień ukazania się wysypki u chorego odpowiada IV-mu dniu okresu utajenia u otoczenia).

A. Kirszbraun.

Streszczenia pojedyncze.

Patologia kliniczna i doświadczalna.

K. ULERKO-STRAGANOWA. Wpływ preparatów śledziony i grasicy na rozwój nowotworów. (Akusz. i Ginek. 1936, 1).

Autorzy oddawna zwrócili uwagę na rolę śledziony w rozwoju nowotworów. Fischer, Broncatti, Brûde wykazali, że po wprowadzeniu wyciągów śledzionowych i grasicy nowotwór rozwija się znacznie słabiej niż u zwierząt kontrolnych. Preparaty śledziony i grasicy działają naogół jednakowo na wzrost nowotworów, stwierdza się to również na narządach mięsnych. Najbardziej dodatni wpływ śledziony na nowotwory widzimy zwłaszcza w wypadku wczesnego zastosowania tych preparatów w niedużych nowotworach. Zatrzymuje się ich wzrost, otarbiają się i czasem rozpadają wewnątrz torebki. Wielkie nowotwory rosną znacznie wolniej niż kontrolne, następują zmiany wsteczne komórek rakowych oraz czasami ich zupełny rozpad i zagojenie. W narządach mięsnych zwłaszcza w wątrobie i śledzionie spostrzega się obraz aktywacji siateczkowo-śródbłonkowego układu: w wątrobie skupienia limfo- i myelocytów nawet tam, gdzie było stłuszczenie; w śledzionie — zachowanie ciałek Malpighiego, nacieczenia monocytarne, nawet w częściowym zwyrodnieniu skrobiowatym. Wzmocnienie sił obronnych ustroju wyraża się również w obrazie morfologicznym białym krwi, który staje się zbliżony do normy (u myszy). W ten sposób preparaty śledziony i grasicy aktywują układ siateczkowo-śródbłonkowy. Nie jesteśmy, jednak, w stanie odpowiedzieć na to, czy te preparaty wpływają swoiście na nowotwory. Zwyrodnienie komórek nowotworowych, łącznie z czynnym nacieczeniem, rozbieżnością i zanik nowotworów drogą gnicia, co potwierdzają spostrzeżenia kliniczne przemawia za jakimś wpływem leukocytów na wzrost nowotworów złośliwych. Niezwykle ciekawe spostrzeżenia, podane przez autorów, rzucają pewne światło na patogenęzę nowotworów złośliwych i zachęcają do dalszych badań w tym kierunku. S. Guzman.

WINFELD. Pooperacyjne zmiany we krwi. (Bibl. Laeger v. 126, II).

U 81 pacjentów ze sprawami bezgorączkowymi (9 — złamań, 72 operacje) dokonano badania krwi w celu ustalenia, czy na podstawie pewnych zmian nie można rozpoznać powstawania zakrzepów. Określono objętość czerwonych krwinek, liczbę płytek krwi, czas opadania, ilość fibrynogenu oraz Ca w surowicy i krwinkach i czas krzepliwości. Autor doszedł do wniosku, że zarówno zmiany we krwi i ich brak po operacji nie pozwalają stawiać jakiegokolwiek bądź rokowania. Badania te nie przedstawiają żadnej wartości dla wczesnego rozpoznawania zakrzepów. S. Guzman.

F. MEYTHALER, G. SCHROFF. Skuteczność insuliny u osób zdrowych i chorych. (Klin. Woch. Nr. 25—1935).

Regulacja glikemii w ustroju zależy od sprawnej czynności aparatu neurohormonalnego. Chcąc przekonać się o roli wątroby i gruczołów dokrewnych w regulacji glikemii, autorzy wstrzykiwali naczeczko dożylnie insulinę (jednostka na kg. wagi) osobom zdrowym i chorym i porównywali uzyskane krzywe glikemii. U osób zdrowych przebieg krzywej insulinowej prawie zawsze był jednakowy; mianowicie glikemia szybko obniżała się do niskich wartości, jednak nie notowano objawów hipoglikemicznych; po 1—1½ godz. działanie insuliny wygasło i glikemia wracała do normy. W przebiegu różnych cierpień wątroby insulina działa 2 razy dłużej, niż u zdrowych, przyczem często występują stany hipoglikemiczne; po osiągnięciu

nięciu najniższej wartości glikemii bardzo wolno narasta. W akromegalii skuteczność insuliny jest wybitnie zmniejszona; w chorobie Simmondsa i Addisona stwierdza się dużą wrażliwość na insulinę. Autorzy sądzą, że centralnym narządem, regulującym poziom cukru we krwi, jest wątroba; przysadka mózgowa, tarczyca, trzustka i nadnercza odgrywają rolę pomocniczą. Na zasadzie próby insulinowej można rozpoznać niedoczynność lub nadczynność gruczołów dokrewnych, działających przeciwnie względem trzustki. Np. w akromegalii stwierdzamy znacznie zmniejszoną wrażliwość na insulinę, co świadczy o nadczynności przysadki, produkującej nadmierną ilość hormonu kontrainsularnego.

Jakób Penson.

L. B. LAPLACE. Obserwacje nad wpływem połączenia tętniczko-żylnego na krążenie u człowieka. (Amer. Journ. Med. Sciences, 1935, t. 189, z. 4).

Obserwacje te poczyniono u 35 letniego murzyna, u którego połączenie tętniczko-żylnie na udzie powstało 5 mies. przedtem po postrzale, w ciągu 6 tygodni przed operacją i 8 tygodni po. Stosunek między charakterystycznym wzrostem ciśnienia skutkiem ucisku na połączenie a bradykardią nie był tak stały, ażeby bradykardię można było odnieść całkowicie do zmian ciśnienia. Rzut minutowy serca był zwiększony przez połączenie tętniczko-żylnie o 24%, przyczem jednakże prąd krwi przez naczynia włosowate był zmniejszony. W postawie stojącej ucisk na połączenie wywoływał rozjaśnienie pól płucnych podczas prześwietlania. Po operacji powierzchnia sylwetki serca i wymiar poprzeczny uległy zmniejszeniu o 45%. Rozszerzenie serca było zapewne wywołane, zgodnie z poglądami Lewisa i Druryego, przez niedostateczne ukrwienie tętnic wieńcowych.

H. Makower (Łódź).

Philip SHAMBAUGH. Zmiany krążenia w dławicy piersiowej. Badania doświadczalne. (Arch. Intern. Med. 1935, t. 56, z. 1).

Powszechnie przyjmuje się, że wzrost ciśnienia i szybsze tętno, obserwowane często w czasie napadów dławicowych spowodowane są przez ból i strach, odczuwane przez chorych podczas ataku. Christian, Wood, Wolfert, Lewine i Ernste, Wayne i Laplace po dokładnych badaniach klinicznych wypowiedzieli przypuszczenie odwrotne, że to skok ciśnienia wywołać może napad dławicowy. Istnieją już również pewne badania doświadczalne, wykonane na psach, poświęcone temu zagadnieniu. Shambaugh przeprowadził badania nad ciśnieniem krwi w czasie wywoływania bólu dławicowego u psów, nieznieczulonych. W tym celu przewijał luźno naczynia wieńcowe, końce nici przeciągał przez szklaną kaniulę nazewną, psy wracały po operacji do stanu normalnego, a wystające końce nici umożliwiały dowolne zaciskanie tętnicy wieńcowej. Dokładne badania wykazały, że czasowa ischemia mięśnia sercowego, wywołująca wyraźny odczyn bólowy u zwierzęcia, nie powoduje podniesienia parcia krwi. Odczyn bólowy — popłakiwanie i zeszywnienie kończyn przednich często szedł w parze z szybszym oddechem. Jeżeli wywoływało się subminimalne zaciśnięcie tętnicy, nie wystarczające do wywołania bólu, to można było wywołać napad bólowy przez nagłe podniesienie ciśnienia za pomocą epinefryny. Natomiast zwiększenie szybkości tętna przez atropinę wpływu tego nie miało. Badania autora potwierdzają znaczenie nagłego podniesienia ciśnienia krwi jako czynnika patogenetycznego w dławicy piersiowej.

H. Makower (Łódź).

Lecznictwo.

Th. BAUMANN. Spostrzeżenia nad działaniem bromu i prominalu w stanach po zapaleniu mózgu. (Schweiz. Med. Woch. 1935, Nr. 49).

W dwu przypadkach stanu postencefalitycznego w wieku dziecięcym działały bardzo korzystnie na nadmierne ślinienie względnie duże dawki bromu (w postaci mieszanin *E r l e n m e y e r a*). Na kurcze o charakterze padaczkowym wybitnie korzystny wpływ wywierał *p r o m i n a l*, środek z grupy kwasu barbiturowego.

Jan B a d e r.

CAMBASSEDES. Odkazanie jelit wyciągiem z czarnych jagód. (Arch. mal. digest. et nutr. Nr. 4, 1936 r.).

40% wyciąg wodny ze świeżych czarnych jagód zabija prątki okrężnicy *in vitro* i wywoławia przewód pokarmowy królików, zakażonych złośliwym szczepem tego prątka; u tych królików bezpośrednio po zaszczepieniu stwierdzono *b. coli* w moczu; po podawaniu wyciągu z czarnych jagód prątki okrężnicy znikają z moczu. Niektóre fakty skłaniają autorów do polecania leczenia wyciągami z borówek zaburzeń we florze bakteryjnej jelit, przedewszystkiem w kolibacyzie u dzieci.

Antoni W a j n g o t.

CAPECCHI U. Wady wlewań podskórnych z dodatkiem adrenaliny i stosowanie wlewań z Coraminą. (Bollet. della Accad. Med. Pistoiese „Filippo Pacini”, str. 75—79, grudzień 1935 r.).

W wielu klinikach stosowane są wlewania podskórne roztworu fizjologicznego soli kuchennej lub cukru gronowego z dodatkiem adrenaliny (20—24 kropli 1% Adrenaliny na 250 ccm. roztworu). Tego rodzaju wlewania często wywołują ciężkie uszkodzenia, jak martwicę skóry w miejscu wstrzyknięcia oraz zgorzel gazową, co odnieść należy do ubocznego działania adrenaliny. W klinice autora od kilku lat zamiast adrenaliny dodaje się coraminę w ilości 10 ccm. na 200—250 roztworu, szczególnie w przypadkach zakażeń — stwierdzono dodatni wpływ na krążenie i oddychanie bez żadnych niepożądanych ubocznych działań.

W. K u r o w s k i.

KICIŃSKI A. i RUBINSTEJN B. Spostrzeżenia nad stosowaniem Cibalginy w szczególności w postaci czopków. (Therapia Nova, Nr. 2, 1936 r.).

W dążeniu do zastąpienia morfiny innym środkiem równie skutecznym w zwalczaniu bólów, lecz wolnym od ubocznych działań, autorzy stosowali Cibalginę, która dawała najlepsze wyniki. Spostrzeżenia ich obejmują około 100 przypadków zapalenia miedniczek nerkowych i pęcherza moczowego, złośliwych guzów pęcherza, rwy kulszowej, migreny, bardzo bolesnych napadów kamicy żółciowej, w których Cibalgina, zwłaszcza w postaci czopków, okazała się nadzwyczaj skuteczna, nie dając żadnych ubocznych działań. Doodbytnicze stosowanie Cibalginy nie ustępuje, a często przewyższa nawet wstrzykiwanie. Autorzy opowiadają się za stosowaniem czopków fabrycznego wyrobu, gdyż dzięki lepszemu rozdrobnieniu zapewniona jest szybsza resorpcja; nadto celofanowa otoczka zabezpiecza przed jęlczeniem. (Czopki z Cibalgina nie są jeszcze zarejestrowane w Polsce; można ją zapisywać w recepturze — Przyp. Red.).

W. K u r o w s k i.

Znieczulanie.

NOSWORTHY M. A. Teoria i praktyczne zastosowanie znieczulania. (Hutchinson Scientific Publications. 1935).

Autor obszernie omawia różne metody narkozy i znieczulenia. Co się tyczy znieczulenia lędźwiowego, to autor zaleca dla dłużej trwających operacji miednicowych kombinację metody *J o n e s a* i *Q u a r e l l a* w sposób następujący: 10 cm³ roztworu perkaliny *J o n e s a* wstrzykuje się między

L₃ i *L₄*, bezpośrednio potem 0,8 cm³. roztworu *Q u a r e l l i*. Jeśli chory leży płasko na brzuchu, to 0,5% roztwór perkaliny powoduje znieczulenie krzyżowej części rdzenia kręgowego, podczas gdy roztwór 1:1500 perkaliny w ten sam sposób powoduje znieczulenie dorsalnej części rdzenia. Ta technika daje lepsze rezultaty, niż wstrzyknięcie większej ilości roztworu *J o n e s a*.

F. M i k u l s k a.

Choroby przemiany materji i gruczołów wewnątrzwydzielniczych.

L. de GENNÉS, J. DELARNE, ROGÉ. Przypadek choroby Simmondsa. (Bull. et Mém. de la Soc. Med. de Hop. de Paris, Nr. 9—1936).

Autorzy opisują typowy zespół choroby *S i m m o n d s a* u 33-letniej kobiety. Chora obserwowana była przez autorów w ciągu roku; objawy stopniowo nasilały się i doprowadziły do zejścia śmiertelnego. Na autopsji stwierdzono bardzo nieznaczne zmiany w przysadce mózgowej w postaci zmian łącznotkankowych między płatem przednim i środkowym; w narządach sąsiadujących z przysadką (*tuber, infundibulum*) nie znaleziono żadnych zmian patologicznych. Natomiast daleko sięgające zmiany zanikowe stwierdzono w jajnikach, tarczycy, nadnerczach i trzustce. Autorzy sądzą, że w omawianym przypadku zespół *S i m m o n d s a* powstał nie bez zaburzeń przysadki mózgowej, chociaż gruczoł ten makro- ani mikroskopowo nie wykazał znaczniejszych zmian. Chodzi tu najpewniej o zaburzenie wydzielania przedniego płata przysadki mózgowej, które nie ma odpowiednika w zmianach histopatologicznych, dostępnych naszym dotychczasowym badaniom. Nasuwa się analogia z ciężką cukrzycą, gdzie najczęściej wysypki *L a n g e r h a n s a* nie wykazują uszkodzeń. Zmiany w pozostałych gruczołach dokrewnych są wtórne; przemawiają za tem doświadczenia na zwierzętach, które wykazały, że po zniszczeniu przysadki dochodzi do zaników tarczycy, nadnerczy i gruczołów płciowych.

Jakób P e n s o n.

R. M. WILDER, L. P. HOWELL. Etiologia i rozpoznawanie nadczynności przytarczyczek. Analiza 135 przypadków. (The Journ. of the Am. Med. Assoc., I, 100, Nr. 6, 1936).

Autorzy zebrali w piśmiennictwie wszechświatowem 135 niewątpliwych przypadków choroby *R e c k l i n g h a u s e n a* (*ostitis fibrosa cystica*); z tego na klinikę *M a y o* przypada pięć przypadków. Autorzy zwracają uwagę na to, że we wczesnym okresie nadczynności przytarczyc mogą występować liczne kamienie nerkowe oraz zaburzenia przemiany wapniowej, zanim stwierdza się jakiekolwiek zmiany szkieletowe. Niektórzy sądzą, że ważnym momentem etiologicznym w powstawaniu nadczynności przytarczyc jest brak witaminy D i promieni pozafioletkowych, czem tłumaczy się względnie częste występowanie choroby *R e c k l i n g h a u s e n a* w Ameryce i Anglii, a rzadkie we Włoszech (duże nasłonecznienie). Doświadczenia na zwierzętach wykazały, że brak witaminy D i światła słonecznego prowadzi do przerostu gruczołów przytarczycznych, co jest tłumaczone jako objaw nadmiernej kompensacyjnej pracy gruczołów. Gruczołaki przytarczycy, będące najczęstszą przyczyną choroby *R e c k l i n g h a u s e n a*, mają wytwarzać się wskutek bujania zarodkowych komórek, znajdujących się w przytarczycach, pobudzanych do nadmiernej czynności przez brak witaminy D. Sam jednak brak witaminy D nie jest jedynym czynnikiem etiologicznym; decydującą rolę odgrywa wrodzona budowa przytarczyc. Najczęściej chorzy skarżą się na bóle kończyn dolnych i ogólne osłabienie. Do lekarza zwracają się często dopiero przy złamaniu kości lub po zjawieniu się guza kostnego. Niekiedy gruczołak przytarczycy może być stwierdzony palpacyjnie (15 przypadków). Kamica nerkowa, która dość często wyprzedza inne objawy choroby *R e c k l i n g h a u s e n a*, nie za-

leży jedynie od nadczynności przytarczyc, lecz również od momentów miejscowych w postaci zakażenia lub zastoju w drogach moczowych. W 109 przypadkach przeprowadzono chirurgiczne usunięcie gruczolaka przytarczycy; we wszystkich bez wyjątku przypadkach tuż po operacji stwierdza się nagły spadek poziomu wapnia we krwi. Autorzy sądzą, że spadek ten jest patognomoniczny dla nadczynności przytarczyc; brak obniżenia wapnia we krwi po operacji na przytarczyczkach przemawia, zdaniem autorów, albo za tem, że rozpoznanie było niesłuszne lub też, że chirurg nie usunął gruczolaka przytarczyczki.

Jakób Penson.

A. BAUDOUIN, J. LEWIN, E. AZÉRAD. Rozważania nad mechanizmem zespołu hipoglikemicznego. (La Presse Médicale, Nr. 5—1936).

Autorzy opisują objawy wstrząsu insulinowego, przy czym specjalną uwagę zwracają na objawy nerwowe i psychiczne; należą tu: drżenie mięśni, a niekiedy drgawki, zupełnie podobne do epileptycznych, podniecenie, zaburzenia świadomości, omamy, melancholia i wreszcie śpiączka. Cukier, a zwłaszcza glukoza, dożylnie wstrzyknięta, szybko usuwa wszystkie objawy. Samo obniżenie glikemji nie odgrywa jednak decydującej roli w powstawaniu zespołu hipoglikemicznego. Granice glikemji, przy której występują objawy wstrząsu, są bardzo rozpięte i wahają się od 20 do 80 mg. %. Śpiączka może wystąpić po dużych i po małych dawkach insuliny; ta sama osoba, która dotąd dobrze znosiła duże dawki insuliny, nagle może wpaść w stan śpiączkowy po małej dawce insuliny. Niekiedy śpiączka może wystąpić przy normalnym poziomie cukru we krwi; przeciwnie zaś bywa, że, pomimo b. niskiej glikemji, nie stwierdza się objawów hipoglikemicznych. Autorzy przeprowadzili krzywe glikemji poinsulinowej w 55 przypadkach u osób zdrowych i epileptyków; w 18 przypadkach glikemja dochodziła do b. niskiego poziomu (15—18—30 mg. %), nie powodując żadnych objawów hipoglikemicznych. Autorzy zwracają uwagę na b. interesujący szczegół, zaobserwowany przy analizowaniu krzywych glikemji poinsulinowej; okazuje się, że moment zjawiania się objawów hipoglikemicznych b. często nie przypada w okresie najniższego poziomu glikemji, oraz, że objawy te narastają w swej ciężkości, chociaż krzywa glikemji znajduje się w wyraźnym okresie narastania. Niema więc wątpliwości, że poza poziomem glikemji, istnieje b. ważny i nieznany czynnik, decydujący o powstaniu objawów hipoglikemicznych. Badania autorów dowiodły, że szybkość spadku glikemji, czas trwania fazy hipoglikemicznej, ani też różnica między początkowym i końcowym poziomem glikemji, nie mają znaczenia dla powstania wstrząsu poinsulinowego. Autorzy sądzą, że główną rolę odgrywa poziom cukru w tkankach i narządach, który może być niezależny od glikemji, np. glikemja tankowa, a obok tego normoglikemja. Poza tem należy przyjąć, że niektóre narządy, a zwłaszcza układ nerwowy, są bardzo czułe na brak zapasów cukru. Autorzy sądzą, że zaburzenie przemiany materji węglowodanów w układzie nerwowym odgrywa najpewniej główną rolę w powstawaniu wstrząsu insulinowego. Autorzy wykonali szereg prac doświadczalnych na królikach; badali mózgi królików normalnych i znajdujących się w stanie drgawek poinsulinowych na zawartość cukru. Wyniki badań nie dały jednak dotąd potwierdzenia hipotezy autorów.

Jakób Penson.

Choroby kobiet i położnictwo.

I. ZORDANIJA. O odległych skutkach sztucznego poronienia. („Akusz. i Ginek.” 1936).

Sztuczne poronienie, będące zabiegiem bezpośrednio zagrożającym życiu, nawet w przypadkach, w których nie zauważono powikłań, jest silnym urazem i wywiera wybitny wpływ

na organizm kobiety. Według zestawień autorki po t. zw. szczęśliwym zabiegu w 27,3% stwierdzono zaburzenia miesiączkowania, w 0,6% te zaburzenia pozostały nastale; bezpłodność w 2,8%, a samoistne poronienia w 1,5%; zaburzenia wewnętrzzydzielnicze występowały w 8,3%, zaburzenia nerwowe (neurastenja) w 3,1%, a ogólne osłabienia w 4,3%. Wyżej wspomniane zaburzenia występowały zwłaszcza u kobiet, które nie rodziły, przeważnie u asteniczek (29,2) i typów infantylnych.

S. Guzman.

E. KWATER i A. ROGOWER. Badania płynu mózgowo-rdzeniowego w septycznych schorzeniach po porodzie i poronieniu, oraz drogi szerzenia się infekcji. (Akusz. i Ginek. 1936. 2).

Autorom nie udało się w żadnym przypadku ogólnego zakażenia znaleźć drobnoustrojów w płynie mózgowo-rdzeniowym nawet przy jednoczesnym wykryciu ich we krwi. Zaburzenia ze strony centralnego układu nerwowego, nie bacząc na ogólny ciężki stan, stwierdzono tylko w $\frac{1}{3}$ przypadków. Zakażenie w schorzeniach septycznych może rozpowszechniać się drogą limfatyczną i krwionośną. W mózgowych postaciach porażenia centralnego układu nerwowego zakażenie rozpowszechnia się wzdłuż wokół przestrzeni nerwowych.

S. Guzman.

B. HOUSSAY. Wpływ usunięcia przysadki mózgowej na przebieg ciąży i wystąpienie laktacji. (C. R. Soc. Biol. 1935. Nr. 41).

Jak wynika z badań licznych autorów, zasadniczym warunkiem normalnego przebiegu ciąży oraz wystąpienia laktacji po jej ukończeniu jest sprawne działanie przysadki mózgowej. Autor przeprowadził na psach szereg doświadczeń w tym zakresie, mianowicie usuwał psem ciężarnym przysadkę mózgową w różnych okresach ciąży a także po jej ukończeniu w stadium laktacji. W pierwszym okresie badań doświadczenia nie dały wyników ze względu na dużą śmiertelność pooperacyjną, spowodowaną przypuszczalnie w następstwie narkozy chloroformowej. Zastąpienie chloroformu eterem zmniejszyło liczbę zejść śmiertelnych, umożliwiając dalsze obserwacje. Ogółem dokonał on 14 operacji, których wynik przedstawia się następująco: u siedmiu samic w kilka dni po operacji (najczęściej dwa) nastąpiło poronienie, u pięciu następnych wykonał laparotomię, po przekonaniu się jednak o wczesnym okresie ciąży jamę brzuszną zaszył napowrót. Operacja, dokonana w kilka miesięcy później, stwierdziła brak płodów w macicy. W dwóch tylko przypadkach ciąża dobiegła do końca, jednak młode nie żyły dłużej, niż dwa dni. U wszystkich zwierząt stwierdzono zahamowanie laktacji. W następnej serii doświadczeń operowano przysadkę zwierzętom po ukończonej ciąży, po upływie 3—5 dni czynność gruczołu mlecznego ulegała zahamowaniu, można ją było przywrócić stosowaniem wyciągu z przedniej części przysadki mózgowej. Galwanizowanie okolicy *tuber cinereum* zmniejszało czynność gruczołu zaledwie na przeciąg kilku dni, poczem narząd wracał do poprzedniego stanu czynności. Zestawiając wyniki badań autora, należy podkreślić ważną rolę przysadki mózgowej w przebiegu ciąży oraz związane z tem występowanie laktacji. Zwłaszcza dotyczy to przedniego płata przysadki, którego sprawne działanie jest niezbędne do normalnego rozwoju płodu.

Roman Michałowski.

Choroby skóry, weneryczne i płciowe.

J. GATÉ i H. CHEVAT. Przyczynek do studjum o opadaniu krwinek w przymiocie. (Presse Méd. 11.1 1936 r.).

Szybkość opadania krwinek w przymiocie jest wskaźnikiem, poprzedzającym inne odczyny serologiczne, i powiększa

się już od początku zakażenia od 8 do 20 n/100 w pierwszym okresie choroby z odczynem *Wassermann* ujemnym, od 20 do 50 n/100 w tymże okresie z odczynem *Wassermann* dodatnim, a do 55 n/100 w przymiocie drugorzędowym. Pod wpływem leczenia szybkość opadania krwinek znacznie się zwalnia i dochodzi do 15 n/100 pod koniec pierwszego okresu leczenia. Spadek ten nie jest równomierny, i autorzy, przeprowadzając swe badania na 70-ciu chorych, mieli możność czasem zaobserwować przejściowe przyspieszenie szybkości opadania krwinek na początku leczenia, przypominające reakcję *Herrheima*. Gdy szybkość opadania krwinek dochodzi do 15 n/100, zatrzymuje się ona na tym poziomie — w przypadkach leczonych dokładnie, nawet, gdy odczyn *Wassermann* a pozostaje niezmiennie dodatni; natomiast w przypadkach słabo leczonych możliwe są wszelkie odmiany szybkości. W przymiocie trzeciorzędowym szybkość opadania krwinek pozostaje w ścisłym związku z objawami klinicznymi. W przypadkach opornych pod względem leczniczym wydaje się, że szybkość opadania krwinek opiera się wpływowi leków. W przymiocie dziedzicznym szybkość polepsza się w przypadkach wczesnego leczenia, pozostaje bez zmiany wysoko w przymiocie wrodzonym późnym. Naogół opadanie krwinek odzwierciedla dość wiernie i czulej, niż odczyn *Wassermann*, stopień zakażenia organizmu przymiocy i może się przyczynić do stwierdzenia skuteczności leczenia swoistego. *Gabayowa*.

DAINOW. Dotychczasowe spostrzeżenia, dotyczące odczulającego oddziaływania kwasu askorbinowego (witamina C). Szybkie wyleczenie jednego przypadku nietolerancji salwarsanowej, trzech przypadków erytrodermii posalwarsanowej i jednego przypadku erytrodermii po stosowaniu złota. (*Annal. de Dermat.* 1935).

Autor przeprowadził swe obserwacje nad 5 chorych, z których w 4-ch przypadkach występowały objawy nietolerancji względem arseno-benzolu, w jednym zaś względem złota. Objawy te, w postaci ogólnej erytrodermii, obrzęku twarzy i kończyn, ustępowały mniej więcej w ciągu 3-ch tygodni po codziennym stosowaniu dożylnie lub doustnie kwasu askorbinowego, przyczem leczenie swoiste mogło być kontynuowane nadal, przy rozpuszczaniu salwarsanu w roztworze kwasu askorbinowego (1:100) i przy pobieraniu 3 pastylek dziennie po 5 ctgr. *Gabayowa*.

J. G. ORBANEJA. Intensywne leczenie kiły. (*Actas Dermosifiliographicas*. Nr. 4, styczeń 1935, w *Ann. des Maladies Veneriennes* Nr. 7, 1935).

Autor wypróbował na pewnej liczbie chorych kilowych metodę leczniczą *Schreusa*, polegającą na stosowaniu neosalvarsanu w dawkach, nasycających ustrój. Przed rozpoczęciem leczenia chory musi być, oczywiście, wszechstronnie zbadany celem wykrycia ewentualnych przeciwwskazań, uniemożliwiających *a priori* stosowanie neosalvarsanu. *Techніка*: 1. dzień: 0,3 gr neosalvarsanu i 1 cm³ lipobismutu; 4. dzień: ta sama dawka neosalvarsanu i lipobismutu; 8. dzień: 0,45 gr neosalvarsanu, po 20 min. znowu zastrzyknięcie 0,15 gr, a po następnych 20 min. trzecie zastrzyknięcie neosalvarsanu w ilości 0,15 gr. oraz 1 cm³ lipobismutu; 12. dzień: 1 cm³ lipobismutu; 15. dzień: 1 cm³ lipobismutu oraz 0,45 gr + 0,3 gr + 0,3 gr neosalvarsanu w odstępach 20-minutowych; 19. dzień: 1 cm³ lipobismutu; 22. dzień: 1 cm³ lipobismutu oraz 0,6 gr + 0,45 gr + 0,30 gr neosalvarsanu; 26. dzień: 1 cm³ lipobismutu; 29. dzień: 1 cm³ lipobismutu oraz 0,6 gr + 0,45 gr + 0,45 gr neosalvarsanu. U kobiet dawka maksymalna neosalvarsanu wynosiła 0,6 gr + 0,45 gr + 0,3 gr. *Schreus* posiłkuje się tą metodą we wszystkich przypadkach kiły śluzówek i skóry oraz w niektórych przypadkach kiły trzewnej.

Autor stosował powyższe leczenie u chorych, należących do 3 grup: 1) pierwszy okres kiły z odczynem serologicznym dodatnim, 2) drugi okres kiły z wykwitami na skórze i błonach śluzowych, 3) kiła układu nerwowego. Chorzy naogół dobrze znosili leczenie; z objawów nietolerancji tylko u jednego z nich wystąpiła erytrodermia poarszenikowa, a u dwóch — zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego.

J. Bauer.

Choroby nerwowe i psychiczne.

J. RASDOLSKI. Gruźlaki mózgu. (*Zeitschr. für d. g. Neurologie und Psychiatrie*. T. 154, 18—31, 1935 r.).

Praca Leningradzkiej kliniki neurologicznej i instytutu neurochirurgicznego. Według statystyki z r. 1933 (*Scott i Graves*) piśmiennictwo lekarskie rozporządza zgórą 800 przypadkami gruźliczych ziarninaków mózgu. Autor podaje rewizji ten dział, załączając własne 32 spostrzeżenia. Nie ma żadnych danych, potwierdzających kursujący pogląd zmniejszającej się częstości tuberkulomatów mózgu, zglebienie porównawcze piśmiennictwa przeczy temu. Miarodajne są jedynie statystyki, uwzględniające materiał sekcyjny tegoż szpitala lub tychże szpitali danego miasta lub kraju za pewien dłuższy okres. Aczkolwiek chirurgiczne usuwanie gruźlaka jest niebezpieczne, gdyż następuje czasem sztuczne rozsiewanie prątków w oponach, należy powierzchownie siedzące usuwać, gdyż z jednej strony dysseminacja zarazka z następczym zapaleniem opon bywa i bez tego częsta, z drugiej zaś strony wyleczenia pooperacyjne są nierzadkie.

H. Higier.

J. RASDOLSKI. Los 141 chorych, dotkniętych nowotworem lub zespołem nowotworowym rdzenia. (*Arch. f. klin. Chir.*, T. 182, 231—241, 1935 r.).

Kliniczny materiał leningradzkiego neurologa zawiera dużo przypadków, sprawdzonych podczas operacji lub autopcji: 97 guzów rdzenia i opon, zapaleń zlepných opon, torbieli i splotów żylnych, 44 guzy kręgosłupa, uciskające rdzeń. 5 operowanych zmarło w zależności od operacji, co wynosi 7%, liczba, nie ustępująca mistrzom neurochirurgii współczesnej (*Elsberg* 9,5%, *Dandy* 3%, *Petit-Detailis* 8,3%, *de Martel* 6,5%), tembardziej godna uwagi, że zaledwie jeden przypadek przypisać należy błędowi technicznemu, podczas gdy 4 zginęły wskutek infekcji, zależnej od przedoperacyjnych odleżyn i ropnych zapaleń pęcherza, czyli wskutek zbyt długiego zwleknięcia z interwencją. 16 operowanych zmarło (22%) w kilka miesięcy po operacji. Ciekawa jest tabelka, dowodząca, że z 27 oponowych guzów, dających zazwyczaj świetne rokowanie operacyjne, te tylko wyleczyły się zupełnie lub poprawiły znacznie, które się wcześniej dostały na stół operacyjny. Niedowłady dały 82% wyleczeń i 0% zgonów, porażenia zupełne dały 16% wyleczeń i 58% zejść śmiertelnych. Słowem, wczesne rozpoznanie i wczesny zabieg — poza złośliwością guza — decydują o wszystkim.

H. Higier.

G. MIRZOJAN. Przyczynę do zagadnienia o przerzutowych nowotworach mózgu. (*Kl. Med.* Nr. 3, 1936).

Na podstawie literatury i własnego doświadczenia autor twierdzi, że rak mózgu jest w większości przypadków przerzutowy. Przerzut powstaje przeważnie drogą krwionośną. Rak mózgu powoduje wzrost ciśnienia wewnątrzczaszkowego tak, jak wszystkie inne nowotwory. Obraz kliniczny raka mózgu jest bardzo różnorodny i zależy od wielkości i liczby ognisk rakowych. Źródłem przerzutu raka do mózgu są najczęściej pierwotne nowotwory płuc i oskrzeli.

S. Guzman.

Streszczenia pojedyncze.

Higiena.

Przemęczenie w etiologii stanów chorobowych. (Minnerva Médica 1936, Nr. 12).

Przemęczenie wskutek ciężkiego wysiłku może przyczynić się do powstawania lub wprost powodować powstawanie stanów chorobowych, szczególnie narządu krążenia. Występujące niekiedy u osób zdrowych, o prawidłowej konstytucji lekkiej powiększenie prawego serca (znacznie rzadziej rozszerzenie), wraca do stanu prawidłowego po odpowiednio długim wypoczynku. U osobników chorych może jednak powodować ciężkie następstwa, jak np. dekomensację wad serca, lub nawet śmierć wraz z zmianami w tętnicach wieńcowych lub mięśniu sercowym (*myocarditis*). Możliwa jest dalej aktywacja gruźlicy, pogorszenie przewlekłych nieżytów oskrzeli, astmy. Niebezpieczeństwo w schorzeniach nerkowych, jak również we wrzodach żołądka i dwunastnicy z powodu możliwości krwawienia i przedziurawienia. Ciężkie wysiłki powodują wzrost temperatury (do 30°) i ciśnienia krwi, niekiedy albuminurię i cylindrurię, które to objawy po odpowiednim wypoczynku znikają. Zwiększone zapotrzebowanie tlenu i wytwarzanie dwutlenku węgla prowadzi do kwasicy ustroju, a przez pobudzenie ośrodka oddechowego do pogłębienia i przyspieszenia oddechu, aż do objawów duszności. Do utrzymania równowagi glikemicznej nie wystarcza glikogen mięśniowy, i uruchamia się glikogen wątroby. Wysilek, przekraczający pewne granice, prowadzi do hipoglikemii, która, w razie zjawienia się w silniejszym stopniu, powodować może wystąpienie niebezpiecznych objawów.

J. H o z e r.

TAMPONI. Zawodowe dermatozy arsenowe. (Boll. Sez. reg. Soc. ital. Dermat. 1935, Nr. 35).

U grupy robotników, wyrabiających trucizny na owady z wysoką zawartością *natrium arsenicosum*, wystąpiła toksyczna dermatoza o charakterze przeważnie papulo-nekrotycznym, umiejscowiona głównie na rękach, pod pachami, na grzbiecie i na mosznach. Tu i owdzie owrzodzenia, szczególnie na mosznach. Zmiany powyższe zjawiały się bez jakichkolwiek innych objawów zatrucia arsenem i po szybkim, lecz łagodnym przebiegu ustąpiły w krótkim przeciągu czasu po przerwaniu pracy. Dochodzenia i badania doświadczalne potwierdziły etiologiczne znaczenie arsenu. Zapobieganie polega na zmianie metody produkcji trucizny w sposób wyłączający stykanie się skóry robotników z preparatem.

J. H o z e r.

R. MASSIONE. Glikemja i kwas mlekowy w doświadczalnym zatruciu tlenkiem węgla. (Medicina del Lavoro. 1936, Nr. 5).

Autor badał ilościowo glikemję i kw. mlekowy u królików, zatrutowanych tlenkiem węgla w ilości 0,6% w ciągu różnego czasu. Początkowo występowała zawsze hiperglikemja (np. wzrost cukru od początkowej ilości 0,98 ‰ do 1,24 ‰), poczem zaznaczał się stopniowy spadek, aż do znaczniejszej hipoglikemji (np. do 0,35 ‰). Najwyższe wartości hipoglikemji zjawiały się współcześnie ze śmiercią zwierzęcia. Natomiast wartości kwasu mlekowego wykazywały stały i znaczny wzrost (np. z 3,36 ‰ do 100 ‰). Autor wyjaśnia te zjawiska oddziaływaniem mechanizmu natury hormonalnej i nerwowej. Układ parasympatyczno-mięśniowy, aktywując glikogenogenezę, działa w kierunku obniżania poziomu glukozy, z drugiej strony układ współczulny (nadnercze, tarczycza, przysadka) podnosi glikogenolizę, powodując hiperglikemję. Te mechanizmy podlegają kontroli wegetatywnych ośrodków. Tlenek węgla prócz tego, że jest trucizną krwi, jest również trucizną układu nerwowego. Hiperglikemja pierwszych dni doświadczenia może zależeć od pobudzenia mechanizmu współczulnego (nadnercza).

Następcza hipoglikemja tłumaczyłaby się ciężkimi zmianami nadnercza, występującymi w przewlekłym zatruciu CO. Ponadto upośledzona jest wskutek zatrucia czynność innych organów, współdziałających w utrzymaniu równowagi glikemicznej (wątroba, trzustka).

J. H o z e r.

P. NÉLIS i F. Van den BRANDEN. Czy szczepienia przeciwbłonicze za pomocą anafoksyny wywierają jakikolwiek wpływ na zdrowie osobnika szczepionego? (Revue d'Immunol. 1936, t. 2, z. 2).

Autorzy poddali tę kwestję dokładnym badaniom po ciężkiej epidemii odry, która wybuchła w jednej z kolonii „Oeuvre Nationale de l'Enfance“ w krótkim czasie po przeprowadzonych tam szczepieniach przeciwbłoniczych. Waga dzieci szczepionych i nieszczepionych (S c h i c k — ujemnych) ulegała w kolonjach zmianom jednakowym. Odczyny poszczepienne, naogół łagodne (silnych odczynów ogólnych było po 1 wstrzyknięciu 2,1%, po drugim 3,1%), nie wpływały ujemnie na dzieci; szczepienie w plecy daje łagodniejsze odczyny, niż szczepienie w ramiona. Fazy ujemnej po szczepieniach niema. Inne choroby zakaźne przeważnie występują jednakowo często u szczepionych i nieszczepionych; gdzie stwierdzono częstsze występowanie odry i płonicy u szczepionych, tam analiza materiału wykazała zależność tego zjawiska albo od wieku dzieci (S c h i c k — dodatnie, a więc szczepione dzieci — to w większości dzieci młodsze, łatwiej zapadające i na inne choroby zakaźne wieku dziecięcego) albo od poprzedniego przesiania epidemicznego (S c h i c k — ujemnych dzieci jest więcej w środowisku o częstszych kontaktach, gdzie częstsze zapadanie na — bezobjawową — błonicę idzie w parze z częstszym zapadaniem na płonice kolonii, dały odpowiedzi podobne. W konkluzji na postawione w tytule pytanie odpowiadają autorzy stanowczym „nie“: szczepienia przeciwbłonicze ani same przez się nie wpływają ujemnie na zdrowie szczepionych osobników, ani nie ułatwiają powstawanie innych chorób zakaźnych, ani też nie powodują ich cięższego przebiegu.

H. M a k o w e r (Łódź).

Bakterjologia i Serologia.

A. FRANCK, H.-P. KLOTZ i A. NEGREANU. Mechanizm przeciwgronkowcowej wakcyterapii za pomocą anafoksyny. (Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. 1936, t. 52, 2-9)

F r a n c k przeciwstawia dobre wyniki szczepień ochronnych i niepewne — leczenia szczepionkowego. Pierwsze mogą być stosowane tylko w zakażeniach, mogących wywołać odporność, są ściśle swoiste, nie mogą być zamienione przez inne metody lecznicze, dają wyniki stałe, są wyłącznie ochronne, bez skutku w chorobie już istniejącej. Całkowitą antytezę stanowi leczenie zapomocą szczepionek. Otóż wydawało się, że pod tym względem wyjątek stanowi leczenie spraw gronkowcowych zapomocą swoistej anafoksyny, odznaczające się dużą skutecznością. Jednakże dokładna analiza wykazała, że i tu wyniki nie są stałe, że mogą wydarzać się nawroty, że wysokość miana antytoksyicznego surowicy nie idzie w parze z uzyskaną poprawą. Pod wpływem anafoksyny powstają tylko antytoksyny, nie wytwarzają się zaś przeciwciała, zwrócone przeciwko samym ciałom bakteryjnym. Autorzy wobec tego nie uważają anafoksyny gronkowcowej za wyjątek spośród szczepionek leczniczych, zgadzają się jednakże na jej stosunkowo dużą skuteczność. W dyskusji Robert D e b r é zgadza się ze stanowiskiem F r a n c k a, podnosząc różnice między działaniem anafoksyny błoniczej i gronkowcowej.

W. H. M a k o w e r m (Łódź). pl

T. A. CHOMIENKO. Zmiany zjadliwości paciorkowca hemolizującego we krwi, nasyczonej kwasem węglowym i tlenem *in vitro*. (Sow. Wracz. Gaz. Nr. 22, 1935).

W warunkach nasycenia dwutlenkiem węgla krwi ludzkiej paciorkowiec hemolizujący staje się bardziej zjadliwym; w warunkach nasycenia krwi tlenem zjadliwość jego się zmniejsza. Właściwości te zachowują się w pierwszym pokoleniu przy posiewie na zwykłym buljonie (z rozmaitem natężeniem u rozmaitych szczepów). H. L.

P. CARNOT, H. LAVERGNE, A. FIEHRER. Hodowanie pr. Kocha z kału w przypadkach gruźlicy płucnej. (C. R. Soc. Biol. t. 120 1935).

Na kał działano trypaflawiną według metody T. O g a w a, poczem posiewano go na podłożu L ö w e n s t e i n a. Badając zapomocą tej metody 16 próbek kału chorych na gruźlicę płuc, autorzy otrzymali w 15 przypadkach wynik dodatni (93,75%). Przy stosowaniu zwykłej metody posiewu na 15 kałów badanych wykryli zaledwie 9 razy pr. kwasoodporne (60,0%). W piętnastu dodatnich posiewach otrzymanych zapomocą opisanej metody, uzyskano kolonie chropawe. Cztery wyosobnione szczepy, wstrzyknięte świnkom, wywołały u nich gruźlicę. J. S e y d e l.

A. BERGERAN, B. F. MEZIERES. Stwierdzenie czynności pozornie nieczynnych ognisk gruźliczych zapomocą badania plwociny. (Rév. Tuberc t. I. 1935).

Działając na plwocinę rozcieńczonym kw. siarkowym i sodą, a następnie posiewając na podłożu z jajkiem, autorzy znaleźli w plwocinie 25 osobników pozornie wyleczonych, w Formy te otrzymać można również, hodując pał. K o c h a które dawały się hodować. Dopiero po dłuższym okresie niż 6-ciu lat pozornego wyzdrowienia odsetek osobników, mających w plwocinie pr. K o c h a, zmniejsza się: na 9 osób zbadanych otrzymano 2 razy dodatni wynik posiewu (22,0%). J. S e y d e l.

P. COURMONT. O „obnażonych” pał. gruźlicy. (Bull. Soc. Vet. de Lyon 1935).

Nazwę bakterij „obnażonych” nadaje autor niekwasoodpornym pał. K o c h a, jakgdyby pozbawionym otoczki woskowej, której pał. K o c h a zawdzięcza swą kwasoodporność. Autor obserwował podobne szczepy *in vivo* we krwi chorych na gruźlicę i *in vitro* w hodowlach pał. gruźliczych. Formy te otrzymać można również, hodując pał. K o c h a w warunkach niekorzystnych (podłoże ubogie w składniki odżywcze, lub w hodowlach, do których dodano antyseptyków). Autor otrzymał formy „obnażone” w mikrohodowlach krwi metodą L ö w e n s t e i n a, na jego podłożu, i w skrzeplinie krwi, którą rozsiewano. W jednym i drugim przypadku obok pał. kwasoodpornych autor stwierdzał obecność niekwasoodpornych. J. S e y d e l.

C. GUÉRIN. Rozważania nad chorobotwórczością prątków gruźlicy dla krów. (Paris méd. Nr. 1, 1936).

Doświadczenia, przeprowadzone na krowach, wykazały z zupełną pewnością, że BCG jest najzupełniej nieszkodliwe dla krów gruźliczych bez względu na ilość i sposób ich wprowadzenia do ustroju. H. L.

Nowotwory.

Howard A. BALL i Leo T. SAMUELS. Stosunek przysadki do rozwoju nowotworów złośliwych. III. Wpływ usunięcia przysadki na guzy autogeniczne. (Amer. Journ. of Cancer 1936, t. 26, z. 3).

Stwierdzono poprzednio, że usunięcie przysadki hamuje rozwój raka sutka Walkera Nr. 256. W pracy niniejszej autorzy badali wpływ tego czynnika na guzy szczurów, którym wstrzykiwali podskórnie 1:2:5:6 — dibenzantracen. Kiedy wytwarzały się już wyraźne guzki, części zwierząt usuwano przy-

sadkę, reszta służyła jako kontrola. Uzyskane tutaj wyniki prawie całkowicie pokrywają się z uzyskanymi zapomocą guza W a l k e r a. Działanie hipofizektomji jest zapewne specyficzne i tłumaczy się większą wrażliwością na hormon wzrostowy komórek nowotworowych od komórek normalnych ustroju.

H. M a k o w e r (Łódź).

Clifford C. FRANSEEN i Claire Mc TIERNAN. Wpływ wycięcia przysadki na przemianę materji przeszczepionej tkanki nowotworowej. (Amer. Journ. of Cancer 1936, t. 26, z. 1).

Wycięcie przysadki powoduje obniżenie ogólnej przemiany materji ustroju. U szczurów, którym wycięto przysadkę, a następnie wszczepiono rak szczurzy W a l k e r a Nr. 256, badano przemianę materji wyciętych skrawków guza metodą W a r b u r g a oraz R i c h a r d s o n a. W porównaniu do zwierząt kontrolnych zmian metabolizmu nie stwierdzono. To samo tyczy się przemiany materji wątroby tych zwierząt.

H. M a k o w e r (Łódź).

Radford C. TANZER. Wpływ prolanu na przeszczepialnego mięsaka myszy. (Amer. Journ. of Cancer 1936, t. 26, z. 1).

Od r. 1932, kiedy Z o n d e k uzyskał zmniejszenie wzrostu przeszczepialnego raka mysiego E h r l i c h a zapomocą wstrzykiwań dużych dawek prolanu, wykonano wiele prac nad wpływem prolanu na rozwój nowotworów, ale uzyskane wyniki były bardzo sprzeczne. Ażeby wyeliminować wpływ szkodliwego działania dużych dawek prolanu na cały ustrój oraz ażeby wyłączyć czynnik osobniczej skłonności, autor wstrzykiwał tej samej myszce emulsję mięsaka zwykłą oraz taką, która była przez pewien czas w kontakcie z dużymi ilościami prolanu. Wartość tej metody wykazali poprzednio M u r p h y i S t u r m. Przy użyciu mięsaka 180 żadnego wpływu prolanu nie stwierdzono, przy użyciu mięsaka S37 wzrost nowotworu uległ tylko nieznacznemu zahamowaniu.

H. M a k o w e r (Łódź).

Charles F. BRANCH. Guzy dibenzantracenowe u skontrolowanych szczepów mysich. (Amer. Journ. of Cancer 1936, t. 26, z. 1).

W myśl poglądu Little'a autor zastosował do swych badań skontrolowane pod względem genetycznym szczepy mysie, z których jeden odznaczał się dużą skłonnością do występowania nowotworów samoistnych, w drugim zaś nie występowały one zupełnie. 2 razy tygodniowo smarował skórę myszek 0,5% roztworem 1:2:5:6 — dibenzantracenu. W rezultacie okazało się, że u myszek, u których rak samoistnie nie występował, prawie 2 razy częściej wytwarzały się guzy dibenzantracenowe, niż u szczepu z często występującymi guzami samoistnymi. Smarowanie dibenzantracenu zdawało się nawet wywierać pewien wpływ hamujący na powstawanie guzów samoistnych. Blokada układu siateczkowo-śródbłonkowego nie wywierała żadnego wpływu na częstość występowania raka po smarowaniu. Mimo przechodzenia dibenzantracenu przez przewód pokarmowy i drogi moczowe w żadnym przypadku nie powstały guzy w narządach pokarmowych lub moczowych.

H. M a k o w e r (Łódź).

Leiv KREYBERG i Sverre SCHRADER-NIELSEN. Czy istnieje wpływ pory roku na rozwój guzów smołowych myszy? (Amer. Journ. of Cancer, 1936, t. 26, z. 3).

W roku ub. stwierdził P e a c o c k istnienie zmian w rozwoju i przeszczepialności mięsaków kurzych, E n g e l b r e c h t - H o l m i M e y e r w przeszczepialności leukozy kurzej, zależnych od pory roku. Autorzy norwescy przebadali pod tym względem swój blisko 1000 myszy obejmujący materiał, obserwowany w ciągu lat 15. Myszy te były systematycznie 2 razy w tygodniu smarowane smołą, należały do szczepu genetycznie czystego. Dokładna analiza statystyczna

wykazała, że w badanym szczepie zarówno nowotwory złośliwe jak i dobrotliwe rozwijały się zupełnie niezależnie od pory roku, ten czynnik więc przy badaniach doświadczalnych, przeprowadzanych z danymi myszkami, nie musi być brany pod uwagę.

H. M a k o w e r (Łódź).

Choroby serca i naczyń.

MLADEK A. Leczenie częstoskurczu napadowego. (Casopis Lekarů Ceských, Nr. 9, 1936 r.).

Francuscy autorzy zalecają w częstoskurczu napadowym Ouabainę szczególnie tam, gdzie występuje chinina. Ostatnio Bohnenkamp i Aschenbrenner donoszą o stosowaniu dużych dawek naparstnicy; w opisywanych przez nich przypadkach chodziło o niewyrównane, ciężkie uszkodzenie mięśnia sercowego. W podobnym przypadku autor miał możliwość zastosować 5 ccm. Digifoliny dożylnie z doskonałym wynikiem. Chodziło tu o ciężki przypadek dekomensacji na tle nadczynności tarczycy, nie reagujący zupełnie na leczenie naparstnicą. Zastosowano leczenie Diginorginą-Lugolem, przy czym tętno z 132 spadło na 92. Wstrzykiwania Salyrganu zmniejszyły obrzęki, ale tętno podskoczyło do 200 na minutę; wówczas zdecydowano się wstrzyknąć 0,3 Digifoliny dożylnie. Przy powolnym wstrzykiwaniu tętno spadło do 88 miarowych uderzeń na minutę. Autor zaznacza, że na podstawie jednego przypadku nie zamierza ogłaszać nowej metody leczenia; w poszczególnych przypadkach sposób ten można stosować, oceniając jednak w całej pełni jego ryzyko. W. K u r o w s k i.

J. COWAN. Rokowanie po przebyłym zawale mięśnia sercowego. (The Lancet T. 1, Nr. 7, 1936).

Nagle zamknięcie pnia tętnicy wieńcowej lub dużej gałązki daje natychmiastową śmierć; stopniowo narastająca niedrożność pozwala na wytworzenie się krążenia obocznego. Autor sądzi, że zawał przechodzi przeważnie do skutku nie spowodu zakrzepu jednej tylko gałązki tętnicy wieńcowej, lecz naskutek zamknięcia się światła jednej tętnicy i licznych zmian zwężających w sąsiednich tętniczkach wieńcowego krążenia. Rokowanie naogół jest b. trudne; niekiedy chorzy żyją i pracują w ciągu 7 do 20 lat po przebyłym pierwszym zawale. Autor sądzi, że naogół zupełne zagojenie zawału występuje dopiero po 2 latach. Rokowanie jest względnie pomyślne u osób młodych o niezbyt wysokim ciśnieniu krwi, o sercu niepowiększonym; łagodność pierwszego zawału i brak zmian w EKG również polepszają rokowanie. Na materiale autora, obejmującym 66 chorych, obserwowanych przez szereg lat, okazało się, że 44 chorych żyło dłużej niż 2 lata po zawale serca, jeden — 10 lat i jeden chory — 14 lat; 38 chorych wróciło do zwykłych swych zajęć. Jakób P e n s o n.

M. AUDIER. Zakrzepy żyłne kończyn powikłane załamaniami tętniczymi. (Paris Médical 2.V.36).

W wielu przypadkach do obrazu zakrzepowego zapalenia żył na kończynach dołączają się objawy zatorów tętniczych. Na sekcji nie stwierdza się zmian w tętnicach. Rozpoznanie zawału jest trudne. Opierać się należy na sinicy kończyn bez wybitnego ochłodzenia skóry, na szybkim i postępującym obrzęku kończyn i, jeśli to możliwe — na arteriografii kontrastowej. Autorzy tłumaczą te dziwne i groźne powikłania sprawy zakrzepowej odruchowym skurczem tętnic, częściowo zaś uciskiem na tętnice, który może wywołać zaburzenia w odżywianiu tkanek z wytwarzaniem się dużych zawałów w częściach miękkich kończyn.

Leczenie polegać musi na podawaniu środków przeciwkurczowych (acetylcholina, perparina i t. d.). Pozatem należy kończynę zaatakowaną utrzymywać wysoko i ogrzewać sztucznie. Sprawa ustępuje powoli. W przypadkach b. ciężkich wskazany jest zabieg chirurgiczny (operacja zakrzepu).

Antoni W a j n g o t.

Choroby dzieci.

GRYNBERG. Zasób zasad w przebiegu zapalenia płuc u dzieci. (Woprosy Ped. II—35 r.).

Normalny odczyn tkanek ustroju jest słabo-kwaśny, zaś krwi słabo zasadowy. Od stopnia tych odczynów zależy zachowanie równowagi kwasowo-zasadowej ustroju. Równowaga ta jest trwała, dzięki obecności we krwi ciał buforowych, z których najważniejszy jest dwuwęglan sodu. Autor określa zasób zasad przy pomocy miareczkowania uprzednio zakwaszonej krwi $\frac{1}{10}$ normalnym roztworem zasady. Zasób zasad u dzieci zdrowych, określony metodą, podaną przez autora, wynosi 500—600 mlgr. %. Ośrodek oddechowy jest bardzo wrażliwy na zakłócenie równowagi kwasowo-zasadowej: nadmiar kwasów wywołuje przyspieszenie czynności oddechowej, które ma na celu usunięcie nadmiaru dwutlenku węgla z ustroju. Wobec tego, że w stanach zapalnych płuc powierzchnia oddechowa jest mniej lub więcej ograniczona, płuca nie są w stanie z należytą sprawnością wykonywać swej funkcji regulatora równowagi kwasowo-zasadowej ustroju, co w rezultacie doprowadza do kwasicy. Śluszność tych założeń została potwierdzona przez autora, który przeprowadzał badania na 34 dzieciach chorych na zapalenie płuc. Autor dochodzi do następujących wniosków: Zasób zasad w przebiegu zapalenia płuc obniża się: w stanach lekkich z 500 mlgr. % do 400—300—280 mlgr. %; w cięższych stanach spadek jest jeszcze większy. W przypadkach śmiertelnych poziom wynosił 100 mlgr. %. W miarę poprawy stanu chorego poziom zasad we krwi się powiększał. Na tej podstawie autor sądzi, że określenie zasobu zasad we krwi chorych na zapalenie płuc może mieć znaczenie rokownicze. A. K i r s z b r a u n.

GRYNBERG. Leczenie zasadami zapaleń płuc u dzieci. (Woprosy Ped. II—35 r.).

W poprzedniej pracy autor wykazał, że w przebiegu zapalenia płuc występuje kwasica, która ustępuje w miarę cofania się choroby. W niniejszej pracy autor usiłuje czynnie zwalczać tę kwasicę, podając dzieciom dwuwęglan sodu w postaci 10% roztworu. Poza sodą dzieci ciężko chore otrzymywały jeszcze przeważnie środki nasercowe. Autor stosował tę metodę w 34 przypadkach. Poza nielicznymi wyjątkami udało mu się znacznie zwiększyć poziom zasad we krwi. Dodatni wpływ na przebieg choroby przejawiał się w szybszym spadku temperatury, w ustąpieniu objawów chorobowych. Czoro dzieci zmarło, co stanowi 11,7%. Odsetek zejść w zapaleniu płuc dzieci, chorych w tym samym okresie a nie leczonych sodą, wyniósł 20. Na tej podstawie autor wnioskuje, że 1) leczenie sodą stanowi łatwy i tani sposób usuwania kwasicy; 2) obniża procent śmiertelności dzieci na zapalenie płuc; 3) nadaje się, jako środek pomocniczy, uzupełniający dotychczas stosowane w zapaleniu płuc środki lecznicze. A. K i r s z b r a u n.

Choroby skóry, weneryczne i płciowe.

H. GOUGEROT. Arsen w leczeniu „atakującym” kily. (Les grandes therapeutiques. Arsenotherapie 5).

Według G o u g e r o t, życie chorych kilowych daje się podzielić na 5 okresów, z których 3 obejmują właściwe leczenie; okresy te przedstawiają się następująco: 1) okres leczenia „atakującego” (traitement „d'attaque” ou „d'assaut”), 2) okres leczenia „utrwalającego” (traitement „de consolidation”) dwu-czteroletni, 3) ośmiomiesięczna obserwacja, 4) wieloletni okres leczenia „ubezpieczającego” (traitement „d'assurance”), 5) obserwacja kliniczna i serologiczna przez czas nieograniczony. Leczenie „atakujące” ma na celu usunięcie wszelkich objawów klinicznych i humoralnych kily, niezależnie od jej postaci i czasu trwania; lecznie to winno być możliwie energiczne, przystosowane jednak do tolerancji chorego, która, oczywiście, inaczej się przedstawia np. u osobnika młodego.

go, dotychczas zdrowego, z owrządzeniem pierwotnym, a inaczej u chorego w wieku podeszłym z rozległymi zmianami swoistymi w sercu i aorcie. Pod względem siły i szybkości działania leczniczego arsen góruje nad bismutem i rtęcią, toteż gra on główną rolę pomiędzy środkami przeciwiłowemi „atakującymi”. Arsen powinien być stosowany bezwzględnie: 1) w przypadkach owrządzenia pierwotnego, zanim wystąpi W a s s e r m a n n dodatni, czyli w ciągu pierwszych 15 dni; 2) w leczeniu zapobiegawczym; 3) w owrządzeniach, przebiegających z rozległym niszczeniem tkanek; 4) w ciąży; 5) w razie nietolerancji w stosunku do innych leków (np. przy złym stanie jamy ustnej); 6) w kile klinicznie i serologicznie odpornej na leczenie; 7) przy objawach kilowych, nawracających pomimo innych kuracji; 8) w przypadkach wątpliwych, w których należy decydować się szybko (np. w owrządzeniu języka, co do którego wchodzi w rachubę zabieg operacyjny); 9) w kile, szczególnie niebezpiecznej ze względów społecznych, której zaraźliwość należy możliwie szybko zlikwidować (np. u nierządnic lub u męża, który nie przeniósł jeszcze zakażenia na żonę). Przeciwwskazania do leczenia arsenem są następujące: 1) zły stan narządów trzewnych (wątroby, nerek, mięśnia sercowego, nadnerczy i t. d.), przejawiający się w postaci urobilinogenurji, zaburzeń ciśnienia tętniczego, białkomoczu, azocyi i t. d., oraz w cukrzycy, u alkoholików i u osobników po pięćdziesiątce; 2) objawy skazy krwotocznej — przeciwwskazanie bezwzględne; 3) stan uczulenia ustroju — również przeciwwskazanie zupełne. W leczeniu „atakującym” używa się połączeń arsenu trójwartościowego, arsenobenzenów, których przedstawicielem jest Novarsenobenzol, podawany dożylnie. Połączenia arsenu pięciowartościowego, mniej czynne wobec krętka bladego i bardziej trujące dla ustroju (zwłaszcza w stosunku do nerwu wzrokowego i słuchowego) nie znajdują tu zastosowania, będąc przeznaczone do leczenia kily trzewno-nerwowej. Zasługą M i l i a n a jest wykazanie, iż dawki masywne arsenu są skuteczniejsze od małych, które powodują wytworzenie się stanu oporności w stosunku do leku, — objawy nietolerancji nie są, zresztą, częstsze przy dawkach 0,75—1,05, niż przy 0,45—0,60. Stwierdzenie tego faktu skłoniło szkołę francuską i licznych badaczy obcych do stosowania dużych dawek leczniczych arsenu, silniejszych od tych, których działanie ogranicza się do usunięcia istniejących objawów; stosowanie tych masywnych dawek znajduje oparcie w ich głębszym i trwalszym działaniu krętkobójczym. We Francji leczenie masywnymi dawkami arsenu przeprowadza się według techniki, podanej przez M i l i a n a: dawki kolejne wynoszą: 0,0025, 0,005, 0,0075, 0,01, 0,0125 i wreszcie 0,015 novarsenobenzolu na kilo wagi chorego; ilość całkowita leku, o ile nie wystąpi nietolerancja, wynosi 0,1 na kilo wagi (przy założeniu, iż nie przekracza ona 75—80 kilo); M i l i a n kładzie przytem nacisk na zastrzykiwanie kolejnej dawki leku, zanim poprzednia uległa wydaleniu, czyli w odstępach 3—5 dniowych. G o u g e r o t uważa ilość 0,15 dziennie za podstawę do obliczenia długości przerw pomiędzy zastrzykowaniami, np. po dawce 0,60 ($= 0,15 \times 4$) przerwa powinna wynosić 4 dni. Leczenie „atakujące” według G o u g e r o t a powinno trwać rok lub nawet dłużej, aby uzyskać wyleczenie kliniczne i humoralne; na leczenie to składa się działanie trzech środków: arsenu, bismutu i rtęci, które uszeregowane są celowo w takiej kolejności, by okres leczenia arsenowego dzielił okresy rtęci i bismutu, które jednakowo niepomysłnie wpływają na stan jamy ustnej i jelit. Pierwszy schemat: 1. pierwsza kuracja: Novarsenobenzol kolejno 0,15—0,90—0,30, albo 0,15—0,30—0,45—0,60—0,75—0,90..... dodając dwa razy tygodniowo zastrzykiwania bismutu (dopiero po 0,60 novarsenobenzolu, w celu przekonania się, czy chory nie jest odporny na arsen), 2. 3 tygodnie przerwy, 3. druga kuracja: novarsenobenzol 1 + rtęć, 4. 3 tygodnie przerwy, 5. trzecia kuracja: 12 zastrzykiwań bismutu, 6. 3 tygodnie przerwy, 7. czwarta

kuracja: 12 zastrzykiwań rtęci lub bismutu, 8. 3 tygodnie przerwy, 9. piąta kuracja: novarsenobenzol lub bismut lub rtęć. Drugi schemat: 6 kuracji w ciągu roku: novarsenobenzol sam, bismut sam, rtęć sama, novarsenobenzol sam, bismut sam, rtęć sama, — z przerwami od 1—3 tygodni. Leczenie „atakujące” nie powinno być przerwane, zanim nie znikną objawy kliniczne i humoralne, w razie zawodu — należy się uciec do innych środków (preparaty złota, cynku i t. d.), a zwłaszcza do pyretoterapii (malaria). Uzyskane wyniki powinny być poparte dalszym postępowaniem według zasad, wyluszczonej na wstępie (leczenie „utrwalające”, „ubezpieczające” i dokładne spostrzeganie przez czas nieograniczony).
X.

Medycyna sądowa.

E. STIER. Tłumaczenie niektórych objawów błędniakowych, występujących po urazach głowy. (Monatsschrift für Unfallheilkunde 1935 Nr. 10).

Otologia rozporządza obecnie pewnymi metodami, które pozwalają stwierdzić, że po urazach głowy mogą występować zaburzenia równowagi przy braku zmian w błędniku i nerwie słuchowym; dowodziłoby to, że zaburzenia te są następstwem zmian w mózgu. Lokalizacja tych zmian nie jest dotąd ustalona. Na podstawie zbadanych około 300 przypadków po urazach głowy stwierdza autor, że w pewnej części przypadków, obok zaburzeń równowagi, występuje t. zw. rozkojarzenie, wzgl. rozszczepienie oczopłasu — „Zergliederung des Nystagmus”. Objaw ten polega na tem, że niezależnie od sposobu drażnienia (próba obrotowa, kaloryczna czy galwaniczna), przy obu zdrowych błędnikach, oczopłaz wykazuje pewne różnice co do postaci i kierunku. W jednym przypadku stwierdził autor po próbie obrotowej i kalorycznej występowanie oczopłasu tylko na jednym oku. W pewnych przypadkach objaw ten odznaczał się wybitną stałością i utrzymywał się miesiącami a nawet latami. Zdaniem autora, objaw ten dowodzi zaburzeń w przewodnictwie pęczków, łączących jądro D e i t e r s a z odpowiednimi jądrami mięśni ocznych wzgl. uszkodzenia samego jądra D e i t e r s a. Autor cytuje G r a h e g o, który, w przypadkach występowania tego rodzaju objawów, stwierdził zmiany anatomiczne w postaci albo nowotworu albo innych uszkodzeń, właśnie w tej części mózgu. Stąd autor uważa za zupełnie uzasadnione przypuszczenie, że, jeśli u osób, przedtem zupełnie zdrowych, wystąpią po wstrząsie mózgu albo po urazie głowy zaburzenia równowagi oraz opisane objawy ze strony oczopłasu, to należy je tłumaczyć zaburzeniem przewodnictwa pomiędzy wymienionymi jądrami i to najprawdopodobniej albo krwotokiem albo ograniczonym zaburzeniem krążenia w tem miejscu.

L e w i Ń s k i.

A. HABERDA. O błonie dziewiczej. (Beiträge zur gerichtlichen Medizin, B. XIII. 1935).

Oskarżenia o nadużycie płciowe, wzgl. zgwałcenie są nierzadko przesadzone lub wręcz fałszywe, stąd tylko obiektywne stwierdzenie zmian w sromie kobiety może mieć znaczenie ważne i jedynie decydujące. Na podstawie własnego doświadczenia autor twierdzi, że orzeczenia, wydawane w tej materji przez ogół lekarzy praktyków, są niesłychanie często błędne. Zdaniem autora pochodzi to stąd, że lekarze nie mają sposobności do zapoznania się z narządami płciowymi dziewcząt ani podczas studjów, ani w późniejszej praktyce; dotyczy to w równej mierze i ginekologów. Doświadczenie w tym kierunku można nabyć jedynie w zakładach medycyny sądowej i to takich, które posiadają dostatecznie duży materiał; wynika stąd, że do wykonywania tego rodzaju badań i wydawania orzeczeń są powołani wyłącznie lekarze sądowi.

Streszczenia pojedyncze.

Fizjologia normalna i patologiczna.

SCHRIFTSETZER. Badanie wczesnych odruchów warunkowych u niemowląt przy pomocy obronnego odruchu na światło. (Woprosy Pedjat. i Pedoloz. 6—VII).

Analiza powstawania odruchów warunkowych u niemowląt oparta jest na stosowaniu odruchów bezwarunkowych, mianowicie: odruchu ssania wzgl. żucia (Krasnogorski) przy dotykaniu ust, oraz odruchu obronnego przy dmuchaniu w twarz (Denisowa), polegającego na miganiu lub zamykaniu oczu (drażnienie n. trójdzielnego). Stosując bodźce dźwiękowe, otrzymano odruchy warunkowe u niemowląt w wieku 5 tyg. Wobec tego, że naturalny odruch warunkowy można wywołać już na 21 dzień (odruch ssania przy wzięciu na rękę), autor opracował nową metodę wywoływania odruchu warunkowego, opartą na bezwarunkowym odruchu obronnym na światło: przy zwiększeniu natężenia światła następuje miganie lub zamknięcie oczu (drażnienie n. ocznego). Dla wywołania odruchu warunkowego autor stosuje bodźce dźwiękowe, mianowicie ton „mi” trąbki. Nad głową niemowlęcia umieszczona zostaje lampka, zaś stylu trąbka. Bodziec warunkowy (trąbka) wyprowadzał bodziec bezwarunkowy (światło) o 3 sek., poczem oba bodźce działały wspólnie przez 5 sek.; następowała przerwa 1/2-minutowa, poczem drażnienie rozpoczynano dalej. W ciągu seansu powtarzano działanie bodźców 10—12 razy. Następnego dnia powtarzano seans. Autorowi udawało się otrzymać odruch warunkowy już w III tyg. życia niemowląt. Odruchy te jednak są niestale, utrwalają się dopiero od VII tygodnia życia. Odruch wyrażał się w miganiu, zamykaniu oczu, niekiedy w odwracaniu głowy (odruch obronny). W każdym razie możliwość wywoływania odruchów warunkowych w III-m tygodniu życia świadczy o gotowości czynnościowej kory mózgowej w tak młodym wieku. Gotowość ta zostaje w warunkach naturalnych wyzyskana dopiero w drugiej połowie II-go miesiąca życia, gdy związek dziecka ze światem zewnętrznym zaczyna się wyraźniej zarysowywać.

A. Kirszbrau.

G. BAYER. O fizjologicznej inaktywacji adrenaliny (sympatyny). (Wien. kl. Woch. Nr. 1/1936).

Przy podrażnieniu nerwów roślinnych i ich zakończeniach w narządzie wykonawczym i w miejscu przejścia włókien przedzwojowych w pozazwojowe uwalniają się drażniki, acetylcholina i sympatyna, identyczna lub w każdym razie bardzo blisko stojąca adrenalina. Jeżeli czynność narządów roślinnych, podporządkowana tym mechanizmom humoralnym, ma być zachowana, konieczne jest, by te drażniki zniknęły równie szybko, jak uwalniają się one w wyżej podanych miejscach. Acetylcholina ulega inaktywacji dzięki esterazie. W jaki sposób zostaje unieczynniona adrenalina (sympatyna), dotąd nie wiemy. Ostatnio Rico Toscano i Malafaya Baptista stwierdzili, że adrenalina zostaje inaktywowana przez aldehyd octowy, metylglioksal i aldehyd glicerynowy, a mianowicie $m/200$ CH_3CHO inaktywuje 1:200.000 roztwór adrenaliny, również w obecności surowicy. Oddawna zaś znany jest fakt inaktywowania adrenaliny przez aldehyd mrówczany. Autor przypuszcza, że również w ustroju inaktywuje adrenalinę aldehyd octowy lub inne wymienione produkty pośredniej przemiany węglowodanowej. Przemawia za tem silna inaktywacja adrenaliny w wątrobie, w czynnych mięśniach oraz konserwacja adrenaliny we krwi, która jest wolna od aldehydu octowego. Odpowiednie badania w tym kierunku zostały rozpoczęte przez autora.

H. L.

SINGER i WECHSLER. Pepsyna, czynnik Castlea i odczyn retikulocytowy u szczurów. (Klin. Wochenschr. Nr. 19 r. 1936).

Przed 2-ma laty Karol Singer stwierdził, że normalny sok żołądkowy ludzi zwiększa liczbę retikulocytów u szczurów. Odczyn ten nie występuje po zagotowaniu soku, po wstrzyknięciu soku zwierząt, a także soku chorych na *anaemia pernicioza*. W okresie poprawy niedokrewności Biermera odczyn się zjawia, stąd jego wielkie znaczenie dla diagnostyki i oceny skuteczności terapii. Wywołanie odczynu zawdzięczamy czynnikowi Castlea. Przed niedawnym czasem zjawily się doniesienia, jakoby pepsyna miała wywierać podobny wpływ na retikulocytozę szczurów. Autorzy skontrolowali ten fakt i przekonali się, że nie pepsyna daje odczyn u szczurów, lecz czynnik Castlea, zawarty w niedokładnie oczyszczonych (przez to skuteczniejszych) preparatach pepsyny. W ten sposób odczyn Singera wytrzymał próbę krytyki: nabrał tem większej wartości klinicznej. Ostatnio stwierdzono odczyn Singera po wstrzykiwaniu szczurom moczu ludzkiego; jest on ujemny u chorych na zespół Biermera. Ten odczyn występuje również i po zagotowaniu moczu, jest więc wywołany przez inny, termostabilny czynnik. Prace Decastello i Wackerlina wykazały, że ma on również działanie terapeutyczne w chorobie Biermera.

Antoni Wajngot.

W. NONNENBRUCH i I. WEISER. O stosunku azotu resztkowego do azotu mocznikowego w surowicy krwi (D. A. f. K. M., t. 178, z. 3).

Istnieje stały i bezsprzeczny związek między azotem resztkowym i azotem mocznikowym w surowicy, polegający na tem, że każdemu zwiększeniu ilości azotu resztkowego towarzyszy obniżenie poziomu mocznika. U ludzi zdrowych poziom azotu resztkowego w surowicy jest liczbą stałą. Wzmożoną ilość azotu resztkowego spotykamy przedewszystkiem w stanach mocznicowych a następnie w chorobach wątroby, tam gdzie mamy do czynienia z zaburzeniami przemiany białkowej i powstawaniem trujących odpadków tej przemiany. Przez podawanie w tych przypadkach mocznika osiągamy pewną poprawę i stwierdzamy obniżenie azotu resztkowego we krwi. Podobne wyniki dają preparaty wątroby, podawane domięśniowo, gdyż przyczyniają się one do unormowania i doprowadzenia do momentu końcowego przemiany białkowej. Autorzy gorąco polecają podawanie mocznika tam, gdzie jest przewaga azotu resztkowego nad azotem mocznikowym. S. Guzman.

Nowotwory.

MILLARD C. MARSH. Proste badania doświadczalne nad rakiem. (Amer. Journ. of Cancer, 1936, t. 26, z. 1).

Praca niniejsza stanowi przemówienie prezydenckie na 28 zebraniu Amerykańskiego Stowarzyszenia do Badań nad Rakiem, odbytem 17 kwietnia 1935 roku w N. Yorku. Marsh zwraca uwagę na prawie stale występowanie nicieni u myszy laboratoryjnych; powstawanie raka dawno już łączono z obecnością nicieni. W ciągu 10 lat utrzymywano myszy ze szczepu, w którym w 90% powstawały u samczek samoistne raki sutka, w stanie wolnym od pasorzytów. W przebadanych 33 pokoleniach myszy stwierdzono zmniejszenie się częstości występowania raka sutka, ostatnio tylko u 62% samczek on występuje. W związku z tem autor szeroko omawia sprawę znaczenia treści przewodu pokarmowego dla powstania raka oraz znaczenia prostych doświadczeń w biologii i patologii.

H. Makower (Łódź).

Hermann PINKUS. **Wyosobnienie czystych szczepów komórkowych z guzów ludzkich. I. Wybór materiału i technika.** (Amer. Journ. of Cancer, 1936, t. 26, z. 3).

Z wyjątkiem G e y a z Baltimore nikomu nie udało się uzyskać hodowli komórek nowotworowych ludzkich czystych, t. zn. bez komórek podłoża, dających się utrzymać przez szereg miesięcy *in vitro*. Autor uzyskał czyste hodowle komórek glejakowych, które utrzymywał przy życiu przez 9 miesięcy. Skrawki jałowe otrzymywał w czasie operacji i prędko zakładał hodowle. Pozatem uzyskał hodowle *myofibrosarcoma* i *ependymoma*. H. M a k o w e r (Łódź).

Enriquez VÁZQUEZ-LÓPEZ. **Rozwój mięsaka Rousa, wszczepionego do mózgu.** (Amer. Journ. of Cancer, 1936, t. 26, z. 1).

Nieobecność odczynu obronnego ze strony układu siateczkowo-śródbłonkowego czyni mózg dobrem siedliskiem dla przyjmowania się wszczepionych nowotworów, umożliwiając nawet ich heterotransplantację, jak to wynika z doświadczeń S h i r a i e g o, potwierdzonych przez Y a m a z a k i e g o oraz przez M u r p h y e g o i S t o r m a. V á z q u e z - L ó p e z wszczepiał świeży mięsak R o u s a, tkankę wysuszoną oraz przesącz bezkomórkowy do mózgu kur i badał powstałe guzy i odczyny w tkance mózgowej, specjalną uwagę poświęcając histogenezie tego nowotworu, co ze względu na wyraźną i swoistą budowę komórek mózgowych jest łatwiejsze, niż przy przeszczepianiu do innych tkanek. Przy przeszczepianiu świeżego materiału komórkowego powstają guzy mniejsze, bardziej odgraniczone, zmiany w mózgu spowodowane są przez ucisk rozrastającego się nowotworu. Natomiast przy przeszczepieniu przesączu powstaje wzrost obfitszy i bardzo infiltrujący. Materiałem komórkowym, z którego najprawdopodobniej powstaje nowotwór w tych warunkach, jest *microglia* lub pochodzące z niej „złożone ciała ziarniste”. *Microglia*, opisana przez R i o - H o r t e g e, będąca elementem mezodermalnym, reprezentuje w układzie nerwowym tkankę siateczkowo-śródbłonkową. Istnieje ścisły związek między komórkami mikroglejowymi a pelzakowatymi komórkami mięsaka, będącymi nosicielami złośliwości, jak wykazują doświadczenia *in vitro*. Fibroblasty prawdopodobnie pochodzą z pierwotnych komórek guza, t. zn. ze „złożonych ciałek ziarnistych”, a więc również z mikrogleju. Problem histogenezy mięsaka R o u s a, rozwijającego się w mózgu, nie może być zresztą jeszcze uważany za rozwiązany, i wymagać musi dalszych badań. Tkanka nerwowa reaguje na czynnik R o u s a w ten sam sposób, jak na jakiegokolwiek inne procesy patologiczne. Odczyn mikroglejowy, uważany za odczyn obronny, jest tu bardzo mocny, znacznie większy, niż przy innych sprawach chorobowych. Jest on jednakże nietylko nieskuteczny jako obrona przed guzem, ale nawet sam odgrywa bardzo wielką rolę w jego powstawaniu. Działanie przyciągające na komórki mezenchymy, wywołane przez czynnik R o u s a, jest znacznie silniejsze, jeżeli ten czynnik jest wolny (a więc w przesączu), aniżeli wtedy, gdy jest zamknięty w komórkach. W świetle tych badań istnieje możliwość powstawania samoistnych mięsaków mózgu pochodzenia mikroglejowego — wbrew opinii C u s h i n g a i B a i l e y a. H. M a k o w e r (Łódź).

Albert E. CASEY. **Doświadczalna zmiana złośliwości za pomocą materiału z homologicznych guzów ssaków. III. W sprawie przesączalności tego materiału.** (Amer. Journ. of Cancer, t. 26, z. 2).

Autor wykazał poprzednio, że wstrzyknięcie zawiesiny komórek guza B r o w n - P e a r c e a, które przez dłuższy czas ulegały oziębieniu w warunkach beztlenowych, wzmacnia bardzo wybitnie rozwój guzów pierwotnych i przerzutowych tego nowotworu, wszczepionego dwa tygodnie później. W pracy obecnej C a s e y starał się stwierdzić, czy to zjawisko zwią-

zane jest z obecnością komórek w zawieszynie, czy też może być wywołane zapomocą przesączu tej zawiesziny przez świecę B e r k e f e l d a „V”. Doświadczenia przeprowadzone na dość dużej liczbie królików, z ilością przesączu od 1,0 do 0,3 cm³, wstrzykiwanego do prawego jądra, poczem po 2 tyg. wstrzykiwano do lewego jądra 0,3 cm³ zawiesziny świeżego guza B r o w n - P e a r c e a, wykazały niezbicie, że ultrafiltracja nie działa hamująco na wzmacniające wzrost nowotworu działanie materiału homologicznego. Tylko w ostatniej serii doświadczeń, w której użyto najmniejszej ilości przesączu (zresztą nieco inaczej przyrządzonego) różnice między zwierzętami doświadczalnymi a kontrolnymi nie były zbyt wielkie. H. M a k o w e r (Łódź).

Choroby serca i naczyń.

F. WINKLER. **Rozważania nad bólem sercowym i jego związkiem z angina diaphragmatica.** (Wien. med. Wschr Nr. 16 i 17, 1935).

Z zespołu objawowego dusznicy bolesnej należy wydzielić jako obraz chorobowy swego rodzaju dusznicę przeponową (*angina diaphragmatica*), która wprawdzie cechuje się bólem sercowym i bólami promieniującymi, jak również uczuciem lęku, co ją zbliża do prawdziwej dusznicy, różni się jednak od niej brakiem swoistego uczucia unicestwienia, polega zaś na grupie odruchów, wychodzących z przepony o charakterze poczęści czuciowym, poczęści ruchowym i nadających obrazowi chorobowemu charakter nerwicy nerwu współczulnego. Operacyjne wyłączenie nerwu przeponowego w miejscu, gdzie wstępuje on do przepony, jak również wyłączenie dróg współczulnych z nerwu przeponowego będą, być może, stanowiły drogę, na jakiej będzie można uleczyć dusznicę przeponową. Przez ucisk na boczne części przepony, szczególnie po stronie lewej, zapomocą gimnastyki oddechowej i przeponowej, zapomocą drażnienia nerwu przeponowego na szyi prądem elektrycznym i zapomocą wywierania ucisku na żołądek i wątrobę można osiągnąć przemijające wyniki. Pomyślny wpływ piramidonu i diuretyny polega na ich własnościach przeciwnurczowych, działanie nitrogliceryny i innych azotynów — na rozszerzaniu naczyń przeponowych. Henryk J. L a n d a u.

D. ABDUŁAJEW. **Kliniczne spostrzeżenie nad działaniem f. zw. hormonu sercowego.** (Kliničeskaja Med. Nr. 9, 1935).

Autor stwierdził, że wyciąg z okolicy węzła K e y t h - F l a c k a ma wybitnie dodatni wpływ na układ naczyniowo-sercowy. Następuje rozszerzenie naczyń wieńcowych serca, obniża się ciśnienie krwi i znika niemiarowość akcji serca. T. zw. hormony krążenia (polski hormon krążenia Myostriatol — R o p e d z i k o w s k i e g o o dużym stężeniu 100 jedn. hipotensyjnych w 1 cm³—przyp. ref.) są, zdaniem autora, wartościowym środkiem leczniczym w nadciśnieniu i w dusznicy bolesnej; żadnych ubocznych wpływów nie wywierają. Hormony krążenia są b. skuteczne zwłaszcza w tych przypadkach, gdzie mamy do czynienia ze zmianami czynnościowymi bez dużych zmian anatomicznych. Istota działania preparatu w dusznicy bolesnej oraz w nadciśnieniu polega na rozszerzaniu naczyń krwionośnych. S. G u z m a n.

HOCHWEIN. **Właściwe leczenie zawałów mięśnia sercowego.** (M. m. W. w 38, 1935).

Przedewszystkiem należy pamiętać o oszczędzaniu krążenia wieńcowego. Zawał mięśnia sercowego rozpoznajemy na podstawie następujących objawów: tętno jest bardzo szybkie a ciśnienie krwi niskie, co zwłaszcza źle znoszą hipertonicy, których organizm przystosował się do wysokiego ciśnienia. Poza tem stwierdzamy objawy wstrząsu układu krążenia w postaci bladej sinicy, zimnego potu i szybkiego, powierzchownego,

oddechu. Zasadniczo mamy do czynienia ze zmianami i zaburzeniami przemiany materji, a nie ukadu krążenia. Musimy zapewnić choremu zupełny spokój, chodzi o to, żeby przy organizowaniu się zawałów uniknąć wahań ciśnienia krwi i utrzymać pewną stałą równowagę układu naczyniowo-sercowego. We krwi stwierdzamy hiperglikemję, zwiększoną ilość azotu resztkowego i przyspieszenie opadania krwinek oraz leukocytozę. Ilość soli kuchennej jest we krwi normalna, jedynie w moczu jest jej trochę więcej. W ostrych przypadkach należy chorego pozostawić na 4—6 tygodni w łóżku w warunkach bezwzględnej spokoju. Lecznictwo pierwszego dnia podajemy choremu luminal 0,2 trzy razy dziennie (chodzi o utrzymanie chorego w półśnie). Następnie po 2—3 dniach wystarczy trzy razy dziennie tabletkę veramonu, dieta bogata w NaCl i uboga w białka. Jako środek nasercowy kofeinę z coraminą po 1 cm. domięśniowo, a następnie 3—20 kropli dziennie. Przeciwno częstoskurczom 2 razy dziennie chinidyna. Brom i pochodne kwasu barbiturowego podajemy w przypadkach bólów anginoidalnych, w połączeniu z kofeiną. S. G u z m a n.

Choroby kobiet i położnictwo.

A. OUSTIACHVILI. Przyczynek do biologicznego rozpoznania ciąży. (Gyn. et Obst. Nr. 6. Tom. XXXII. 1935 r.).

Oryginalna metoda A s c h h e i m a i Z o n d e k a ma niektóre wady: 1. Wymaga 100 godzin i 5 samczek (6—8 gr.), których czasami się niema do dyspozycji. 2. Czasami rozpoznawanie makroskopowe nie wystarcza i trzeba jeszcze stracić dodatkowe 24 godziny na badanie histologiczne, które nie w każdym szpitalu można przeprowadzić. W 1929 roku na kongresie w Brukseli B r o u h a i inni zaproponowali reakcję A. i Z o n d e k a na samcach, które dają 100% pewności. Wadą tej metody jest długotrwałość reakcji (6—10 dni) i to, że 20% samców ma już przedtem powiększone pęcherzyki nasienne F r i e d m a n n w 1929 roku podał nową metodę bardzo szybką, bo po 48 godzinach otrzymujemy rezultaty, ale królicie trzeba przedtem izolować cały miesiąc, każda musi ważyć 900 gr., i często trzeba wykonać laparotomję, aby obejrzeć jajniki. Dużo jest kłopotów i dużo asystentów potrzeba do wykonania tego doświadczenia. Po długich pracach autor przyszedł do wniosku, że można biologiczną próbę ciąży wykonać na myszkach samcach wagi 6—8 gr. i nie wyżej. Otrzymał rezultaty po 24—28 godzinach: makroskopowe powiększenie pęcherzyków nasiennych. Iniekcje robi się trzy razy dziennie według ustanowionej tabeli (w zależności od wagi). Punktualnie po 48 godzinach rezultat był w 100% gotowy. Reakcja ta w niczem nie ustępuje oryginalnej reakcji A. Z. i jej modyfikacji F r i e d m a n n a. Dwie myszy są wystarczającym materiałem, aby otrzymać w 100% trafną odpowiedź. L. E b i n.

Enrique A. BOERO. Nowa metoda operacyjna przerwania ciąży od 3-ch do 7 mies. (Gyn. et Obst. Nr. 6. Tom. XXXII 1935 r.).

Każde przerwanie ciąży po 3-ch miesiącach, czy to krwawe, czy też niekrwawe, jest zawsze niebezpieczne. Doświadczenie jednak nas uczy, że, gdy płód zamiera, w przypadku, gdy jest wskazane przerwanie ciąży, stan chorej polepsza się i daje możliwość wyleczenia pacjentki. Dlaczego więc nie imitować natury, gdy jajko, znajdujące się w macicy, zagraża życiu kobiety? Autor wyciąga zapomocą nakłucia przez powłoki brzuszne trochę płynu płodowego i zastrzykuje 2—3 cm³ formaliny 40%. Punkcja przez powłoki brzuszne jest zupełnie nieszkodliwa, jak to czynimy często w rozmaitych chorobach. Nakłucie wykonywa się na równej odległości od spojenia łonowego i górnej granicy macicy. Po wypuszczeniu 15—30 cm. płynu płodowego wlewa się zapomocą drugiej przygotowanej strzykawki 2—3 cm. formaliny. Trzeba uważać, ażeby w tej drugiej strzy-

kawce pozostawić nieco powietrza, aby cała zawartość formaliny weszła do macicy i nie drażniła tkanek podczas wyjmowania igły. Przy tej operacji nie rozrywamy błon, a tylko zabijamy płód przez mumifikację, co jest naszym celem. Tego nie można wykonać przez pochwę. Pacjentka odczuwa kilka minut bóle, które prędko przechodzą. Jeżeli ilość formaliny jest za duża, poronienie może nastąpić w ciągu pierwszych 24 godzin. W przeciwnym razie poronienie następuje po kilku dniach, lub po kilku miesiącach, jak to bywa przy naturalnym obumarciu płodu. Płód zamiera zawsze. L. E b i n.

DESMAREST i P. RELIER. O zachowaniu jajników i jajowodów podczas operacji mięśniaków macicy. (Gyn. et Obst. Nr. 1. Tom XXXIII. 1936 r.).

Na podstawie 85 operacji autorowie doszli do przekonania, że w razie zachowania jajników i jajowodów przy wycięciu mięśniaków lub nawet częściowym wycięciu macicy chore te czują się o wiele lepiej, niż po kastracji lub nawet zostawieniu jednego jajnika. Pozostawiony jajnik zwykle ulega zwyrodnieniu z powodu złego ukrwienia i unerwienia. Ilustracje pokazują technikę operacji wszczepienia obydwu jajowodów do rany amputowanej macicy. W razie stanu zapalnego jajników i jajowodów wycięcie ich jest konieczne. L. E b i n.

Choroby dzieci.

SEREBRIJSKIJ. Racjonalne żywienie niemowląt. (Woprosy Ped. II—35 r.).

Jest to próba krytycznego przeglądu mieszanek, najczęściej używanych w odżywianiu niemowląt. Autor rozpatruje następujące grupy mieszanek: I. m i e s z a n k i z r o z c i e Ń c z o n e g o m l e k a k r o w i e g o. Mieszanka o składzie $\frac{1}{2}$ mleka z 5 % węglowodanów ma małą wartość kaloryjną i może być podawana niemowlętom w pierwszych tygodniach życia. Nawet młode niemowlęta dobrze znoszą mieszanki $\frac{2}{3}$ mleka z 5 % węglowodanów; w razie niedostatecznego przyrostu wagi można ilość węglowodanów zwiększyć do 8% (2% mąki + 6% cukru). Celem wprowadzenia tłuszczu autor dodaje $\frac{1}{2}$ —1—2% masła lub śmietankę. Przejście na pełne mleko może się odbyć poprzez mieszanekę z $\frac{3}{4}$ mleka. II. M i e s z a n k i l e c z n i c z e. a) M l e k o b i a ł k o w e. Zawiera ono dużo białka i tłuszczu, mniej soli i bardzo mało węglowodanów. Ten skład mleka białkowego miał, według F i n k e l s t e i n a, na celu głównie zmniejszenie fermentacji w stanach dyspeptycznych. Dotychczasowe badania nie potwierdziły słuszności stanowiska F i n k e l s t e i n a, gdyż szkodliwe działanie soli serwatki nie zostało dowiedzione, zaś dla należytego przyswojenia białka ustrój musi mieć dostateczną ilość węglowodanów (stosunek optymalny białka do węglowodanów = 1:5). Zresztą sam F i n k e l s t e i n do mleka białkowego daje co najmniej 5% węglowodanów. W patogeniezie ostrych stanów dyspeptycznych białka i tłuszcze odgrywają większą rolę niż węglowodany. Uznaje to również F i n k e l s t e i n, który w zatruciach zawsze daje maślanekę, zaś mleko białkowe dopiero w II-m tygodniu leczenia. Ale i w tym okresie podawanie mleka białkowego nie jest konieczne, gdyż w miarę poprawy stanu niemowlęcia można wartość odżywczą maślanek zwiększyć przez dodawanie węglowodanów, a potem masła. Wobec tego, że sporządzanie maślanek jest znacznie łatwiejsze, zaś wyniki leczenia maślanek stanów dyspeptycznych są pewniejsze niż mlekiem białkowym, autor jest zdania, że można bez żadnej szkody dla chorych niemowląt skreślić mleko białkowe z liczby mieszanek leczniczych; b) m a ś l a n k a. To, co nazywamy w praktyce maślaneką, jest właściwie kwaśnem odtłuszczonem mlekiem. Według zdania współczesnych pedjatrów, maślanek jest najlepszą mieszanką, jaką mamy obecnie

do dyspozycji przy leczeniu dyspepsji niemowląt. W stanach ostrych dajemy maślanke z 1½% mąki i 2% cukru, potem ilość węglowodanów się zwiększa (mąka do 2%, cukier do 5%), wreszcie dodajemy tłuszcze. Maślanka winna zawsze zawierać 0,25% węgla wapnia; c) k w a s n e m i e s z a n k i. Gdy przygotowanie maślanki natrafia na trudności, można ją zastąpić kwaśnymi mieszankami, zawierającymi mało tłuszczu. Najlepiej stosować chude (max. 1,5% tłuszczu) mleko, zakwaszone 10% kwasem mlecznym w ilości 30,0 gr. kwasu na litr mleka; do przegotowanego i ochłodzonego mleka dodajemy kwas kroplami, mieszając ciągle. Zależnie od wypadku mleko kwaśne można rozcieńczać klejem, zaś przed dodanie mąki i cukru zwiększyć wartość kaloryjną. III. M i e s z a n k i s t ę ż o n e. a) z a p r a ż k a C z e r n e g o. Zawiera ona dużo masła, pozbawionego lotnych kwasów tłuszczowych. Jakie jest teoretyczne uzasadnienie tej mieszanki? Skład jest czysto empiryczny i podlega dużym wahaniom; szkodliwość lotnych kwasów tłuszczowych nie została dotychczas stwierdzona: badania doświadczalne wykazały, że niemowlęta doskonale znoszą nawet duże ilości lotnych kwasów. Jeżeli weźmiemy jeszcze pod uwagę, że wiele niemowląt źle znosi tę mieszankę i dostaje rozwolnienia, to dojdziemy do wniosku, że ani teoretyczne ani praktyczne względy nie przemawiają za koniecznością stosowania tej mieszanki. K l e i n s c h m i d t, chcąc poprawić wyniki stosowania zaprażki, zamiast mleka stosuje maślanke, do której dodaje masło i mąkę w ilości zmniejszonej. I rzeczywiście ta modyfikacja zaprażki okazała się bardziej odpowiednią, i wyniki jej stosowania są daleko lepsze niż poprzednio. Autor jest jednak zdania, że nawet w tej postaci stosowanie zaprażki nie jest konieczne, gdyż ten sam efekt można uzyskać, dając dziecku wyżej wymienioną mieszankę leczniczą, składającą się z maślanki, mąki (1½%), cukru (2—5%) oraz tłuszczu w postaci słodkiej śmietanki (3—5—7%). b) m l e k o i p a p k a M o r o. Jest to mieszanka wysokokaloryjna, zawierająca mąkę pszenną (3 wzgl. 7%), masło i cukier. Mąka nie jest prażona na maśle, gdyż M o r o stosowanie zaprażki uważa za zbędne. Autor uważa mieszanki M o r o za bardzo wartościowe, ale niekonieczne, gdyż mogą one być zastąpione mąką na mleku z dodatkiem cukru i masła. Poza wymienionymi mieszankami istnieje jeszcze bardzo wiele mieszanek, których stosowanie autor uważa za zbędne. Podkreśla on, że ograniczenie ilości stosowanych mieszanek do najprostszych i najskuteczniejszych umożliwi lekarzowi orjentowanie się we wskazaniach i przeciwwskazaniach do stosowania poszczególnych mieszanek.

A. K i r s z b r a u n.

P. FISCHHOF. W sprawie obrazu chorobowego exanthema subitum. (Med. Klin. Nr. 24/1936).

Autor podaje opis sześciu przypadków *exanthema subitum* (trzydniowa gorączka małych dzieci z krytycznym spadkiem). Były to przypadki, którym poczęści towarzyszyły objawy nieżytowe, poczęści zaś przebiegały bez nich. Wspólną cechą tych wszystkich przypadków stanowi ważne pod względem różniczkowo-rozpoznawczym występowanie charakterystycznej osutki na tułowie, typowy obraz krwi po spadku gorączki (mononukleozą), którego brak było tylko u jednego dziecka, które jednocześnie chorowało na krztusiec. W pięciu przypadkach była typowa trzy lub czterodniowa wysoka gorączka z krytycznym spadkiem, w jednym przypadku był zwalniający tor gorączkowy. W dwóch przypadkach było „przedwczesne” wystąpienie osutki jeszcze przed zupełnym spadkiem gorączki. W jednym przypadku spostrzegano dwukrotne zachorowanie na *exanthema subitum*. Nie udało się stwierdzić ani zaraźliwości, ani związku z epidemiami grypy. Autor zwraca uwagę lekarzy-praktyków na ten niezbyt rzadko spotykany u niemowląt i małych dzieci obraz chorobowy.

H. L.

Choroby nerwowe i psychiczne.

KAUDERS O. Nowe doświadczenia w leczeniu padaczki. (Wiener medizin. Wochenschrift. 1935. 896 — 898 i 938 — 940).

Zmniejszać można dawkę luminalu, łącząc ją z bromem. W przypadkach bromizmu dawać należy zamiast bromu niemieckich autorów sedobrol, bromipinę, kwas borny według francuskich i angielskich lekarzy. Barbiturowe sole tracą na nasennym komponencie przy połączeniu z belladonną, piramidonem i kofeiną. Bardzo dobrze działać ma płynny epicom, zawierający formamid i trioksymetylen. W *status epilepticus* działa czasem acetylcholina, klizma z 4-ch gramów bromu lub amylenuhydratu, wypuszczenie 20—40 cent. płynu mózgowo-rdzeniowego. Nie do pogardzenia są preparaty organoterapeutyczne, białka pozajelitowe, szczepionki i terapia gorączkowa. Djeta wybitną odgrywa rolę. W młodym wieku czasem dobrze, acz przemijająco, działają domózgowe wdmuchiwanie powietrzne. H. H i g i e r.

W. SCHAFFER. Z terapii dystrophiae musculorum progressivae. (Wiener klin. Wochenschrift 1935. 848—849).

Zgodnie z przepisem japońskim K e n K u r e i O k i n a k i stosował autor 1%-ową adrenalinę i 1%-ową pilokarpinę. Wyniki nie są świetne, ale dają mimo to nadzieję.

H. H i g i e r.

M. A. GRILICHAS. O pouśpieniowych porażeniach kończyn górnych. (Sow. Wracz. Gaz. № 22/1935).

Trzy przytoczone przez autora przypadki dowodzą konieczności bardziej ostrożnego unieruchamiania przez chirurgów kończyn podczas operacji w ogólnym znieczuleniu. Należy zwracać należytą uwagę na odpowiednie skargi chorych po operacjach, chociażby były one bardzo nieznaczne (parestezje, pewne osłabienie rąk) i zasięgać w tych przypadkach porady neurologa celem zastosowania odpowiednich środków. Pooperacyjne porażenia w przypadkach okazania w porę pomocy leczniczej dają dobre wyniki.

H. L.

E. PAPPENHEIM. W sprawie psychoz w pellagrze. (Med. Klin. № 24/1936).

Na podstawie przytoczonego materiału, obejmującego dwa przypadki, autorka nie widzi możliwości rozstrzygnięcia trudnego zagadnienia o rodzaju zależności, zachodzącej między pellagrą a schizofrenją. Opisane przez nią przypadki przemawiają natomiast z wielkim prawdopodobieństwem za tem, że spostrzegane w pellagrze psychozy są bliskie zakresowi postaci schizofrenicznych. Przyczynę stosunkowo częstego współistnienia pellagry i schizofrenji upatruje autorka zarówno we wspólnym podłożu konstytucjonalnym, jak i w zaburzeniach żółdkowo-jelitowych, jako czynnika uspasabiającego. Dalej przypadki opisywane dowodzą, że spostrzegane współcześnie i razem z pellagrą stany schizofreniczne są zabarwione swoiście według typu psychoz zewnątrzprzodnych.

H. L.

RASDOLSKY I. Zespół nowotworowy grzbietowomostowy. (Zeitschrift f. d. g. Neurologie und Psychiatrie, T. 152 530—537. 1935).

Opis 6 przypadków zespołu, dotąd nie notowanego, a praktycznie ważnego. Rozpoznaje się go dzięki kurczowi mięśni żwaczy, uniemożliwiającemu mowę wyraźną i wprowadzenie stałych pokarmów oraz dzięki stanowi kurczowemu mięśni mimicznych twarzy. Obraz kliniczny wskazuje na guz grzbietu mostu i sąsiadujących części trzonu mózgu pod dnem IV komory. Guzy te stanowią operacyjne *noli me tangere*. Ulgę przynosi jedynie dekompresja w okolicy prawej skroni z drążeniem bocznej komory. Dekompresja tylnej jamy czaszkowej nie usuwa niedrożności wodociągu S y l w i u s z a, a raczej zaskądzić może.

H. H i g i e r.

Streszczenia pojedyncze.

Patologia kliniczna i doświadczalna.

Franklin C. MC LEAN i A. BAIRD HASTINGS. **Ocena kliniczna i znaczenie stężenia jonów wapniowych we krwi.** (Amer. Journ. Med. Sciences, 1935, t. 189, z. 5).

Wapń znajduje się we krwi prawie całkowicie w postaci jonów oraz wapnia, związanego z białkami. Frakcja dyfundującego wapnia niejonowa, związana z cytrynianem, stanowi tylko minimalny ułamek wapnia całkowitego i nie ma większego znaczenia, wbrew poglądom wielu autorów. Znaczenie fizjologiczne mają tylko jony wapniowe, których stężenie utrzymywane jest w bardzo wąskich granicach przez procesy regulacyjne, podtrzymywane przede wszystkim przez przytarczycę. Poziom wapnia jonowego wynosi w normie 4.25—5.25 mg %. Autorzy znaleźli, że stężenie jonów wapniowych osocza zależy od stężenia całkowitego wapnia i całkowitego białka, obecnych w osoczu i znajdujących się w stanie równowagi. Dzięki temu zamiast żmudnej metody właściwego określania jonów wapniowych wystarczy do celów klinicznych oznaczenie wapnia i białka całkowitego. Ułożony przez autorów nomogram ułatwia obliczenie. Zmiany w stężeniu wapnia całkowitego, występujące przy nadmiernej lub zmniejszonej ilości białka, a potrzebne do podtrzymania poziomu jonów wapniowych w granicach normy, nie mają wobec tego bezpośrednio znaczenia klinicznego. Wzmożenie jonów wapniowych świadczy o nadczynności przytarczyc, zmniejszenie ich natomiast występuje przy niedomodze przytarczyc lub też przy hiperfosfatemii, np. uremicznej. We wszystkich innych stanach patologicznych, włączając różne choroby kości, jak osteoporoza, choroba Pageta etc., poziom jonów wapniowych był w granicach normy.

H. M a k o w e r (Łódź).

Minas JOANNIDES. **Diaphragmatitis primaria acuta (zespół H e d b l o m a).** (Amer. Journ. Med. Sciences, 1935, t. 189, z. 4).

Autor opisuje nowy zespół kliniczny, cechujący się bolesnym oddychaniem (*ponopnoea*), bolesnym kaszlem, unieruchomieniem przepony i oddychaniem żebrowym. Zwykle istnieje również bolesność górnych kwadrantów brzucha. Pod względem patologicznym przepona przedstawia obraz ostrego zapalenia wysiękowego i wytwórczego. Niektóre włókna mięsne zostają zamienione na tkankę bliznowatą, wypuklenie przepony zanika, powstać mogą zrosty przeponowo-płucne. Sprawa jest wywołana przez czynnik zakaźny z jamy nosowo-gardzielowej — jak zapalenie płuc, grypa, i może przejść *per contiguitatem* na narządy jamy brzusznej lub klatki piersiowej. Zamiast źle brzmiącej nazwy *diaphragmatitis acuta* proponuje autor nazwać ten zespół chorobowy na cześć znanego chirurga klatki piersiowej C. A. H e d b l o m a „zespołem H e d b l o m a”. Praca poparta jest 3 historiami choroby.

H. M a k o w e r (Łódź).

J. E. F. RISEMAN, D. R. GILLIGAN i H. L. BLUMGART. **Leczenie niedomogi serca zastoinowej i dławicy piersiowej przez całkowite wycięcie gruczołu tarczowego prawidłowego. Wrażliwość chorych na epinefrynę wstrzykiwaną dożylnie przed i po całkowitej tyroidektomii.** (Arch. Intern. Med. 1935, t. 56, z. 1).

Badano wpływ stałej infuzji rozcieńczonych roztworów epinefryny na ciśnienie krwi, szybkość tętna i oddechu. Głębokość oddechu, zużycie tlenu i poziom cukru we krwi. Ciśnienie krwi skurczowe wzmagало się w sposób wyraźny i charakterystyczny, rozkurczowe natomiast ulegało zmianom niecharakterystycznym. Tętno, liczba i głębokość oddechów, zużycie tlenu i poziom cukru we krwi również szły w górę. U tych samych

osobników po jednakowej dawce epinefryny spostrzegano przy wielokrotnych pomiarach podobne wyniki, u różnych natomiast osób wyniki były różne. Najbardziej charakterystyczną i typową odpowiedzią jest reakcja ciśnienia krwi na epinefrynę, zależna w stopniu b. znacznym od użytej dawki i szybkości wlewania. Chorzy na dławicę piersiową i na zastoinową niedomogę serca nie są bardziej czuli na epinefrynę, niż osobnicy normalni. Jeżeli po całkowitej tyroidektomii przemiana podstawowa nie spada więcej niż o 30 % i chorzy nie mają zbyt wielkich objawów obrzęku śluzakowego, czułość na epinefrynę nie ulega zmianom, w przeciwnym przypadku występuje często zmniejszony wzrost ciśnienia i mniejsze przyspieszenie tętna. W ten sposób widoczne jest, że poprawa kliniczna po tyroidektomii nie jest zależna od zmiany czułości na epinefrynę.

H. M a k o w e r (Łódź).

A. CANTAROW. **Badania nad czynnością wątroby: w marskości bramnej i w zastoinowej niedomodze serca.** (Arch. Intern. Med. 1935, t. 56, z. 3).

Autor nie zgadza się z szeroko rozpowszechnionym mniemaniem o niedoskonałości funkcjonalnej i chemicznej diagnostyki schorzeń wątroby. Badał poziom bilirubiny we krwi, zatrzymywanie bromsulphaleiny, poziom cholesteryny we krwi i ilość urobilinogenu w moczu. Hiperbilirubinemia albo (i) zatrzymanie nadmierne bromsulphaleiny stwierdził u 17 z 22 chorych na marskość wątroby, zatrzymanie bromsulphaleiny było obecne w 77,3%. Hiperbilirubinemia była obecna u 10 z 42 chorych na zastoinową niedomogę serca, zatrzymanie bromsulphaleiny u 14.

H. M a k o w e r (Łódź).

David A. RYTAND i W. DACK. **Doświadczalny koncentryczny przerost serca u szczurów.** (Arch. Intern. Med. 1935, t. 56, z. 3).

Autorzy uzyskali koncentryczny (t. zn. bez rozszerzenia światła) przerost serca szczurów zapomocą metody Chana i t. n. a., usunięcia 80% tkanki nerkowej, wywołującego nadciśnienie. Włókna mięsne lewej komory są tu grubsze i krótsze, niż w normie. Zapomocą dużych dawek tarczycy wywoływali autorzy ekscentryczny przerost mięśni obu komór, tutaj grubość włókien nie ulega wielkim zmianom, natomiast są one znacznie dłuższe. Z punktu widzenia kardiodynamiki te 2 rodzaje przerostu są optymalnym odczynem kompensacyjnym w omawianych sprawach chorobowych.

H. M a k o w e r (Łódź).

Nowotwory.

Barrett SURE, K. S. BUCHANAN i Harvey THATCHER. **Wpływ witaminy A na powstawanie guzów rakowych.** (Amer. Journ. of Cancer, 1936, vol. XXVII, str. 84).

Wpływ witaminy A na rozwój guzów rakowych nie jest jeszcze ustalony. Jedni (Fuji i maki) sądzą, że brak witaminy A w pożywieniu ma wpływać przyspieszająco na rozwój raka w żołądku szczura, według innych (Sugira i Benedit) brak witaminy A nie ma wpływu. W roku 1932 Kuh wykazał wpływ hamujący dużych dawek witaminy A na wzrost guzów u myszy. Autorzy zapatrują się krytycznie na powyższe wyniki, gdyż guzy myszy mają dużą zdolność spontanicznej regresji. Autorzy przeprowadzili swoje badania przy pomocy mięsakoraka szczurzego Walkeera N. 256, przyjmującego się w 85% u szczepionych w ilości 20 mgr. podskórnie do prawej pachwiny. Pożywienie, pozbawione tylko witaminy A, składało się z 20 cz. sernika, 10 cz. drożdży oczyszczonych, 4 cz. soli i 66 cz. dekstryny. Ponadto pożywienie naświetlano przez 30' dla wywołania nadmiaru witaminy D. Doświadczenia były przeprowadzone w dwóch serjach. W każdej były

dwie grupy zwierząt. W pierwszej serii była grupa zwierząt, otrzymująca duże dawki witaminy A (6.000 jedn.), i druga, otrzymująca tylko 200 jedn. W drugiej serii jedna grupa otrzymywała tylko 2—12 jedn., a druga 6.000 jedn. Witaminy A dostarczano pod postacią oleju karotenowego. Ani w serii pierwszej, ani w drugiej autorzy nie mogli wykazać różnic w przyjmowaniu się i we wzroście guzów nowotworowych u zwierząt, otrzymujących duże i małe dawki witaminy. Na tej podstawie autorzy dochodzą do wniosku, że witamina A nie wywiera wpływu na powstawanie i rozwój guzów rakowych.

K. P o l l a k.

Frances L. HAVEN. Wpływ tranu na wzrost guzów nowotworowych. (Amer. Journ. of Cancer, 1936, vol. XXVII, str. 95).

Sugiura i Benedict nie mogli wykazać wpływu tranu i olejów roślinnych na wzrost raka szczurzego Flexner—Joblinga, wzgl. mysiego Bashforda i Twortha. Autor badał działanie tranu na wzrost mięsakoraka szczurzego „256”. Udało mu się wykazać, że tran hamuje wzrost tego nowotworu. Badania przeprowadzał na młodych szczurach, które karmił djetą, zawierającą tran, a dla kontroli drugiej grupie zwierząt podawał djetę z dodatkiem oleju kokosowego, do którego dodawano witaminy A i D, rozpuszczając 5 gr. niezmodyfikowanej się części tranu w 100 gr. oleju kokosowego. Wzrost guzów u zwierząt badanych, karmionych tranem i karmionych djetą z dodatkiem oleju kokosowego, był badany pośrednio, mianowicie autor obliczał stosunek wagi guza do kwadratu z czasu, który upłynął od zaszczepienia, i mnożył przez współczynnik 10.000. Ponadto badał autor wagę zwierzęcia mniej waga guza i wtedy wykazał, że tran hamuje wzrost guza, ale też hamuje i wzrost zwierzęcia, o ile jest podawany w dużych ilościach, gdyż wywiera wtedy raczej działanie szkodliwe. Ten hamujący wpływ tłumaczy autor tem, że tran zawiera witaminę D, która wzmacnia zdolność wiązania wapnia w tkankach, a wapń, jak wiadomo, opóźnia wzrost nowotworów.

K. P o l l a k.

Hermann DRUCKREY. Wpływ hormonów na guzy rakowe. (Deutsche med. Woch. 1936, Nr. 18).

Wydzieliny gruczolów dokrewnych mają tak doniosły wpływ na rozwój, zróżniczkowanie i wzrost nie tylko całego ustroju, ale i pojedynczych komórek, że należy zgóry przypuszczać istnienie związku pomiędzy rozwojem i wzrostem nowotworów a działaniem hormonów. Badania wpływu hormonów na nowotwory przybrały ściślejszy charakter dopiero wtedy, gdy badania chemiczne pozwoliły na wyosobnienie ciał czynnych poszczególnych gruczolów. Początkowo badano te hormony, które wpływają na przemianę węglowodanową (insulina, adrenalina) i na wzrost (tyroksyna). Stwierdzono, że adrenalina przyspiesza wzrost guzów, ale insulina nie hamowała go. Podobnie tyroksyna nie zwiększała procesów oksydacyjnych w guzach wbrew teoretycznym założeniom. Istniały jeszcze dane, że ciąża wpływa hamująco na wzrost nowotworów, dalej, że kastracja zapobiega rozwojowi gruczolakoraka u myszek białych. Po stwierdzeniu, że przy smołowaniu ciałami czynnymi, wywołującymi rozwój guza, są substancje chemiczne o 4—5 pierścieniach benzenowych typu fenantrenowego, i że podobne pierścieniowe substancje są częścią hormonów płciowych, przystąpiono do badania wpływu tych hormonów na guzy rakowe. Autor obserwował zahamowanie rozwoju mięsaka Jensa u szczurów po podawaniu wielkich dawek tych hormonów. Próba Aschheim—Zondek wykazała występowanie dużych ilości hormonów płciowych w maczu chorych na chorionepithelioma, względnie na zaśnied groniasty (mola hidatidosa). Dalszy związek pomiędzy hormonami a nowotworami

wykazał Reiss w doświadczeniach, podających wpływ hamujący prolanów na guzy rakowe. Autor starał się tę rzecz wyjaśnić bliżej. Pobudzał wydzielanie hormonu gonadotropowego przysadki mózgowej przez kastrację. W 4 miesiące po kastracji wzrastała ilość hormonu w przysadce 12—20 krotnie, i następowało zahamowanie wzrostu guza. Wykazał histologicznie w tych guzach (mięsak Jensa) rozległe nekrozy, a pomiar przemiany materii guza sposobem Warburga (procesy oksydacyjne) wykazał obniżenie natężenia oksydacji. Następnie autor wykazuje wpływ hamujący guza na wydzielanie hormonów gonadotropowych, zauważył bowiem u zwierząt guzowatych ustąpienie rui, zanik jąder i t. p. Przy braku gruczolów płciowych hormon gonadotropowy działa wprost na guzy nowotworowe podobnie, jak na gruczoly płciowe, przyczem jego działanie sprawozdaje autor do wpływu na nie zróżniczkowane komórki nabłonka gruczolów płciowych, względnie guza nowotworowego. Prócz badań autora działanie hormonów na nowotwory objaśnia Reiss, który obserwował zahamowanie rozwoju guza po wycięciu przysadki mózgowej, przypisując zahamowanie brakowi hormonu wzrostowego Evansa. We wszystkich badaniach podkreślają autorzy prócz istnienia wpływu hormonów na guzy wpływ guzów na gruczoly o wewnętrznym wydzielaniu. Jest to ograniczenie dotychczas uznawanej autonomii wzrostu nowotworów złośliwych. K. P o l l a k.

Gruźlica.

L. SAYÉ i R. SHELTON. Badanie bakterjologiczne treści żołądkowej u dzieci szczepionych B. C. G. (Revue de la tuberculose — Czerwiec 1936).

Gorąca i powszechna dyskusja nad rolą szczepień ochronnych przeciwko gruźlicy metodą Calmette'a i Guérina skłoniły autorów do podjęcia nowej próby stwierdzenia wartości zapobiegawczej szczepień. Materiał badany podzielono na 3 grupy: słabo — średnio — i silnie reagujących na próbę Pirquet'a. Wiek badanych wahał się od 3 miesięcy do 9 lat. U wszystkich dzieci wydobywano zgłębnikiem treść żołądkową i badano na obecność prątków Kocha, w przypadkach ujemnych kilkakrotnie. Stosowano metodę preparatów bezpośrednich i szczepień na śwince morskiej. Przekonano się, że stopień reakcji na próbę Pirquet'a był naj silniej wyrażony w grupie dzieci, wystawionych na częste i masywne zakażenie gruźlicą z otoczenia. U tych dzieci stwierdzano prątki Kocha w treści żołądkowej najczęściej. Pod względem wieku najwięcej dodatnich wyników otrzymano w grupach najmłodszych. Procent Pirquet'a wybitnie dodatniego był też najwyższy w tej grupie. Wobec powyższych wyników autorzy dochodzą do bardzo ważkich wniosków: 1) Stopień alergii idzie równorzędnie z masywnością zakażenia i częstością stykania się z prątkiem Kocha 2) Największą wrażliwość na zakażenie wykazują dzieci najmłodsze, czego wyrazem jest silny odczyn tuberkulinowy, i obecność prątków. 3) Gruźlica dzieci szczepionych nie jest wywołana przez prątek typu BCG, lecz przez prątek gruźlicy ludzkiej. 4) Przebieg schorzenia gruźliczego u szczepionych nie odbiega od form spotykanych u nieszczepionych. Wywody autorów podważają silnie pogląd o szkodliwości szczepień ochronnych BCG.

Antoni W a j n g o t.

Choroby serca i naczyń.

R. LUTEMBACHER. Przewodnictwo mięśnia sercowego. (Arch. des Mal. du coeur Nr. 12/1935).

Naprzemiennosc komorowa doświadczalna bywa bardzo często związana z zaburzeniami w przewodnictwie mięśnia sercowego, których dowodzą krzywe elektrokardiograficzne. Różni się więc ona od naprzemiennosci, spostrzeganej w klinice, naprzemiennosci, którą znamy tylko pośrednio dzięki naprzemiennosci mechanicznej tętna.

H. L.

F. MAINZER. W sprawie niedomogi wieńcowej w niedokrewności. (Wien. kl. Woch. Nr. 19, 1936).

Za starą teorią, uzależniającą napad dławicy piersiowej od niedokrwienia serca, przemawiają następujące dane: 1) U osobników badanych w kamerach o niskim ciśnieniu powietrza, lub o malej zawartości tlenu stwierdza się podobne zmiany elektrokardiograficzne, jak w dławicy piersiowej. 2) Zmiany te wyrażone są najsilniej u osobników, obarczonych niedomogą wieńcową. 3) Analogiczne obrazy otrzymywano u zwierząt doświadczalnych. 4) U zwierząt wyczerpywanych pracą stwierdzono ogniska martwicy (zawały) w miejscach typowej (wieńcowej) lokalizacji. 5) Wszystkie wyż. wymienione znany spotkano u zwierząt doświadczalnych, zatruwanych tlenkiem węgla. Wobec istnienia w niedokrewności warunków dla ischemji mięśnia sercowego, wielokrotnie już zwracano uwagę na ten czynnik etiologiczny. Zużycie fizjologicznie koniecznej dla prawidłowej przemiany materji w mięśniu ilości tlenu zależy od ciśnienia w naczyniach włosowatych tkanki. Prawidłowo dla średniej pracy mięśniowej wymagane jest ciśnienie 40—45 mm. Hg. W przypadku niedokrewności ciśnienie to znacznie spada, a z niem spada nasycenie tlenem krwi odżywiającej aż do anoksemji. W organizmie istnieją różne mechanizmy wyrównawcze, które są przyczyną rzadkości stenokardji w niedokrewnościach. W chorobie B i e r m e r a np. zwiększa się powinowactwo hemoglobiny do tlenu. W niedokrewności zwykłej wyrównanie następuje przez zwiększenie objętości minutowej serca i zwiększenie częstości oddechów. Te mechanizmy wyrównawcze chronią serce przed niedokrwieniem, nie są jednak dowodem przeciw ischemicznej patogenezie dławicy piersiowej, która właśnie wtedy wystąpić może, gdy zawiedzie wyrównanie. Antoni W a j n g o t.

C. LIAN. i J. FACQUET. I. Mierzenie szybkości krążenia za pomocą eteru, sacharyny i fluoresceiny w głównych typach niedomogi serca. II. Mechanizm wyników mierzenia szybkości krążenia w stanie fizjologicznym i w niedomodze serca. (Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. 1936, t. 52, z. 10).

I. Autorzy używają obecnie 50% roztworu sacharyny w dawce 3—5 cm³. Eter wstrzykuje się w roztworze fizjologicznym (0,3 cm³ eteru + 3 cm³ roztworu fizjol.). U zdrowych ludzi dorosłych zapach eteru bywa odczuwany 4—8 sek. po wstrzyknięciu, t. zn. prąd krwi do płuc dostaje się w mniejszej tym samym czasie, co z płuc do języka (próba sacharynowa trwa dwa razy dłużej). W hipo- wzgl. asystolji „czas sacharynowy“ jest stale wydłużony (18 do 65 sek.), „czas eterowy“ zaś w $\frac{2}{3}$ przypadków (9—19 sek.). Fluoresceina oddaje tu jeszcze lepsze usługi, niż sacharyna. W niedomodze lewokomorowej często wszystkie 3 metody dają wyniki normalne; gdy dołącza się niedomoga postępująca komór (powiększenie wątroby w hiposystolji, obrzęki w asystolji), zmniejsza się szybkość krążenia. W niedomodze prawokomorowej czystej szybkość krążenia jest normalna, jak to stwierdzono w 1 obserwowanym przypadku. W przypadkach niedomogi serca utajonej może być szybkość krążenia zmniejszona. II. Trudność poruszania się krwi w średnich i wielkich żyłach ma tylko niewielki wpływ na szybkość krążenia, podobnie rzecz się ma w średnich i wielkich tętnicach: te czynniki nie wystarczają do zmiany szybkości krążenia na patologiczną. Ażeby powstało to zwolnienie patologiczne, musi wejść w grę utrudnienie przepływu krwi przez małe naczynia płucne. W próbie eterowej powstaje zapach w chwili dostania się eteru do ramienia tętniczego włóśniczek płucnych, w próbie sacharynowej smak słodki wytwarza się podczas przedostania się sacharyny do ramienia tętniczego włóśniczek języka, w próbie fluoresceinowej musi ona przejść przez obydwa systemy włóśniczek, ażeby przedostać się do żyły dołu łokciowego. Tłumaczy to wyżej opisane różne zachowanie się tych

3 prób w różnych typach niedomogi krążenia. Tak więc, tam gdzie zastoina w płucach jest niewielka, eterowa próba będzie normalna, sacharynowa przedłużona; gdzie zaś będzie ta zastoina znaczna, obydwie próby dadzą czas wydłużony. Przez użycie tych różnych prób można uzyskać odpowiedź co do dysocjacji zastoiny w obydwu krążeniach kapilarnych: płucnem i wielkiem.

H. M a k o w e r (Łódź).

Choroby dzieci.

RUPILIUS. Choroby zębów mlecznych. (Med. Klin. Nr. 19—1936 r.).

Brak zęba mlecznego, próchnica, ból zęba mogą być przyczyną niechęci dziecka do jedzenia pokarmów stałych, oraz utrudniają żucie, które jest niezbędne dla normalnego rozwoju szczęki. Próchnica może się stać punktem wyjścia dla zaburzeń miejscowych (zapalenie dziąseł, uszkodzenie zawiązków zębów stałych) oraz chorób ogólnych. Zdania co do wpływu ząbkowania na ustrój dziecka są podzielone. Naogół prawidłowe ząbkowanie przebiega bez objawów chorobowych. Stany gorączkowe przyspieszają przerzwanie się zębów. Przyczyną opóźnionego wypadania zębów mlecznych jest nieprawidłowa rezorbcja korzenia zęba mlecznego, rozwijająca się w następstwie choroby ozębnej i miazgi. Niekiedy brak zęba stałego (Rg!) może powodować niewypadanie zęba mlecznego: należy go wtedy możliwie zachować. Na rozwój zębów i szczęki ma duży wpływ odżywianie. Już podczas ciąży kobiecie należy podawać dostateczną ilość witamin D, wapnia i fosforu, podobnie niemowlęciu w I-m roku życia. W II-m należy dziecku dawać bardziej stałe pokarmy, aby je przyzwyczajać do żucia. Próchnicą, charakterystyczną dla zębów mlecznych, jest t. zw. *caries circularis*. Umieszcawia się ona zwykle w górnych siekaczach, które obejmuje poprzecznie, niszczy koronę, pozostawiając brunatne resztki zębów. Przyczyna tej próchnicy jest prawdopodobnie natury ogólnej, ustrojowej. Próchnica zębów mlecznych winna być starannie leczona, gdyż choroby miazgi trudniej poddają się leczeniu, zaś usuwanie zębów mlecznych jest niewskazane. Zęby mleczne mogą też być punktem wyjścia dla cierpień ogólnych — *sepsis oralis*. Stąd wypływa konieczność systematycznego oglądania zębów i usuwania wszelkich ognisk zakaźnych.

A. K i r s z b r a u n.

MARTIN. Operacje w pierwszych dniach życia. (Le Nourrisson. Nr. 3—1936).

Autor podaje krótki przegląd wad rozwojowych, stwierdzanych u noworodków i wymagających natychmiastowego wkroczenia: 1) w a d y w r o d z o n e w o k o l i c y o d b y t u. Tu należą: a) błona odbytnicza zachowana, znajdująca się nisko tuż przy otworze odbytnicy lub wyżej w prostnicy; niekiedy odbytnica jest zamknięta przez kilka błon; b) brak odbytnicy. Klinicznie w obu wypadkach stwierdza się brak smółki po urodzeniu. Zabieg natychmiastowy jest konieczny, gdyż szybko się rozwija obraz ostrej niedrożności jelit i noworodek ginie. Zabieg polega na przebicciu błony, zaś przy braku odbytu, na przecięciu skóry w miejscu odbytu i po dojściu do jelita, wypełnionego smółką, przecina się je i błonę śluzową przyszywa do skóry; niekiedy należy wykonać sztuczny odbył w lewym dole biodrowym. 2) z w ę ż e n i e l u b z a r o ś n i ę c i e j e l i t a c i e n k i e g o. Rokowanie złe. 3) z a r o ś n i ę c i e d r ó g ż ół c i o w y c h jest zwykle później rozpoznawane. 4) p r z e p u k l i n a p ę p 0 w i n o w a wcześniej operowana daje dobre wyniki. 5) w a d y w r o d z o n e d r ó g m o c z o w y c h: błona zamykająca cewkę lub brak cewki zupełny. Klinicznie stwierdza się bezmocz. Postępowanie polega na przebicciu błony cewnikiem, gdy zaś brak cewki, należy wykonać cystostomię; rokowanie złe. 6) na głowie z wad rozwojowych spotyka się *encephalocele*, zaś na szyi *lymphangioma cysticum*. wreszcie w dolnej części

kręgosłupa występuje *spina bifida*. Wady te usuwane są operacyjnie. Wyniki są niekiedy dobre. A. K i r s z b r a u n.

Medycyna sądowa.

J. FISHMAN. **Zagadnienie płci w więzieniu.** (National Library Press. 1934).

Autor, wybitny znawca stosunków więziennych (zwidział najważniejsze więzienia w St. Zjednoczonych, w Porto Rica, na Alasce oraz większość z 3.500 więzień okręgowych) przedewszystkiem na podstawie osobistego doświadczenia dochodzi do wniosku, że współczesne więzienie prowadzi do zwyrodnienia seksualnego. Głód płciowy, jego zdaniem, jest nieomal tak szkodliwy, jak głodzenie, i tak samo, jak dla człowieka, umierającego z głodu lub pragnienia nie stanowi wielkiej różnicy to, że jedyne dostępne mu pożywienie jest zepsute lub zakażone, tak i dla przeciętnego więźnia jest obojętne, że dostępne dla niego środki zaspokojenia popędu płciowego są anormalne. Dotyczy to obu płci. Więzienia amerykańskie pozwalają na odwiedzenie więźniów przez osoby płci przeciwnej, odbywa się to jednak w pomieszczeniach, gdzie podobnych wizyt jest więcej równocześnie, gdzie dozorca nie dopuszcza do zbliżenia się aresztanta do osób, siedzących po przeciwnej stronie stołu. Czasem nawet podwójna przegroda dzieli więźnia od jego gościa, i w pewnych warunkach trudno bywa nieraz odróżnić nawet rysy twarzy. Tego rodzaju wizyty, zdaniem autora, mają łagodzić, zaostrzają nieraz głód płciowy więźniów. W więzieniach, przeznaczonych dla aresztantów obu płci, a jest ich w okręgach około 95%, mężczyźni i kobiety mieszkają pod jednym dachem. Obie płci wykazują niekiedy niewiarogodną wprost pamysłowość celem zbliżenia płciowego: w jednym z więzień, gdzie kobiety oddzielone były od mężczyzn przez drzwi z jednej, a kratą żelazną z drugiej strony, pewna aresztantka, wyjąwszy w dolnej części drzwi kawałek drzewa, miewała stosunki płciowe z mężczyzną, który w związku ze swą pracą miał dostęp do kraty, dzielącej od drzwi. Następnym tego była ciąża. W więzieniu w Kentucky, w którym na dolnym piętrze pomieszczeni byli mężczyźni, a na wyższym kobiety, aresztant, zrobiwszy dziurę w suficie, przymocowując się sznurami do sufitu, obcował płciowo z kobietą, znajdującą się na wyższym piętrze. Każdorazowo dziurę tę zakrywał. I w tym przypadku nastąpiła ciąża. Służba więzienna odnosi się do stosunków płciowych między aresztantami b. rozmaicie, niekiedy wprost przychylnie. Tam, gdzie zbliżenie bezpośrednie jest niemożliwe, jako namiastka dla zaspokojenia głodu płciowego służą przedewszystkiem listy, przesyłane np. w ubraniu przez mężczyzn do pralni i szwalni, skąd od kobiet przychodzą odpowiedzi, lub w bardziej pomysłowy sposób: w pewnym więzieniu jedna z aresztantek przymocowywała wypuszczanym na podwórze kurom listy, przeznaczone dla mężczyzn i t. d. W jednym przypadku dwóch mężczyzn stoczyło poważną walkę o to, kto będzie prasował kobietą bieliznę, w innym — z powodu listów, które do dwu aresztantów pisała równocześnie jedna aresztantka. Obaj byli skazani na długoterminowe więzienie, i żaden z nich nie mógł liczyć, że ją ujrzy przed upływem co najmniej lat 10. B. częstym zjawiskiem w więzieniach, przeznaczonych dla obu płci, jest ekshibicjonizm zarówno mężczyzn, jak kobiet. O ile więzień rozporządza odpowiednimi środkami materialnymi, w pewnych przypadkach może on, przekupując służbę, uzyskać w tajemnicy widzenie sam na sam z kobietą. Odbywa się to w nocy. Częstymi mieszkańcami więzień w St. Zjednoczonych bywają homoseksualiści. Nie wszystkich ich wina jest jednakowa: są tacy, którzy znaleźli się za murami więzienia z powodu zaczepiania mężczyzn, inni zostali zatrzymani z powodu ekshibicjonizmu (tych ostatnich jest niewiele), lecz za homoseksualizm odsiadują nieraz karę

i ci zboczeńcy, którzy nie powodowali zgorszenia publicznego, i t. d., a dostali się do więzienia dzięki nieszczęśliwemu zbiegowi okoliczności. Najniebezpieczniejsi ze wszystkich zboczeńców są ci, którzy wciągają nieletnich do homoseksualizmu. co jest tem więcej szkodliwe, że organizm w młodości odznacza się biseksualizmem, i forma życia płciowego może się ukształtować zależnie od warunków. Zawodowi homoseksualiści wykazują niekiedy w więzieniach wielką próżność i zalotność, stają się nieraz przyczyną zazdrości, co prowadzi niejednokrotnie do krwawych bójek. Zdaniem autora, homoseksualizm uprawia 30—40% więźniów i na to niebezpieczeństwo są narażeni szczególnie młodzi chłopcy. Droga przekupstwa (papierosy i t. d.), a gdy to nie skutkuje, groźbą zboczeńcy wymuszają u nich zgodę. Groźba jakoby jest również przyczyną, że ofiary nie zawiadamiają o tem dozorców. Pragnąc walczyć z homoseksualizmem i stojąc na stanowisku, że rozwija się on przedewszystkiem w związku z widokiem gołego ciała, w umywalkach i łaźniach więziennych między poszczególnymi natryskami poprowadzono przegrody, w więzieniu w Laevnorth aresztantom, przyłapanym na czynach homoseksualnych, wieszano na plecach wielką literę D (degenerat), nie doprowadziło to jednak do żadnego wyniku, i, zdaniem autora oraz innych badaczy stosunków więziennych, więzienie i homoseksualizm są zjawiskami nierozłącznymi. Następnym tego nałogu jest zwłaszcza u osobników młodocianych zanik normalnego popędu płciowego oraz, wobec niedostatecznie częstego badania w kierunku kily, szerzenie się jej przez więzienie. Inne perwersje płciowe mają również często miejsce. Następnie autor zastanawia się nad zagadnieniem, co aresztant zrobić jest w stanie dla zaspokojenia swych potrzeb seksualnych. Ma on przed sobą 3 drogi: zwalczyć je dzięki silnej woli, sublimować je w ten, czy inny sposób lub też uprawiać homoseksualizm czy onanizm. Zdaniem autora, opartem na opinii pewnego odłamu psychiatrów i innych lekarzy, wstrzemięźliwość płciowa, uprawiana przez czas dłuższy przez przeciętnego osobnika, jest szkodliwa. Co się tyczy sublimacji i zmiany energii seksualnej w inną, acz nie podlegają one wątpliwości, nie mogą jednak trwać bez końca. Dotyczy to zarówno ujścia energii drogą wyładowania fizycznego, jak i psychicznego. Pozostaje masturbacja i homoseksualizm, przyczem osobnik, zdaniem autora, może zarazić swem zboczeniem nawet kilkanaście osób, które w innych warunkach pozostałyby normalnymi. Według F i s h m a n a, więzienia mogłyby do pewnego stopnia kierować zagadnieniem seksualnym, nie dopuszczając do współżycia obojnaków z osobnikami normalnymi, znosząc cele, przeznaczone na dwie tylko osoby, rozdzielając planowo dzień aresztanta na zajęcia i rozrywki, dążąc do podniesienia kultury więźniów i t. d. W końcu autor zastanawia się nad stroną społeczną zagadnienia płciowego w więzieniach, nad pewnymi zmianami, jakie mogłyby być tu wprowadzone i jakie tu i owdzie są już wprowadzone. Tak np. w republice Salvador każdemu więźniowi przysługuje prawo przyjmowania raz w tygodniu wizyty żony bez żadnych świadków, w Sing Sing mogą one przeprowadzać swe dzieci na widzenie, które się odbywa w małych separatkach, również bez świadków, a według T o b e n k i n a w więzieniach Rosji Sowieckiej każdemu aresztantowi po okresie próbnym przysługuje rocznie 15 dni wakacji, które może dowolnie podzielić. Więzień nieżonaty może zawrzeć w więzieniu związki małżeńskie. W sąsiedztwie więzień istnieją b. często małe kolonie, zamieszkałe przez żony i narzeczone aresztantów, życzące sobie znajdować się w pobliżu ich. Autor zadaje sobie pytanie, czy i w więzieniach St. Zjednoczonych nie byłoby możliwe w odpowiednich warunkach udzielać uwięzionym podobnych urlopów, co przyczyniłoby się do zacieśnienia więzów rodzinnych więźniów, a także broniłoby ich przed homoseksualizmem. M. G r z y w o - D a b r o w s k a.

Streszczenia pojedyncze.

Biologia.

W. M. WESELIKINA. O przepuszczalności tkanki mięśniowej dla kwasu mlekowego. (Bull. de l'inst. Lesshaft. I. XVII XVIII).

Błona mięśniowa, zadrażniona prądem elektrycznym, przestaje przepuszczać kwas mlekowy. Aby zagadnienie to zgłębić, dokonano szeregu doświadczeń. Ze ściany jamy brzusznej żaby uczyniono błonę dializującą; okazało się, że w spokoju przepuszcza ona kwas mlekowy z zewnątrz pochodny w ciągu długich godzin. Po zadrażnieniu jej prądem elektrycznym przestaje przepuszczać. Badania kontrolujące zdają się wskazywać, że zjawisko to polega na zużywaniu przechodzącego przez mięsień kwasu mlekowego dla wytworzenia glikogenu, zużytego podczas pracy mięśni, drażniczych prądem. N. Z. Z.

A. N. MANICKIJ. Rola procesów koloidalnych w mięśni znużonym. (Labor. Fizjol. Państw. Inst. Odżywiania. 1930.)

Mięsień znużony broni się przed wyczerpaniem w ten sposób, iż nie odpowiada na dalsze podniety. Kulminacyjny punkt takiego hamowania nosi nazwę „*pessimum*“. Autor badał różnice polaryzacji mięśnia i nerwu podczas zmęczenia i podczas „*pessimum*“. W mięśni polaryzacja w obu tych stanach początkowo zmniejsza się, następnie zaś — wzrasta. W nerwie — polaryzacja jest znacznie większa podczas stanu „*pessimum*“, aniżeli podczas znużenia. Zmiany polaryzacji idą równoległe do zmian chronaksji: podczas „*pessimum*“ chronaksja nerwu zmniejsza się, a przez to powstaje heterochronaksja pomiędzy nim a mięśniem, i bodziec nerwowy nie przenika do mięśnia. Nie wszystkie jednak włókna mięśniowe są w ten sposób zablokowane, niektóre zmieniają również chronaksję i pozostają pobudliwe na bodźce nerwowe, wzmagając w ten sposób znużenie. N. Z. Z.

ACKMANN. Pomiar odporności skóry u dzieci zdrowych w różnym wieku. (Z f. K. Bd 57, H. 3).

Określenie elastyczności, oporu i napięcia skóry autor wykonywał aparatem J o c h m a n n a. Czynniki te odgrywają niezmiernie ważną rolę, zwłaszcza w wieku dziecięcym. Obserwowano skórę brzucha. Badano 75 dzieci, z tych 50 zdrowych, wiek ich wahał się od 10—14 lat. Różne odcinki skóry dają niejednakowe wyniki. Wskaźniki naogół zwiększają się do 2 miesiąca życia i następnie ustalają się. Zależą one również od warstwy tłuszczowej. U chorych dzieci otrzymuje się niższe liczby, natomiast u ozdrowieńców występują one równoległe z poprawą stanu ogólnego. S. Guzman.

C. PICADÓ. I. Amboceptory „przeciwko gruczolom o wydzielaniu wewnętrznym” w surowicy ludzkiej, w różnym wieku. II. Izo-amboceptory „przeciwgrasicze” i „przeciwjądrowe” w surowicy królika i świnki. (C. r. Soc. Biol. 1936, t. 121, z. 2).

I. Autor uważa życie ludzkie za serię następujących po sobie cyklów hormonalnych, których wierzchołki normalnej krzywej aktywności znajdują się w różnym wieku, grasica ma wierzchołek w 15 r., gonady w 25, tarczycza w 35, przysadka około czterdziestu. Rolę w starzeniu się gruczolów o wydzielaniu wewnętrznym mogą odgrywać przeciwciała, zwrócone przeciwko nim wzgl. przeciwko produkowanym przez nie hormonom. Starzenie się przez „flokulację komórkową” jest ściśle związane z „autoimmunizacją tkankową”. Autor zbadał w przeszło 100 przypadkach surowice ludzkie na obecność dwuchwytników, wiążących dopełniacz z wyciągami z grasicy i z jąder. U dzieci poniżej lat 12 stwierdził obecność pierwszych w 41%, drugich w 18% (bez różnicy płci), u osobników poniżej 25 lat 41% 1-ych i 37% 2-ich, poniżej 60 l. 38% i 17%, 60—80 l.

— 18% i 14%. II. Odpowiednie doświadczenia u świnek i królików wykazały obecność ciepłochwijnnych dwuchwytników przeciwko wyciągom z grasicy i jąder, u świnek tylko przeciwko tym narządom ze zwierząt młodych. Użycie wyciągów z innych zwierząt w znacznej mierze pogarsza wyniki.

H. Makower (Łódź).

Choroby zakaźne.

DULISCOUET i B. BALLET. Pewne właściwości gronkowca u nosicieli laseczników błonicy. (Presse Méd. 1935. Str. 1297—1300).

Autorzy spostrzegali pewien rodzaj gronkowca, mało różniący się od złocistego, w którego obecności obficie i długo rosła pałeczki L ö f f l e r a. Laseczniki rzekomobłonicy tą właściwością nie odznaczają się. Badając hodowle mikrobów, otrzymanych z gardła nosicieli pałeczek L ö f f l e r o wskich, autorzy zawsze wysiewali wspomnianego gronkowca. Obecność tego gronkowca pozwalała odróżniać pałeczki błonicy od rzekomobłonicy. U ozdrowieńców autorom udało się wyhodować inny rodzaj gronkowca „szkodnika”, w którego obecności pałeczki błonicy nie wyrastały. Doświadczenia *in vitro* potwierdziły wymienione wyżej obserwacje. Sporządzono cukierki, zawierające gronkowca „szkodnika”. Po zażywaniu 2 cukierków dziennie w ciągu 4 dni zniknęły pałeczki L ö f f l e r a z gardła nawet bardzo uporczywych nosicieli. S.

W. F. MARTYNOW i J. S. LUTOJ. Żółtaczką i dur brzuszny. (Sow. klin. 1935. Str. 301—303).

Laseczniki duru brzuszego i ich toksyny mogą w pewnych warunkach, głównie u asteników ze wzmożoną wrażliwością układu siateczkowo-śródbłonkowego i małą zawartością glikogenu w wątrobie, wywoływać zmiany degeneracyjne w wątrobie i zapalenie dróg żółciowych. Żółtaczki zakaźne mogą powstawać na gruncie każdej infekcji, w szczególności duru brzuszego i rzekomego. S.

A. P. NIKOLSKIJ. Klinika i patogeniza czerwonego zapalenia stawów. (Klinicz. Med. 1935. 1223—1227).

Zajęcie stawów w czerwonce zdarza się w 1—3% przypadków, najczęściej na 15—20 dzień choroby. Pierwszym objawem są bóle tępe w jednym lub dwóch stawach kończyn dolnych przy ciepłocie około 38,5°. Zależnie od wielkości wysięku zwiększają się bóle, ruchy kończyn mocno ograniczone. Po upływie 10—15 dni objawy ostrego gościa przycichają, ślady wysięku i ograniczenie ruchów trzymają się do 6 miesięcy. Notowano umiarkowaną leukocytozę, a z powikłań — zapalenie wsierdza z zajęciem zastawek i zejściem w wadę serca. Przetwory salicylowe były bezskuteczne, dobre wyniki dawały zastrzykiwania mleka, w kilku przypadkach — autohemoterapia w kombinacji z metodami fizjoterapeutycznymi. S.

Znieczulanie.

GINGOLD. Skuteczny i praktyczny sposób uniknięcia wtórnych następstw po środkach znieczulających z dodatkiem adrenaliny. (La Clinique, Nr. 266, 1936 r).

Adrenalina jako dodatek do środków znieczulających ma tę ujemną stronę, że po okresie zwężenia naczyń krwionośnych wywołuje ich porażenie i w 1—1½ godziny po operacji występuje krwawienie, widoczne nazewnątrz rany, lub też tworzy się krwiak. Autor na podstawie własnego doświadczenia dochodzi do przekonania, że dodatek adrenaliny do środka znieczulającego jest niezbędny, jednak dawkowanie adrenaliny musi być odpowiednie. Ażeby uniknąć późnych krwawień autor stosuje c o a g u l e n podskórną, względnie miejscowo na miejsce operacyjne: np. wstrzykuje po 2—3

mc³. roztworu 3% coagulenu między szwy w 2—3 miejscach w zależności od długości rany. Sposób powyższy ma szczególne znaczenie w zabiegach kosmetycznych na nosie, uszach, czole, sutkach i t. d. Coagulen pozwala uniknąć wtórnych krwawień wskutek porażenia naczyń i w ten sposób wpływa na lepsze rokowanie.

F. S i e n i c k i.

SIMMONS N. J. Uśmierzenie bólów pooperacyjnych po usunięciu operacyjnym guzków krwawnicowych. (New Engl. Journ. of Med. Nr. 1, 1936 r.).

W 30 przypadkach dokonanych operacji dla uniknięcia bólów pooperacyjnych zastosowano roztwór perkainy w następującym składzie: *Percain. bas.* 0,5, *Phenol* 1,0, *Benzyl alcohol* 10,0, *Ol. amygdal. ad.* 100,0. Po zwykłym przygotowaniu pacjenta wstrzykuje się 1% roztwór perkainy podskórną naokoło odbytu i potem 5—10 cm³. lekko podgrzanego oleistego roztworu perkainy wstrzykuje się w mięsień zwieracza odbytu. Znieczulenie występuje prawie natychmiast, tak, że zabieg, przy zupełnym zwiótczeniu zwieracza odbytu, może być łatwo przeprowadzony. Znieczulenie trwa około 7—10 dni, gdyż oleisty roztwór perkainy powoli się wysysa. Przeciwwskazaniami są: miejscowe infekcje, wyprysk i idiosynkrazja względem perkainy. Autor stosował ten sam roztwór z doskonałym skutkiem w leczeniu świądu odbytu. Żadnych niepożądanych objawów ubocznych nigdy nie było. F. M i k u l s k a.

Gruźlica.

W. BROCKSCHMIDT. Rak płuc i gruźlica. (Beitr. Klin. Tuberk. 1935. Str. 50—58).

Według R o k i t a n s k y e g o istnieć ma antagonizm między rakiem a gruźlicą. W ostatnich czasach jednak ogłasza się jednocześnie napotykanie raka i gruźlicy w tym samym narządzie, a niektórzy autorowie utrzymują nawet, że gruźlica może sprzyjać powstawaniu raka, a nawet może być uważana za chorobę przedrakową. Autor na zasadzie spostrzegania 4 przypadków dochodzi do następujących wniosków: 1) Niema żadnej zasady do upatrywania antagonizmu między rakiem a gruźlicą. 2) Tkanka gruźlicza nie stanowi lepszej gleby dla rozwoju raka, niż tkanka, dotknięta jakąkolwiek inną sprawą chorobową. 3) Gruźlica nie może być uważana za schorzenie przedrakowe. 4) Gruźlica może stwarzać lub wzmacniać skłonność do powstania raka. 5) Gruźlica, podobnie jak inne zmiany patologiczne o właściwościach regeneracyjnych, może stwarzać grunt dla rozwoju nowotworu.

S.

FURNER. Gruźlicze zapalenie opon mózgowych po wycięciu nerki gruźliczej. (Journ. Urology 1935. Str. 216—221).

Zapalenie gruźlicze opon mózgowych po wycięciu gruźliczej nerki należy do rzadkości. Autor znalazł w piśmiennictwie tylko 2 takie przypadki. Przypadek autora dotyczył 65 letniej kobiety, u której po wycięciu nerki gruźliczej okres pooperacyjny był zupełnie prawidłowy. Ze strony stanu ogólnego zwracała uwagę skargi na ból głowy, które stopniowo wzmagaly się. Wkrótce potem wystąpiły utrata przytomności i stan gorączkowy, i po upływie 6 tygodni chora zmarła. Sekcja wykazała gruźlicze zapalenie opon mózgowych, w wysięku wykryto łaseczniki K o c h a. W przypadku tym operacja wywołała bakteriemję gruźliczą i wtórne zapalenie opon mózgowych.

S.

Choroby narządów trawienia.

K. KENT i Th. RUBEL. O zmianach liczby krwinek czerwonych w chorobach wątroby. (Ztsch. klin. Med. 1935. Str. 472—479).

Na licznych chorych potwierdzili autorzy pogląd E p p i n g e r a, że w żółtaczce nieżytowej na wysokości choroby liczba erytrocytów we krwi wzrasta — objaw, wskazujący na surowicze zapalenie wątroby. Na dużym materiale stwierdzili autorzy, że po wprowadzeniu pod skórę $\frac{3}{4}$ mg. histaminy następuje szybko przemijające powiększenie liczby erytrocytów

u ludzi zdrowych, którego się nie stwierdza w chorobach wątroby i śledziony. Analogiczne wyniki po zastrzyknięciu adrenaliny wykazują, że liczba krwinek czerwonych wzrasta wskutek wyciskania ich z „depo” krwi, jakimi są wątroba i śledziona. W chorobach tych narządów czynność „depo” ulega zaburzeniu.

S.

WAJSKOPF. Przewlekłe zaparcie stolca. (Arch. Malad. App. Dig. 1935. Str. 73—89).

Autor podkreśla znaczenie przewlekłego zaparcia stolca w etiologii chorób narządów jamy brzusznej. Obniżona zdolność asymilacyjna narządów trawienia stanowi rdzeń tragedii biologicznej współczesnej ludzkości. Białko zwierzęce, które zajmuje coraz pokaźniejsze stanowiska w odżywianiu człowieka, będąc słabym bodźcem dla ruchów robaczkowych, prowadzi do zaparcia atonicznego (kiszki ślepej i wstępniczej). Zastój w kiszce ślepej i zaleganie mas kałowych wywołuje zapalenie (kiszki ślepej, zapalenie woreczka żółciowego, wyrostka robaczkowego, miedniczek nerkowych i zgodnie z teorią zakazną także i wrzody żołądka i dwunastnicy. W spostrzeganych przez autora 120 przypadkach chorób narządów jamy brzusznej stwierdzono zaparcie w 100%. Przytem w 50 przypadkach wrzodu żołądkowo-dwunastniczego stwierdzono wrzodliwość i bolesność okolicy kiszki ślepej. Pozatem było 38 przypadków zapalenia woreczka żółciowego, 12 przypadków prawostronnego zapalenia miedniczek nerkowych, 12 przypadków prawostronnych kamieni nerkowych i 5 przypadków zapalenia wyrostka robaczkowego.

S.

A. G. SURGUCZEW. Jontoforeza cynkowa w leczeniu wrzodu żołądka i dwunastnicy. (Sow. klin. 1935. Str. 276—278).

W 40 przypadkach wrzodu żołądka i dwunastnicy otrzymano tą drogą znakomite wyniki. Prześwietlanie po 28—30 seansach nie wykrywało już żadnych śladów wrzodu. Sposób stosowania jontoforezy cynkowej: elektrodę czynną, zanurzoną w $\frac{1}{4}$ % roztworze siarczynu cynku, nakłada się na udo, a elektrodę obojętną na okolicę lędźwiową. Wymiary obu elektrod: 20×8 cm. Siła prądu: 20 MA. Czas trwania seansu: 20 minut.

S.

J. I. KLIMENKO. Kliniczne i doświadczalne uzasadnienie stosowania tłuszczu w hipersekreacji i wrzodach żołądka oraz wrzodach dwunastnicy. (Sow. klin. 1935. Str. 123—127).

Zbadano wpływ masła śmietankowego na wydzielinę żołądka u 14 chorych. Po śniadaniu zwykłym (kawa) spostrzegano w ciągu całych godzin wydzielanie się soku żołądkowego do 535 ctm³. Następnego dnia po dawce 25 gr. masła u tego samego chorego stwierdzono wybitne zmniejszenie się ilości soku. Wydzielanie kończyło się bardzo prędko, u jednego chorego już po 30 min. Otrzymane wyniki dowodzą, że masło w stanach hipersekreacji jest potężnym środkiem w leczeniu tych stanów.

S.

Choroby jamy ustnej, gardła, nosa i uszu.

B. MAIER. Wpływ cukrzycy na górne drogi oddechowe. (Mtschr. Ohrenheilk. u. Rhino-Laryng 1935. Z. 5).

Ze strony nosa daje się zauważyć leniwe gojenie się ran pooperacyjnych, częste krwotoki, bardzo rzadko martwica przegrody. Ze strony gardła i krtani: czasem suche zapalenie gardzieli i krtani, czasem ropówka krtani. Związku z chorobami migdałków nie stwierdza się. Zdarzają się zmiany w śliniankach natury sklerotycznej. Częstym objawem bywa ślinotok, przychem ślina ma odczyn kwaśny wskutek zawartości kwasu mlekowego. Język ma wygląd charakterystyczny: powierzchnia jego jest sucha, jakby powleczonea lakierem; częste bywają parestezje języka. Dziaśła są obrzmiałe, krwawą, czasami są u nich owrzodzenia. Według niektórych autorów zapalenie

jamy ustnej jest wczesnym objawem cukrzycy. Zęby często ulegają próchnicy, nierzadko spostrzega się ropotok zębodołowy. Tworzenie się kamienia zębowego jest bardzo wybitne. Acetonowy zapach z ust. Smak często jest upośledzony. Gruźlica języka i górnych dróg oddechowych u cukrzyczych ma tendencję do szybkiego szerzenia się. S.

Vaz de MELLO. **130 przypadków wyleczenia ostrej anginy u dzieci bismutem.** (Jahrb. Kinderhik. 1935. Str. 203—209.)

Autor stosował w leczeniu zwykłej anginy u dzieci zastrzykiwania przetworów bismutu, używanych do leczenia kili, tylko w mniejszych dawkach — około 1—2 mg. bismutu. Ani razu nie było niepożądanych następstw, zwłaszcza ze strony nerek, nawet tam, gdzie anginie towarzyszył ropomocz i białkomocz, stan nerek nie pogarszał się. Materiał autora składał się z 46 dzieci w wieku do 2 lat, 60 — w wieku 2—7 lat i 25 — w wieku 7—14 lat. Tylko u jednego dziecka z pierwszej grupy leczenie nie dało wyniku, u pozostałych wyzdrowienie nastąpiło w ciągu 1 doby: w pierwszej grupie w 80%, w drugiej w 73%, w trzeciej w 76%, w pozostałych przypadkach wyzdrowienie nastąpiło po upływie 48 godzin, a tylko w 3 przypadkach — po upływie 72 godzin. S.

M. WOŁOSZIN. **Blokada nowokainowa układu współczulnego w leczeniu cuchnącego nieżytu nosa.** (Monatsschr. Ohrenheilk. 1935. Z. 4).

Autor leczył 10 przypadków cuchnącego nieżytu nosa blokadą układu współczulnego według metody W i s z n i e w s k i e g o - S p e r a Ń s k i e g o. Technika: w kącie pomiędzy ostatniem żebrem i długimi mięśniami pleców wstrzykuje się na głębokości 10 ctm. 100 ctm.³ ¼ % roztworu nowokainy w płynie R i n g e r a. W ten sposób skutecznie się blokadę spłotu nerkowego i nadnerczowego oraz nerwów tizewowych (*nn. splanchnici*). Po jedno- lub dwukrotnym zastrzyknięciu znikały strupy i odór oraz uczucie suchości w nosie. Wyniki późniejsze nie są znane. S.

KRIEGSMANN. **Niebezpieczeństwo obnażenia podczas operacji zdrowej zatoki esowatej.** (Ztschr. Hals-Nasen-u. Ohr. 1935 T. 38.)

W przeważającej większości przypadków obnażenie zdrowej zatoki nie sprowadza złych skutków, czasem jednak prowadzi do wytworzenia się zakrzepu. Takie powikłanie na 246 antrotomij autor spostrzegł 5 razy, a na 46 operacji radykalnych 1 raz. Przyczyną powstania takiego wtórnego zakrzepu jest zapewne większa zjadliwość zarazka, co ma miejsce głównie we wczesnym okresie zapalenia ropnego ucha środkowego. Istotnie z 5 wspomnianych wyżej przypadków w 4 antrotomja była wykonana na 2—14 dzień choroby. Zaleca się przeto ostrożność w przypadkach operacji wczesnych; jeżeli zaś zatoka została obnażona, to należy tamponować luźno, a w przypadkach operacji radykalnej — nie zaszywać rany. S.

K. LEVI. **Ostre zapalenie wyrostka sutkowego i zapalenie nerek.** (Monatsschr. Ohrenheilk. 1935. Z. 6).

Obserwacja 2047 operowanych przypadków ostrego zapalenia wyrostka sutkowego w klinice N e u m a n n a wykazała, co następuje: 1. Przebieg operowanych przypadków, w których już dawniej było zapalenie nerek, jest przeważnie normalny. 2. Około 0,7% przypadków ostrego zapalenia wyrostka sutkowego towarzyszy krwotoczne zapalenie nerek. 3. Cierpienie uszne gra tu po części rolę pierwotnego zakażenia, po części ogniska pierwotnego, a czasem jednego i drugiego razem. 4. Większa część zapaleń nerek pochodzenia usznego zdarza się u dzieci. 5. Rokowanie zapalenia nerek usznego pochodzenia w przypadkach operowanych pod względem wyleczenia tegoż zapalenia jest dobre. S.

CLOUS. **Zapalenie ucha grypowe i zapalenie mózgu.** (Ztschr. Hals-Nas. Ohr. 1935. T. 38).

W niektórych przypadkach grypy stwierdza się zapalenie mózgu jednocześnie z zapaleniem ucha, ale niezależne od niego. Takie zapalenie mózgu często ma przebieg długotrwały, czasem z remisjami, rozpoznanie różniczkowe bywa trudne i może być postawione po wyłączeniu zapalenia opon mózgowych, ropnia mózgu i zakrzepu zatok. Rokowanie dobre. S.

FRIEDMAN, MILTON i J. ENGEL. **Nabłoniak skóry grzbietu nosa.** (Journ. Am. Med. Ass. 1936. Str. 1879—1882).

Przypadek dotyczy 49 letniego mężczyzny z guzem wielkości małego jaja kurzego, który, wychodząc z okolicy kąta zewnętrznego lewego oka, pokrywał oko, cały nos od góry do dołu i wewnętrzny kąt oka prawego. Chory był dostarczony do szpitala w stanie kachektycznym i napół zamroczonym. Badanie mikroskopowe wycinka z guza stwierdziło nabłoniaka. W okresie 3 miesięcznym zrobiono 6 naświetlań rentgenowskich po 4000 R., przyczem w tydzień po pierwszym naświetlaniu wycięto nożem elektrycznym i kleszczami małą część guza, reszta skurczyła się wydatnie i powoli w zupełności znikła pod wpływem naświetlań. Teraz dopiero można było stwierdzić, że nowotwór wychodził nie z galki ocznej, jak z początku przypuszczano, lecz ze skóry wewnętrznego kąta lewego oka i lewej kości nosowej. Oko lewe było całkowicie zwyrodniałe i zastąpione zostało później sztucznem. Lewa kość nosowa była częściowo zniszczona, poddano ją jednak ostrożnemu naświetleniu pomimo niebezpieczeństwa wywołania rentgenowskiego zapalenia kości i szpiku kostnego. Wynik końcowy był wysoce zaskakujący: jako ślad ciężkiej sprawy chorobowej można było zauważyć nieznaczne zagłębienie w okolicy lewej kości nosowej. Cztery załączone rysunki demonstrują ten piękny wynik leczniczy. S.

Choroby dróg moczowych.

H. WILLER. **O wrodzonych nerkach torbielowych i nadciśnieniu.** (M. m. W. 1935. Nr. 36).

W 5 przypadkach znaleziono na sekcji ogromne torbielowato zwyrodniałe nerki z minimalną pozostałością miąższu. Wszyscy chorzy dożyli do względnie późnego wieku (53—63 lat), tylko dwoje zmarło wskutek mocznicy, a tylko w jednym przypadku było za życia notowane nadciśnienie (160/100). Poza 2 przypadkami zapalenia wsierdza i ogólnej miażdżycy tętnic nie stwierdzono zmian organicznych w mięśniu sercowym, w szczególności przrostu lewej komory. Rozpatrując przytoczone przypadki jako długotrwały eksperyment na ludziach w sprawie roli nerek w nadciśnieniu, autor uważa za niesłuszne wiązanie nadciśnienia z ubytkiem miąższu nerek, ponieważ w jego materiale brakło nadciśnienia wobec zupełnego prawie braku miąższu nerek. Według autora nadciśnienie jest bądź sprawą pierwotną, bądź w jakiś bardzo skomplikowany sposób skoordynowaną ze schorzeniem nerek. S.

GEIVINGER. **Nerka torbielowa.** (Journ. Urology. 1935. Str. 202—215).

Nerka torbielowa uważana jest za chorobę wrodzoną, w pojedynczych przypadkach jednak mogą powstać w nerkach torbiele naskutek rozmaitych spraw patologicznych. Tak więc możliwe jest wytworzenie się torbieli wskutek zwyrodnienia guza nerki, zawałów i zakrzepów naczyń w nerce arterjosklerotycznej. Z 9 przytoczonych przez autora przypadków w 5 były torbiele mnogie, w 2 pojedyncze. Te 7 przypadków należały do wrodzonych schorzeń nerki, 8 przypadek powstał na gruncie miażdżycy tętnic, co było potwierdzone na sekcji, w 9

znaleziono torbielowate zwyrodnienie gruczolaka brodawkowego nerki.

S.

POLLAK. Dane kliniczne, dotyczące ciężkich schorzeń żołądkowo-kiszkowych po zewnątrzotrzewnowych operacjach urologicznych. (Bruns Beitr. 1935. T. 162. Z. 2. Str. 224—231).

Autor opisuje 5 przypadków, w których po operacji na nerce lub na pęcherzu moczowym i gruczole krokowym rozwinął się obraz atonii żołądka i kiszek, z towarzyszącymi jej wymiotami krwawymi. Przyczyną krwotoku żołądkowego może być zator tętniczy, zastój żylny w żołądku, czasem obostrzenie się już poprzednio istniejącej sprawy wrzodowej. W jednym z przypadków autora wymioty krwawe zaczęły się na drugi dzień po wycięciu nerki z powodu gruźlicy, w drugim — na 12 dzień po cystostomii z powodu gruczolaka sterczu, w trzecim — czkawka, wymioty i niedowład kiszek powstały po cięciu wysokiem (*sectio alta*) z powodu przerostu tegoż narządu; w 4 przypadku wymioty krwawe po ureterotomii z powodu kamienia moczowodu; w piątym — po założeniu przetoki pęcherzowej z powodu gruczolaka sterczu. Dwa ostatnie przypadki zakończyły się śmiercią. Prócz wymienionych przytacza jeszcze autor dwa przypadki porażeniowego zamknięcia światła kiszek po zewnątrzotrzewnowych operacjach urologicznych z zejściem śmiertelnym.

S.

R. ROLAND. Nerczyca hipochloremiczna. (Kl. Woch. 1936, 23).

W r. 1922 po raz pierwszy zwrócił uwagę P o r g e s na wspólność występowania zjawisk: hipochloremji, hiperazotemji i zwiększenia zasobu zasad w krwi. Od tego czasu ogłoszono wiele prac, dotyczących mocznicy pozanerkowej. W jej przebiegu, podobnie jak i w mocznicy retencyjnej, może wystąpić śpiączka (*coma hypochloraeimicum*). Spotyka się ją w przebiegu uporczywych wymiotów, po szybkim opróżnieniu wodobrzusza, w ciężkiej cukrzycy, (równocześnie z śpiączką cukrzycową), w chorobie Addisona i in. Odkrycie mocznicy pozanerkowej podważyło ustalone doniedawna podstawy patologji przemiany azotowej, ale obecnie znów następuje „zwrot ku nerkom” i nawet w niezaprzeczonych przypadkach t. zw. mocznicy pozanerkowej znajduje się zmiany w nerkach — przedewszystkiem histologiczne. W 6 przypadkach autora mocznica hipochloremiczna wystąpiła jako skutek niepowściągliwych wymiotów z powodów wyłącznie pokarmowych (zmiany anatomiczne żołądka, uniemożliwiające trawienie). Przypadki te bądź nie były operowane z powodu ciężkiego stanu, bądź zmarły po operacji. We wszystkich pośmiertne badanie histologiczne wykryło zmiany, podobne do przewlekłej nerczycej sublimatowej. W świetle kanalików nerkowych znaleziono złoży wapnia i zmiany martwicze, w kłębkach i naczyniach krwionośnych nie stwierdzono odchyłań od normy. Zagadnienie polega na tem, czy te zmiany w nerkach są pierwotne czy wtórne. Druga hipoteza wydaje się prawdopodobniejsza. Komórki aparatu wydzielniczego, żyjąc w środowisku o ustalonej i mało zmiennej koncentracji jonów Na i Cl⁻, reagują w warunkach hipochloremji (i hiponatremji) chłonięciem wapnia — reszta jest sprawą mechaniczno-uciskową. Ponieważ w zatruciach sublimatem również stwierdza się zmniejszenie ilości soli w osoczu, patogenesa zmian nerkowych w tem zatruciu i w sprawach, połączonych z silnymi wymiotami lub biegunką, jest zapewne ta sama i polega na zmianach osmotycznych krwi. W ten sposób uzyskuje się nowy pogląd na patogenesę mocznicy; hipochloremja i hiponatremja powodują nerczycę, ta następnie wywołuje mocznicę retencyjną. „Błędne koło” zmian patologicznych zamyka się i prowadzi do zejścia śmiertelnego.

Antoni W a j n g o t .

Choroby kobiet i położnictwo.

PREISSECKER E. O żeńskich hormonach płciowych i ich znaczeniu klinicznym. (W. kl. W. Nr. 16 i 17, 1936 r.).

W bolesnem miesiączkowaniu autor z początku stosował czysty hormon ciała żółtego (prolutan), wyniki jednak otrzymywał b. nikiel, względnie przetwór nie wywierał wcale żadnego skutku. Później, po publikacjach Seitza, Wintza, Fingerhuta, a szczególnie Mirandy zaczął stosować z doskonałymi skutkami *sistomensinę* w iniekcjach i drażetkach (te ostatnie radzi stosować w większych dawkach). W krwawieniach klimakterycznych zapomocą *sistomensiny* również często uzyskiwał dobre wyniki. W opornych przypadkach prócz *sistomensiny* w wielkich dawkach podawał przetwory tylnego płata przysadki mózgowej, wapń i t. p. F. Sienicki.

PAQUETTE J. P. Przypadek nietypowych zaburzeń okresu pokwitania. (L'Union Méd. du Canada. Nr. 2, 1936 r.).

Autor opisuje przypadek hipofunkcji jajnikowej u 15-letniej pacjentki, która cierpiała z powodu bezsenności, uderzeń krwi do głowy, nudności, wymiotów i zaparcia stolca; leczenie objawowe nie dawało prawie żadnych wyników, dopiero wyciąg z jajnika w postaci *agomensiny* prawie natychmiast poskutkowało; wszystkie dolegliwości ustąpiły bezpowrotnie, co autor tłumaczy w ten sposób, iż *agomensina* podziałała w powyższym zespole zaburzeń endokrynologicznych jako katalizator, dzięki któremu przywrócono korelację wielogruczową, wpływając na wypadniętą czynność jajnika. Fr. Sienicki.

E. BOCRO. Przerwanie ciąży przed nastąpieniem zdolności do życia płodu. (Gyn Obst. 1935. Str. 502—504).

Przerwanie ciąży na zasadzie wskazań lekarskich przed 7 miesiącem ciąży zawsze źle się odzywa na stanie zdrowia matki. Obserwacje kliniczne wykazały, że spontaniczna śmierć płodu w macicy nie ma złego wpływu na stan zdrowia matki. Na tej zasadzie proponuje autor wywoływać śmierć płodu za pomocą zastrzykiwania do macicy przez powłoki brzuszne 2—3 ctm³ 40% formaliny. Technika: po opróżnieniu pęcherza moczowego wkłada się igłę na środku pomiędzy spojeniem łonowem a pępkiem do jamy macicy. Wyciekanie wody płodowej dowodzi, że igła znajduje się w macicy. Wypuszcza się 20—50 ctm³ wody płodowej i wprowadza się 2—3 ctm³ 40% formaliny. Występują silne bóle brzucha, i w przeciągu 24 godzin następuje poronienie. W niektórych przypadkach płód zamiera, a poronienie następuje po upływie kilku dni lub tygodni. Powikłań lub zejścia niepomyślnego autor nie notował. S.

Choroby skóry, weneryczne i płciowe.

HOFMANN M. Leczenie impotentia coeundi androstiną „Ciba”. (Schweiz. med. Woch. Nr. 25, 1936).

U trzech chorych, opisanych przez autora, zastosowano *androstinę per os* i pozajelitowo. Skutek był niewątpliwy, choć w jednym przypadku kuracja trwała przeszło 8 miesięcy. Hofmann podkreśla, że w niedomodze płciowej z przewagą udziału psychiki leczenie natrafia na większe trudności, niż w niedomodze „fizjologicznej”, która szybciej poddaje się leczeniu. Fr. Sienicki.

BERMANN K. Przyczynę do leczenia rzeżączki i cierpień dróg moczowych. (Casopis Lkaru Ceskych Nr. 25, 1936 r.).

W celu uniknięcia powikłań w przebiegu rzeżączki, których źródłem jest nadmierna pobudliwość w obrębie narządów płciowych (*epididymitis*, *prostatitis* u mężczyzn, *adnexitis*, *bart-holinitis* i t. p. u kobiet) autor, zamiast dotąd stosowanych środków (lupulina, *camphora monobrom.*, brom, przetwory z grupy barbiturowej, preparaty przysadki), zaczął stosować *dialacetynę* w dawkach ½—1 tabl., uzyskując uśmierzanie bólów, lepszy sen, ustąpienie pollucyj i poprawę ogólnego samopoczucia. Fr. Sienicki.

Streszczenia pojedyncze.

Fizjologia normalna i patologiczna.

L. KARCZAG. Barwnik naturalny soku żołądkowego (D. med. Woch. 1936, 24).

Sok żołądkowy ludzki, otrzymywany naczecz przy pomocy zgłębnika dwunastniczego, może przybierać różne kolory od jasnożółtego do niebieskiego. Dotychczas przypisywano to zabarwienie zwracaniu z dwunastnicy a przez to domieszcze żółci. Jednakowoż badania nad rozmieszczeniem różnych barwników po wstrzyknięciu ich do ustroju dowiodły, że sok żołądkowy przybierać może barwę zależną od zawartości barwnika w krwi krążącej. Rozliczne badania nad istotą barwnika naturalnego soku wykazują, iż nie jest on identyczny z bilirubiną. Po odparowaniu soku pojawia się lekkie zabarwienie fioletowe. Autor sądzi, że barwnik soku żołądkowego należy do istotnie swoistych ciał z grupy, nazwanej przez F i s c h e r a „bilirubinoidami”, pochodnych bilirubiny. Barwnik fioletowy nie jest obcy przyrodzie żywej. Odkryto go w *bacillus violaceus*. Ze względu na stopień nasilenia w soku żołądkowym można wprowadzić stopniowanie na podobieństwo pochodnych bilirubiny: gastroflawina, — ksantyna, — werdyna, — azuryna i gastrowioletyna. Wzajemny stosunek żołądka i wątroby pozwala przypuszczać, że w stanach chorobowych któregoś z tych narządów, drugi odpowiada zmianami w produkcji barwnika. Dowiedziono tego przynajmniej w przypadkach chorób wątroby w stosunku do barwnika żołądkowego.

Antoni W a j n g o t.

Nowotwory.

BLUMENTHAL. Leczenie raka wielohormonowymi preparatami i CAILLIAN — Badania histopatologiczne u zwierząt i ludzi leczonych tą metodą. (Schweiz. med. Woch 1936, N. 27).

Powyższe dwa artykuły pojawiły się w związku z fascynującą pracą Jacobsa. W pierwszym z nich autor wymienia Nyka, Lavedana, Sannię i Alphandery jako pionierów organoterapii guzów złośliwych. Różne narządy mają zawierać jakiś czynnik (może kilka czynników) wyraźnie hamujących wzrost nowotworów a nawet całkowicie je niszczących. Wobec trudności ustalenia narządu najbardziej wyposażonego w czynnik niszczący raka autor i jego współpracownicy stosują wyciągi wielonarządowe, a mianowicie z: wątroby, żołądka, trzustki, jelit i śledziony zwierząt świeżo zabitych. Różne kombinacje tych wyciągów stosowano u zwierząt z rakami doświadczalnymi. W obrębie guzów stwierdzano wybitne zmiany po tej terapii, prócz tego zaobserwowano działanie wyciągów na nerwy i naczynia tkanki rakowej, rzecz dotąd nieopisywana. Te badania, wiążące się bezpośrednio z układem siateczkowo-śródblonkowym, mają niepospolite znaczenie. Szereg rewelacyjnych spostrzeżeń u zwierząt, bardzo ściśle kontrolowanych klinicznie i histologicznie, dał autorom nadzieję na pomyślne skutki również i u ludzi; powodowani tem autorzy przystąpili do pracy w klinice i rezultaty swych badań podają w pracy Jacobsa. W artykule drugim anatomicopatolog Caillian streszcza swe rezultaty laboratoryjne. Do badań używano szczurów, szczepionych nabłoniakiem Flexner-Joblinga lub nabłoniakiem Oberlinga. Oba te guzy należą do bardzo złośliwych. W 100% guzów w pełnym ich rozwoju po zastosowaniu wyciągów wielonarządowych uzyskano całkowite kliniczne i histopatologiczne wyleczenie, gdy tymczasem zwierzęta kontrolne nieleczone ginęły w 2—3 miesiące. Histologicznie stwierdzono rozpuszczanie i homogenizację tkanki nowotworowej z pyknozą, rozpadaniem się i rozpuszczaniem jąder komórkowych. W miejscu guza poja-

wiała się ziarnina i blizna łącznotkankowa. Zmiany w naczyniach i nerwach guzów będą szczegółowo opisane w najbliższym czasie. W nowotworach ludzkich znajdowano pod wpływem leczenia podobne zmiany. Sumarycznie tkanka rakowa przechodziła zmiany podobne do organizacji zawału lub do martwicy rozplywnej, poprzedzonej kwasochłonnością komórek, nacieczeniem surowiczym i całkowitym wreszcie ich rozpuszczeniem. Zrąb guzów wykazywał zmiany analogiczne. W zakresie naczyń nowotworów obserwowano ich rozszerzenie ze zgrubieniem ich ścian. Śródbłonek bujał ku światłu i złuszczał się, dając nierówny, poszarpany kontur na przekroju. W błonie środkowej i zewnętrznej tętnic zjawiały się wielobiegunkowe komórki, które rozpychały błonę zewnętrzną i tworzyły wał dookoła niej. (Obraz podobny do *pseudosarcomatosis* Kaposi). Ten rozpłem komórkowy był bardzo krótkotrwały i szybko przechodził w zwyrodnienie szkłiste, obliterując zupełnie naczynia krwionośne guza. Układ nerwowy guzów wykazywał przerost otoczki Schwanna z wysiękiem między pęczki włókien i z następczą martwicą. Inne tkanki nie przedstawiały podobnych zmian. Autor kładzie na podstawie tych badań największy nacisk na układ naczyniowo-nerwowy i widzi lecznicze działanie wyciągów na guzy w ich wpływie na nerwy i naczynia. Dalsze prace są w toku.

Antoni W a j n g o t.

Lecznictwo.

MIGNOT. Dożylnie zastrzykiwania węgla zwierzęcego w chorobach zakaźnych i zatruciach. (Presse Méd. 1936 Nr. 11).

Stosuje się drobno sproszkowany węgiel w ziarenkach wielkości krwinki czerwonej, rozrobiony w wodzie, w ilości 2—5 cm.³. Obokżylnie nacieczenia są bezbolesne, ale pozostawiają na stałe czarne tatuaże. Objawy wstrząsu zdarzają się tylko w razie złej techniki, zwłaszcza przy użyciu niewłaściwego węgla. Wyniki są doskonałe w posocznicy, gorączce poługowej, zapaleniu migdałków, posocznicy i zapaleniu stawów pochodzenia gonokokowego, zapaleniu sterczu, ropieniach skórnych, czyrączności i t. d. (Sabra z és w pracy późniejszej zaleca ostrożność w stosowaniu tej metody).

S.

JUDINE. 1000 przetoczeń krwi trupiej u ludzi. (Presse Méd. 1036. Nr. 4).

Krew utrzymuje się w stanie jałowym, biologicznie wartościowym do 8 godzin po śmierci, może być przechowywana w stanie jałowym powyżej 3 tygod. Efekt kliniczny jest taki sam jak po przetoczeniu krwi żyjącego człowieka. Autor zorganizował w Moskwie otrzymywanie krwi trupiej od ludzi nagle zmarłych, którzy są dostarczani przez specjalne samochody sanitarne do jego instytutu. Najlepiej nadają się przypadki śmierci z powodu wypadków porażenia elektrycznością lub z powodu dławicy sercowej. Wydobycie krwi dokonywa się przez wstawienie rurek szklanych do obu żył jarzmowych i wypływanie krwi w położeniu Trendelenburga. W ten sposób można łatwo otrzymać do 3½ litra krwi.

S.

W. GRUNKE, H. OTTO. Znaczenie kliniczne witaminy C (kwas askorbinowy). (Med. Klinik Nr. 2, 1936).

Autorzy określali zawartość kwasu askorbinowego w moczu ludzi zdrowych i chorych. Okazało się, że przy dziecie mieszanym osobnik zdrowy wydala na dobę 30—50 mg. kw. askorbinowego; przy dziecie owocowej — 80—200 mgr. U chorych z wrzodem żołądka, przebywających na dziecie wyłącznie mlecznej, stwierdzali b. niskie cyfry kw. askorbinowego w moczu (4—30 mg.). Również niskie cyfry znaleźli w przebiegu chorób infekcyjnych. W szeregu schorzeń autorzy stosowali doustnie

i dożylnie Cebion i Redoxinę (witaminy C). Zaobserwowali interesujące zjawisko w przebiegu małopłytkowości samoistnej; okazało się mianowicie, że nawet po doprowadzeniu do ustroju chorego dużych dawek cebionu, nie stwierdzano w moczu wzrostu wydalania; dopiero po paru dniach, kiedy objawy krwotoczności zaczęły się cofać, zauważono silne wydalanie kw. askorbinowego z moczem. To samo stwierdzono w przebiegu gnilca. Autorzy stosowali cebion w szeregu przypadków samoistnej i objawowej małopłytkowości. Najlepsze wyniki osiągnęły w samoistnej małopłytkowości; objaw opaskowy cofał się szybko, czas krwawienia ulegał zmniejszeniu wraz z cofaniem się krwotoków, natomiast liczba płytek nadal pozostawała na niskim poziomie. W przebiegu „hemofilji” i „purpura Henricha” oraz krwawieniach z narządów (krwotoczne zapalenie nerek, gruźlica płuc) leczenie cebionem pozostawało bez skutku.

Jakób P e n s o n .

Choroby płuc.

W. KNOPP. W sprawie leczenia Rezylem schorzeń narządu oddychania. (D. m. W. 1936, Nr. 5).

Autor stosował Rezył w postaci syropu i w kroplach (krople wprowadzone są tylko w Niemczech) w następujących schorzeniach: gruźlica z silnym kaszlem, nieżyt oskrzeli, odoskrzelowe zapalenie płuc, krztusiec, nieżyt krtań i t. p. Pod wpływem Rezyłu słaby napady kaszlu, zaś wydzielina ulegała rozwodnieniu, co, przy wykrztuśnym działaniu preparatu ułatwiało jej wydalanie. Co się tyczy dawkowania, to u dorosłych zaleca 3—4 razy dziennie po łyżce stołowej syropu lub po 20 kropli, u dzieci 3—4 razy dziennie po łyżeczce od herbaty syropu lub po 10—15 kropli.

F. S i e p i c k i .

BARTSCH. Grzybice płuc. (Deutsche Tbc. Blatt 1936, Nr. 7).

Jako najpospolitsze grzybice płuc podaje się powszechnie promienicę i *Streptotrix*. Oba te czynniki etiologiczne zajmują miejsce pośrednie pomiędzy grzybami właściwymi a bakteriami. Zarodniki i formy rozplodowe objawiają tę samą odporność wobec czynników szkodliwych. Pierwsze są beztlenowcami, drugie wymagają tlenu do życia. Ta jedyna różnica biologiczna pozwala mówić niektórym autorom nie o dwóch różnych rodzajach grzybów, a tylko o tlenowej i beztlenowej formie promienicy. Obraz kliniczny tlenowej grzybicy płuc jest bardzo różnolity. Zakażenie najczęściej następuje drogą wdychania, co może się zdarzyć tem łatwiej, że *Streptotrix* saprofituje w jamie ustnej. Przeniesienie zakażenia *per continuitatem* z sąsiednich narządów należy do rzadkości i nie ma praktycznego znaczenia. Pierwsze objawy przebiegają pod postacią zapalenia oskrzeli i odoskrzelowego zapalenia płuc; w tym okresie bardzo typowe są nacieczenia okołoskrzelowe, jako odczyn tkanki płucnej na sprawę, toczącą się w oskrzelu. W razie zlania się kilku drobnych ognisk zapalnych w jedno — objawy przypominają płatowe zapalenie płuc. W dalszym przebiegu sprawy spostrzegamy wtórne rozstrzenie oskrzelowe i jamy w płucach. Proces może przenosić się na narządy sąsiednie (opłucną, osierdzie), nawet na żebra (*caries streptotrichotica*). Odczyn włóknisty zrębu płucnego nie jest wybitny. Sprawa przeważnie umiejscawia się w jednym płucu, zazwyczaj prawym (anatomia prawego oskrzela głównego). Niezbyt rzadkie są przerzuty, wyłącznie drogą krwiorodną. Predylekcyjnym organem dla tych przerzutów jest mózg. Droga limfatyczna nie odgrywa w tej sprawie żadnej roli, na co wskazuje także brak odczynu gruczołowego w grzybicy płuc. Z objawów ogólnych rzuca się w oczy znaczne wyniszczenie, gorączka o typie przepuszczającym i obfite odpluwanie ropnej, często cuchnącej lub krwawej płwociny, zawierającej grzybki, a nie prątki K o c h a . Promienica różni się od streptotrichozy mniej częstym krwiopluciem, rzadkością przerzutów i silniejszym odczynem łączno-

tkankowym, okoloogniskowym. Wspólną cechą dla wszystkich cierpień grzybiczych płuc jest przyspieszenie opadania krwinek. Inne pierwotniaki, dające obrazy grzybic płuc, są to pleśnie. Występuje ta grzybica jako choroba charłacza (np. w cukrzycy). Cechą *ex juvantibus*, odróżniającą grzybicę od gruźlicy, jest ich uleczalność. Podaje się wewnętrznie jodek potasu, stosuje się także naświetlania rentgenem. (Z dobrym skutkiem stosowano jontoforezę miedziową — przyp. ref.). Niestety, wszystkie te środki są przeciwwskazane w gruźlicy płuc i w żadnym razie nie mogą być stosowane jako metoda diagnostyczno-różniczkowa. Częste i staranne badanie płwociny musi ustalić sprawę nawet w najbardziej wątpliwych przypadkach.

Antoni W a j n g o t .

Choroby serca i naczyń.

R. KOURILSKY i M. MARCHAL. O prawie utajonej postaci zawału mięśnia sercowego. (Bull. et Mém. Soc. méd. Hôp. 1935, t. 51, z. 22).

Autorzy opisują przypadek, w którym rozpoznanie udało się postawić jedynie dzięki badaniu elektrokardiograficznemu, przeprowadzonemu w czasie samego napadu. 68-letni arteriosklerotyk poczuł się w czasie jazdy autem niedobrze, miał nudności, opresję, poty — wobec czego polecił zawieźć się do swego lekarza. Nie odczuwał żadnego bólu, sam wszedł na schody. Dolegliwości swoje przypisywał gorącu i śniadaniu. Badanie wykazało spadek ciśnienia, tachyarytmie, powiększenie sylwetki serca na zdjęciu. Na elektrokardiogramie stwierdzono prócz całkowitej tachyarytmii, spowodowanej przez migotanie przedsionków, fałd kopulastą P a r d e e g o w odprowadzeniu 2 i 3, duże Q w 2 i 3, zazębienie na QR w 2. Chory protestował przeciwko położeniu go do łóżka. Po kilku dniach zmiany w elektrokardiogramie charakterystyczne dla zawału ustąpiły. Następnego dnia po napadzie wystąpiła nieznaczna gorączka. 1½ mies. po napadzie chory czuł się zupełnie zdrowym, wychodził i pracował. Ten dobry stan utrzymuje się w ciągu roku. Chory uskarża się jedynie na skrępowanie w okolicy serca i uczucie napięcia w nabrzuszu podczas złej pogody oraz na zaburzenia rytmu serca.

H. M a k o w e r (Łódź).

E. DOUMER. [Zawał mięśnia sercowego w postaci brzusznej. (Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. 1935, t. 51, z. 17).

Napad zawału mięśnia sercowego komplikuje się często nudnościami i wymiotami, niekiedy bóle odczuwane są u podstawy klatki piersiowej i w nabrzuszu. W przypadkach tych objawy zawału wysuwają się na czoło, i rozpoznanie zwykle nie jest trudne. Trudne do rozpoznania są natomiast te przypadki, w których objawów bólowych wogóle niema, a które przedstawiają się jedynie pod postacią „ostrej niestrawności”, opisaną w r. 1910 przez O b r a z c o w a i S t r a s z e s k o . W piśmiennictwie francuskim jedyny tego rodzaju przypadek opisał w r. 1933 C o s t e d o a t . Doumer opisuje 2 typowe przypadki. W 1-y chory miał bóle w nabrzuszu, wymioty i rozwolnienie, lekarz stwierdził zatrucie pokarmowe, potem „grypę żołądkowo-jelitową”. Po kilku dniach wystąpiły objawy znacznej niedomogi mięśnia sercowego, po 2 tygodniach — zgon. W drugim przypadku istniały tylko nudności, wywołane przez wysiłek, ustępujące po wypoczynku. Jedynie dzięki badaniu elektrokardiograficznemu można było postawić rozpoznanie zawału, który bez dramatycznych objawów w krótkim czasie spowodował zgon chorego.

H. M a k o w e r (Łódź).

Wallace M. IATER, Virgil H. CORNELL i Thomas CLAYTOR. Blok serca przedsionkowokomorowy zależny od uszkodzeń obu gałęzi. (Arch. Intern. Med. 1936, t. 57, z. 1).

Ze względu na rzadkość badań histologicznych układu przewodnictwa, wymagających zresztą olbrzymiego nakładu

pracy — do 20 tys. skrawków, średnio 5—6.000—badania w tym kierunku są bardzo cenne. Wśród powyższych przypadków stwierdzono w 9 uszkodzenia obu gałązek, przerywające ich ciągłość, przy prawidłowym węźle i pęczku przedsionkowokomorowym; z nich 2 — to własne przypadki autorów. We wszystkich tych przypadkach przyczyną zmian była miażdżycza tętnic wieńcowych. Zmiany obu gałązek są zapewne częstą przyczyną bloku całkowitego. Przytem serce może się wydawać makroskopowo mniej więcej prawidłowe, zmiany makroskopowe w tętnicach wieńcowych nie muszą być duże. Mięsień sercowy może być prawidłowy zarówno makroskopowo jak i mikroskopowo. Tłumaczy się to znacznie większą wrażliwością tkanki przewodzącej na niedostateczne ukrwienie od tkanki mięśniowej zwykłej — być może z powodu mniejszej ilości naczyń włosowatych. Jeżeliby chorzy pozostali dłużej przy życiu, rozwinęłyby się u nich zapewne i zmiany w tkance mięśniowej. Brak zmian w węźle i pęczku w przypadkach zajęcia obu gałązek tłumaczy się ukrwieniem ich przez odmienne źródło, nie ulegające tak często zmianom chorobowym. Zmiany w jednej gałązce należą do rzadkości, ponieważ prawa gałązka i przednia część lewej otrzymują krew z przedniej tętnicy zstępującej, najczęściej i najbardziej intensywnie ulegającej zmianom miażdżycowym. W związku z tem w walce między zwolennikami „starej terminologii” i „nowej terminologii” bloku gałązki (szereg autorów amerykańskich uważa, że to, co dawniej nazywano blokiem prawej gałązki, jest w rzeczywistości blokiem lewej — i odwrotnie) autorzy zajmują stanowisko podobne do M a b a i m a, t. zn. że przeważnie mamy do czynienia z blokiem obu gałązek, ale zapewne więcej zajęta jest gałązka, odpowiadająca starej terminologii. W zmienności kompleksów elektrokardjograficznych zapewne odgrywają pewną rolę czynniki funkcjonalne — poza zmieniającymi się powoli uszkodzeniami organicznymi. Śmierć w bloku obu gałązek często następuje w napadzie A d a m s - S t o k e s a. Z 3 przypadków autorów w 1-y byłoby całkowite przerwanie obu gałązek przez zmiany włókniste z blokiem całkowitym serca. W 2-m przypadku obserwowano chorego od rytmu zatokowego do całkowitego bloku, z obrazem elektrokardjograficznym bloku prawej gałązki przed i w czasie częściowego bloku przedsionkowokomorowego; i tu było zwłóknienie obu gałązek, z przewagą po stronie lewej. U 3 chorego nie było stałego bloku serca.

H. M a k o w e r (Łódź).

O. STIEPUN i inni. **Chemiczne i farmako-dynamiczne właściwości nadtarczycznego serca.** (Kliniczeskaja Med. Nr. 9, 1935).

Stwierdzono, że pod wpływem hormonu tarczycy zwiększa się autoliza nie tylko wątroby, ale i serca na ogół opornego na czynniki zewnętrzne. Odbiciem zwiększonej autolizy za życia jest większa ilość azotu resztkowego kosztem rozpadu białka komórkowego. Analiza nadtarczycznego serca wykazuje obniżenie poziomu glikogenu, zwiększenie tłuszczu i azotu resztkowego. Zwiększona ilość azotu resztkowego w sercu nadtarczycznym jest nowem „tłem” dla uczynienia działania nasercowych środków. Dane kliniczne i laboratoryjne wykazują, że produkty rozpadu białka w komórce zwiększają aktywność środków farmakologicznych. Serce normalne i nadtarczyczne reagują różnie na adrenalinę, przyczem serce wypłukane i pozbawione produktów rozpadu białka reaguje na adrenalinę jak normalne. Reakcję normalnego serca na adrenalinę można zmienić na reakcję podobną do serca nadtarczycznego, jeżeli jednocześnie będziemy wprowadzać produkty rozpadu białka serca. W ten sposób możemy wywołać częstoskurcz, który daje się wytłumaczyć zwiększeniem adrenaliny i ciał podobnych u bazędowików i zwiększeniem ich działania na zmienionem „tle” serca wzbogaconego produktami rozpadu białka.

S. G u z m a n.

Choroby krwi i narządów krwiotwórczych.

M. GÄNNSSLEN. **Leczenie anemii złośliwej minimalnymi dawkami Campolonu.** (Med. Klinik. N. 16 — 1936).

Dzięki przypadkowi autor zmienił metodę leczenia anemii złośliwej; ciężko chory na anemię złośliwą (16% Hb i 1,1 miliona erytrocytów w mm³) otrzymał w pierwszym dniu obserwacji 2 ampulki campolonu; w ciągu następnych dni wstrzykiwano choremu preparat barwnikowy, którego skuteczność badano na oddziale. Okazało się na szeregu innych przypadków, że preparat ten jest zupełnie nieskuteczny. Jednak wyżej wspomniany chory poprawił się, a we krwi po 40 dniach stwierdzono 73% Hb. i 4,2 miliona erytrocytów. Stąd autor wyciągnął wniosek, że poprawę uzyskano jednorazową dawką campolonu. Od tego czasu autor stosował w szeregu przypadków niewątpliwie anemii złośliwej leczenie minimalnymi dawkami campolonu i uzyskał b. dobre wyniki; poprawa występowała po jednorazowym zastrzyknięciu campolonu; po osiągnięciu zwolnienia stosował co miesiąc jednorazowe wstrzyknięcie campolonu. Nowa metoda jest prosta, b. tania i, zdaniem autora, ma również doniosłe znaczenie dla zrozumienia patogeny anemii złośliwej. Wyniki, osiągnięte przez autora, przemawiają przeciwko pogładowi na leczenie wyciągami wątroby, jako na terapię substytucyjną; wątroba raczej działa jak ferment, który pozwala na użytkowanie czynnika zewnętrznego Castlea, zawartego w pokarmach i znajdującego się w nadmiarze w ustroju; pod wpływem wątroby z czynnika tego wytwarza się czynnik przeciwanemiczny.

Jakób P e n s o n.

H. SCHULTEN. **Rozpoznawanie białaczek i chorób pokrewnych na zasadzie przyżyciowego badania szpiku.** (Med. Klinik. N. 15 — 1936).

Przyżyciowe badanie szpiku niezawsze decyduje o rozpoznaniu; autopsja bowiem poucza, że budowa szpiku jest różna w poszczególnych odcinkach kości; poza tem funkcja szpiku przedstawia mieszaninę komórek krwi i szpiku; wreszcie interpretacja patologicznego obrazu szpiku jest b. trudna i wymaga doświadczenia i krytycyzmu. Białaczka szpikowa i różne jej postaci mogą być łatwo rozpoznane na zasadzie badania krwi obwodowej; natomiast trudności następcząją się przy białaczce ostrej myeloblastycznej, w przebiegu której w szpiku stwierdza się prawie same myeloblasty. Bardzo ważne znaczenie ma funkcja szpiku w przebiegu aleukemicznej limfadenozы — prawie zawsze stwierdza się wtedy limfatyczne bujanie szpiku. Również w t. zw. anginach limfoidocytnych i w schorzeniach pokrewnych badanie przyżyciowe szpiku ma doniosłe znaczenie rozpoznawcze; wymienione cierpienia są niekiedy b. podobne do białaczki limfatycznej; w przeciwieństwie do białaczki — szpik nie wykazuje bujania limfatycznego w przebiegu schorzeń, zaliczanych do grupy angin limfoidocytnych.

Jakób P e n s o n.

Choroby skóry, weneryczne i płciowe.

MILIAN, BOULLE i MANSOUR. **Szybkie wyjaławianie zakaźnych zmian kiłowych pod wpływem dużych dawek bismutu.** (Revue Franç. de Dermat. et de Vener. Czerwiec 1935).

Dla uniknięcia przyzwyczajania się krętków do arsenobenzolu liczni lekarze uciekają się do kuracji bismutowej, podając wówczas — niezależnie od okresu i ciężkości przebiegu kiły — wyłącznie bismut. Przyjętym zwyczajem lekarze ci stosują zwykle „jedno pudełko” lub „tuzin zastrzyknięć” bismutu, podając 2 razy lub nawet tylko raz tygodniowo 1 ampulkę, nie zwracając przeważnie uwagi na ilość preparatu, rzeczywistie pochłoniętą, ani na zawartość w nim bismutu metalicznego, która jest różna w różnych specyfikach. Pewien postęp przedstawiają tu sole bismutu rozpusz-

czalne w tłuszczach, ponieważ większość odpowiednich preparatów zawiera w ampulce 0,075—0,08 gr. bismutu metalicznego. Ilość ta, podawana nawet 2 razy tygodniowo, wydaje się autorom niedostateczna. Często w przebiegu kuracji bismutowej zmiany chorobowe ulegają reaktywacji, aczkolwiek zjawisko to występuje znacznie później, niż przy arsenobenzolu, przeważnie po 6 lub 7 zastrzyknięciach; w tym czasie z zamierzonej według przewidywań stosowanych norm kuracji pozostaje zaledwie 6 lub 5 zastrzyknięć, które muszą usunąć objawy bezpośredniego biotropizmu, a ponadto przynieść poprawę zasadniczą. Jeśli natomiast, jak to stosuje jeden z autorów na swoim oddziale, zastrzykiwać 2 razy tygodniowo po 0,12 gr. bismutu metalicznego ($1\frac{1}{2}$ amp. = 3 cm³ powszechnie przyjętych preparatów bismutowych, rozpuszczalnych w tłuszczu) i jeśli zastrzyknięć tych wykonać ogółem 18—24, — objawy biotropizmu bezpośredniego są minimalne, wzgl. dają się opanować bardzo szybko. Zmiany chorobowe, oporne na leczenie zwykłe (jak np. niektóre owrzodzenia goleni) w przebiegu opisaną wyżej kuracji ulegają szybkiemu wygojeniu. Metoda powyższa wyzyskuje maksymalny efekt leczenia bismutowego i zmniejsza ryzyko przyzwyczajania się krętków do bismutu, które wystąpić może tak, jak to ma miejsce wobec połączeń arsenu trójwartościowego. Badania autorów oparte są na stosowaniu jednego tylko preparatu, który w zależności od stanu chorego podawany był w stężeniu „klasycznym” lub podwójnym. Preparatem tym był klarowny roztwór w oliwie butylotiolaurynianu bismutu (w Polsce wyrabiany przez Spiessa pod nazwą Neocardyl) w ampulkach po 1,5 cm³; stężenie preparatu było dwójakie: 1) 0,05 gr. Bi metal. w 1 cm³ czyli 0,075 gr w ampulce, oraz 2) 0,1 gr Bi metal. w 1 cm³ czyli 0,15 gr. w ampulce. Stężenie słabsze odpowiada mniej więcej ogólnie przyjętemu w innych preparatach przy użyciu oliw, stężenie mocne operuje dawkami, spotykanymi tylko w zawiesinach w oliwie, z których jednak bismut wchłania się w znacznie mniejszej ilości, niż z roztworu. Badania autorów obejmują 21 chorych, z których 15 otrzymało butylotiolaurynian bismutu w stężeniu mocnym, a 6 w 2-krotnie słabszym, 2 razy tygodniowo. Poszukiwania ultramikroskopowe krętków wykonywane były przeważnie codziennie od 1-go zastrzyknięcia, po skaryfikacji owrzodzeń lub lepiej na błonach śluzowych. Tylko jednakowy ujemny wynik 2 kolejno po sobie następujących codziennych badań uważany był za miarodajny. Oto streszczenie uzyskanych wyników leczniczych: A. Grupa 6 chorych, leczonych zwykłymi dawkami (5 — owrzodzenia pierwotne, 1 — kiła drugorzędowa); we wszystkich przypadkach zniknięcie krętków po 2 zastrzyknięciach (1—4 dni po drugim, a 4—7 po pierwszym zastrzyknięciu). B. Z grupy 15 chorych, leczonych dużymi dawkami: 1) u 7 chorych (4 — owrzodzenia pierwotne na częściach płciowych, 3 — lepiej na błonach śluzowych); zniknięcie krętków już po pierwszym zastrzyknięciu — na 3—4 dzień (czyli w czasie dwukrotnie krótszym, niż przy powszechnie stosowanym dawkowaniu); 2) u 5 chorych zniknięcie krętków w 1—2—3 dni po drugim zastrzyknięciu (rezultat, jak grupa A); 3) u 1 chorego stwierdzono krętki w dzień po drugim zastrzyknięciu, jednak dalsze badania nie były przeprowadzone; 4) u 2 chorych krętki znikły dopiero po 3 wzgl. po 4 zastrzyknięciach, po 9—11 dniach leczenia (owrzodzenia te były bardzo stwardniałe i rozległe). Z badań autorów wy-

nika, iż w $\frac{1}{2}$ przypadków, które poddano leczeniu dużymi dawkami bismutu, krętki znikły z wykwitów już w 3—4 dni po 1-y zastrzyknięciu, czyli w czasie, niespotykanym nigdy przy dawkowaniu zwykłym jakiegokolwiek preparatu bismutowego, rozpuszczalnego w oliwie. Jak z badań autorów wynika — duże dawki bismutu z nakomicie skracają czas zakaźności wykwitów kilowych; powinny one znaleźć zastosowanie zwłaszcza tam, gdzie lekarz nie chce stosować arsenobenzolu w obawie przed nietolerancją. Chorzy znosili duże dawki butylotiolaurynianu bismutu dobrze; objawy zapalne ze strony jamy ustnej, o ile przed leczeniem usunąć kamień nazębny, mają przebieg lekki; co do zmian nerkowych, to u 2 zaledwie chorych stwierdzono białkomocz bez wałków w osadzie; poziom mocznika u wszystkich chorych był poniżej 0,5 litr. Możliwe, iż dobra tolerancja dużych dawek leku zależała od udziału siarki w jego drobnie. Zdaniem autorów, poza szybkim odkażeniem owrzodzeń kilowych, leczenie dużymi dawkami bismutu wpływa korzystnie na dalsze losy chorych. J. Bauer.

LIBERMAN. O miejscowym podawaniu talu w grzybicach skóry. (Dermatologische Wochenschrift B. 100. 24. 1935).

Obserwacje poczyniono na 25 dzieciach w wieku do lat 3 ze stwierdzoną grzybicą strzygącą. Liczba ognisk na głowie wahała się od 7 do 30. Dzieci uprzednio zostały dokładnie zbadane. Przed zabiegiem ostrzyżono włosy, obmyto ogniska chore benzyną i odtłuszczono eterem. Dawkowanie talu (*talium aceticum*) zależało od wielkości obszaru chorobowego i wagi dziecka. Było ono dwa razy mniejsze od dawki *per os*. Autor podaje następujące trzy sposoby miejscowego stosowania talu: 1) Odpowiednią ilość rozpuszcza się w pół do jednego cm. wody destylowanej i dodaje się 4 cm. masy koloidalnej. Mieszanką tą pokrywa się chore miejsca. Wysycha ona w ciągu 15—20 minut. 2-gi sposób: Potrzebną ilość talu rozpuszcza się w wodzie w stosunku 1:100. Otrzymany 1% roztwór wylewa się kroplami na chore miejsca, po wyschnięciu pokrywa się je kolodium. 3-ci sposób: Wata przesiąkniętą takim samym roztworem talu pokrywa się ogniska dotknięte grzybicą, na nią kładziemy woskowy papier i gazę. Brzegi opatrunku zalepiamy kolodium. Niezależnie od obranej metody po 9—10 dniach włosy na granicy i w samym ognisku słabną. Po 13—15 dniach usuwa się koloidową masę lub opatrunek z głowy wraz z większością włosów. Nieliczne pozostałe dają się bezboleśnie usunąć pensetą. W następnych dniach przeprowadza się kurację przeciwparazytyczną, najlepiej smarując 2 razy dziennie 1% jodyną, na noc zaś maścią Wilkisona, z następczym codziennym myciem głowy. Grzybek znika przeciętnie po 2—3 tygodniach. Włosy odrastają później niż przy użyciu leku do wewnątrz, przeciętnie po miesiącu. Zupełny powrót uwłosienia do normy następuje po 3—4 miesiącach. Przy zastosowaniu tej metody żadnych komplikacji nie stwierdzono.

E. Wajsb erg.

BUSCHKE. Uwagi do powyższej pracy. (Derm. Woch).

Na podstawie własnych doświadczeń na zwierzętach i na ludziach (u dorosłych w przypadkach figówki i miejscowej *hypertrichosis*) autor dochodzi do wniosku, że próby rosyjskiego autora należy uważać za b. udane. W praktyce ta metoda, być może, będzie miała zastosowanie w połączeniu z promieniami X.

E. Wajsb erg.

Streszczenia pojedyncze.

Bakteriologia i Serologia.

E. COULAUD. **Allergia, wywołana zabitymi pr. Kocha i pr. nosacizny, zmieszanymi z parafiną. Zdolność uodparniająca pr. gruźliczych, zmieszanych z parafiną.** (Bull. Acad. Med. t. 115 r. 1936).

Pr. K o c h a, zabite przez 1/2-godzinne ogrzewanie w 120° w autoklawie i zmieszane z olejem roślinnym, powodują u królików znacznie większą alergię i uodpornienie, niż prątki zabite i zawieszane w wodzie. Wyniki otrzymane są jeszcze wyraźniejsze przy użyciu nie oleju roślinnego, lecz mineralnego. Płynną wazelinę lub parafinę, zawierającą w 1 cm³ 1—2 centygramów prątków zabitych, doprowadza się do wrzenia w ciągu kilku minut. Po ostudzeniu do 50° wstrzykuje się 1/2 cc. świnokom pod skórę karku, lub królikom pod skórę głowy. Po 4 tygodniach zwierzęta te reagują na tuberkulinę z taką samą intensywnością, jak i zwierzęta, którym wstrzyknięto pr. żywe i bardzo zjadliwe. Czas trwania alergii jest nieograniczony. Jednocześnie zwierzęta te odporne są na zakażenie, odporność załamuje się powoli. Podobne doświadczenia, robione z zabitymi prątkami nosacizny, wykazywały, że, o ile nie przekroczy się temp. 60—70°, wartość antygenowa tych prątków jest zwiększona, pomimo, że zarazek ten nie jest kwasoodporny. Obawa wywołania guzów, przez wprowadzenie wazeliny i parafiny, nie pozwala na stosowanie podobnych metod przy uodparnianiu ludzi. J. S e y d e l.

C. NINNI i V. TRAMONTANO. **O pewnych nietypowych szczepach pr. Kocha, które u świnek wywołują zmiany również i w zwojach gruczolowych nie sąsiadujących z pierwotnym miejscem zakażenia.** (C. R. Soc. Biol. t. 121, r. 1936).

Autorzy badali 3 szczepy, które pochodziły z narządów ludzi chorych na gruźlicę. Szczepy te różniły się od zwykłych szczepów gruźliczych tem, że w chwili wyosobnienia występowały w postaci licznych kolonij „gładkich”, oraz, że posiadały odmienne własności chorobotwórcze. Istotnie po wstrzyknięciu zwykłych pr. typu ludzkiego i bydłęcego zaatakowane są jedynie gruczoły, które sąsiadują z miejscem zakażenia. Natomiast wstrzyknięcie szczepów, wyosobnionych przez autorów, wywołuje szybkie zakażenie nawet i w odległych gruczolach. Prątki te przebywać mogą długo zarówno w ustroju świnki jak i kury, dla której nie są chorobotwórcze. W miarę przeszczepiania morfologia tych szczepów zmienia się, bowiem liczba kolonij „gładkich” stopniowo zmniejsza się, z czem związana jest utrata pewnych własności. J. S e y d e l.

C. NINNI i F. PEZZANGORA. **Wpływ odmy brzusznej w gruźlicy doświadczalnej na cytolicę wysięku otrzewnowego.** (C. R. Soc. Biol. t. 120, r. 1935).

Odwrócony stosunek monocytów do limfocytów zjawia się wcześniej u świnek gruźliczych, leczonych odmą brzuszną, niż u tych, którym nie poddano temu zabiegowi. Nadto limfocytoza u świnek, leczonych odmą brzuszną, jest wybitniejsza, gdyż osiągnąć może stosunek 100 na 100, zaś leukocyty wielojądrowe zniknąć mogą wcześniej. Ponieważ czas zjawiania się alergii śródskórnej nie jest zmieniony pod wpływem odmy brzusznej, wydaje się autorom, że czas występowania alergii jest związany tylko z dawką i ze zjadliwością wprowadzonego zarazka, z drugiej zaś strony, odwrócony stosunek monocytów do limfocytów, biorąc pod uwagę zmiany pod wpływem odmy brzusznej, nie jest w bezwzględnej zależności od czasu występowania alergii śródskórnej. J. S e y d e l.

C. NINNI i F. PEZZANGORA. **Wpływ odmy brzusznej na przebieg zakażenia gruźliczego i na obecność pr. Kocha w wysięku otrzewnowym u świnki morskiej.** (C. R. Soc. Biol. 1935, t. 120).

W gruźlicy doświadczalnej odma brzuszna powoduje, zdaniem autorów, wysięk, który jest widoczny już w 24 g. po wdmuchiowaniu powietrza do otrzewny. Bakterjobójcze działanie sieci oraz błony surowiczej otrzewny jest wzmożone, albowiem, w porównaniu z świnkami, którym odmy nie stosowano, liczba wolnych prątków w jamie otrzewnowej jest mniejsza. Liczba prątków maleje szybko, w miarę postępu choroby i w miarę jak wzmagają się procesy włókniste sieci. Odnosi się wrażenie, że odma brzuszna wpływa korzystnie na przebieg gruźlicy otrzewnowej, gdyż przedłuża życie zwierząt zakażonych. Zabieg ten powinien być powtarzany co 10 dni. Częstsze wdmuchiwanie powietrza z krótkimi przerwami nie posiada najmniejszego znaczenia. W tych warunkach, bowiem, powstają wśród narządów jamy brzusznej zrosty, co zmniejsza ich siłę obronną. J. S e y d e l.

F. PEZZANGORA. **Zmiany w zawartości przeciwciał gruźliczych w surowicy królików w przypadkach ostrego lub przewlekłego zwyrodnienia tłuszczowego wątroby, wywołanego przez podskórne wstrzyknięcie chloroformu lub fosforu rozartego w oliwie.** (C. R. Soc. Biol. t. 120, r. 1935).

Autor stwierdził, że u królików z ostrym zwyrodnieniem wątroby, a jeszcze bardziej z zwyrodnieniem przewlekłym, którym wstrzyknięto podskórnie chloroform lub fosfor rozarty w oliwie, występuje zmniejszenie się ilości przeciwciał gruźliczych. Możliwe nawet, że zachodzi związek między ciężkością zmian anatomicznych w wątrobie a stopniem zmniejszenia ilości przeciwciał, gdyż najmniej przeciwciał stwierdzano u zwierząt, u których wystąpiły największe zmiany zarówno makroskopowe jak i mikroskopowe. Powolne i stopniowe osłabienie przeciwciał gruźliczych, w przypadkach przewlekłego zwyrodnienia tłuszczowego wątroby wskazuje jakgdyby na to, że narząd ten wytwarza przeciwciała gruźlicze. J. S e y d e l.

Medycyna Społeczna, Higiena, Epidemiologia i Statystyka.

L. PRETI i S. MAUGERI. **Prosta metoda oznaczania ołowiu w moczu.** (Medicina del Lavoro Nr. 2/36)

Dotychczasowe metody oznaczania ołowiu w moczu, jak np. metoda B a r r a l a, elektrolityczna, spektroskopowa, chemiczna K l o s t e r m a n n a i t. p., wymagają specjalnej aparatury, szczególnie trudnej i skutkiem tego nie nadają się do powszechnego użytku. Autorzy zalecają ulepszoną metodę chemiczną, prostą, czułą i specyficzną dla oznaczania najmniejszych ilości Pb w moczu. Opierają się na fakcie, że dwufenylothiocarbazon (t. zw. ditizon) daje z solami alkalicznymi ziemnymi i metalami alkalicznymi związek czerwony i rozpuszczalny w wodzie, natomiast z metalami ciężkimi związek rozpuszczalny tylko w chloroformie lub czterochlorku węgla. Metale ciężkie, jak rtęć, bismut, miedź, srebro, cynk, dają z jonami kw. winnego i cyjanku potasu związek tak trwały, że dodatek ditizonu już nie powoduje reakcji. Natomiast ołów, w odróżnieniu od innych ciężkich metali, łączy się z ditizonem także w obecności jonów winnych i cyjanku potasu. Dotychczasowe metody, oparte na tej zasadzie, nie były dość specyficzne i dawały reakcje pozytywne często także w moczu normalnych. Dla skutecznego wyeliminowania z mo-

czu substancji, które mogłyby sprzyjać występowaniu reakcji pozytywnej również w moczu, nie zawierającym ołowiu, autorowie podają następujący przepis: do 50 cm³ moczu dodajemy 5 cm³ stężonego czystego kwasu azotowego, odparowujemy najpierw nad słabym, a następnie nad silniejszym płomieniem aż do otrzymania białego osadu. Osad rozpuszczamy następnie w 20 cm³. 10%-wego kwasu azotowego i do roztworu dodajemy 25 cm³. alkalicznej mieszanki o następującym składzie: kwasu cytrynowego 1,0, cyjanku potasu 1,0, amoniaku 50 cm³, wody dest. do 100 cm³. Po 5—10 minutach dodajemy 3 cm³. roztworu ditizonu w chloroformie (0,005 ditizonu w 100 cm³. wody dest.), mieszając około 30 sekund. Jeśli mocz zawiera Pb, chloroform zabarwi się na czerwono. Do oznaczenia ilościowego stosuje się metodę kolorymetryczną, przez porównywanie otrzymanej barwnej reakcji z barwami skali, zestawionej na podstawie znanych uprzednio ilości ołowiu. Ołów daje reakcję silnie pozytywną jeszcze przy ilości 0,0001 gr. Inne metale ciężkie dają reakcję słabo pozytywną dopiero przy kilkakrotnie większych od ołowiu ilościach (np. Ag i Cu przy 1 gr., Hg przy 0,5 gr., bismut przy 0,1 gr). Reakcja ta daje z moczem normalnym wynik z reguły negatywny. Tylko czasami występuje lekkie zaróżwienie chloroformu, co jednak nie oznacza pozytywnej reakcji. Słabo pozytywny wynik otrzymujemy natomiast u osób, leczonych bismutem. J. Hozer.

R. JÄGER. Zapobieganie wypryskom zawodowym i ich leczenie za pomocą „garbowania żywej skóry” (Ztrbl. f. Gew. Hyg. u. Unf. verh. Nr. 1/36).

„Garbowanie żywej skóry” polega na ustalaniu fizjologicznego stanu jej napężnienia za pomocą odpowiedniego preparatu garbnikowego, który nie drażni skóry, nie czyni jej chropowatą, ani nie powoduje pęknięć lub łuszczenia się. Odłuszczoną uprzednio przez mycie i jeszcze wilgotną skórę rąk lub najbardziej narażonych części ciała naciera się 1—3 razy dziennie preparatem garbnikowym, wyrabianym przez Laboratorium chem.-fizjol. Karola J ä g e r a, Höss b. Kobienz pod nazwą „Taktokut”. Skóra nabiera spójności i gładkości, kolagen traci skłonność do pęcznienia. Metoda ta stwarza, według autora, doskonałą ochronę przed wypryskami zawodowymi nawet u osób szczególnie wrażliwych. W celach leczniczych robi się w ciągu 20—40 minut okłady z preparatu, rozcieńczonego stopniowo w stosunku 1:20 do 1:4. Wypryski ustępują szybko, a skóra nabiera znacznie większej odporności, zwłaszcza, gdy preparat stosuje się dalej, w celach zapobiegawczych. Zmiana zawodu staje się niepotrzebna. Preparat ma zastosowanie głównie w zwalczaniu wyprysków zawodowych, powstających przy pracy z olejem skałnym, terpentyną, parafiną, lakierami, środkami czyszczącymi, olejami maszynowymi, w wypryskach u piekarzy i t. p. Używa go z dobrym skutkiem kilka fabryk automobili oraz szereg innych fabryk. Jedną z firm, produkujących oleje, dostarcza preparatu wszystkim odbiorcom, którzy zgłaszają skargi na powstawanie wyprysków, powstałych na skutek stosowania tych olejów. Ekspedycja południowo-afrykańska używała taktogutu z dobrym skutkiem przeciw następstwom porażenia słonecznego. Łakiernik w fabryce mebli, cierpiący od wielu lat na uporczywą ekzemę, podleczonej został tym preparatem w ciągu pierwszego tygodnia. Autor powołuje się na wiele przypadków wyleczenia wyprysków u piekarzy, dentystów, pracowników przy olejach, azotanie wapnia, materiałach wybuchowych, terpentynie, jak również licznych wyprysków alergicznych, wywołanych farbowaną wełną. J. Hozer.

BIANCHI. Choroby zawodowe obsługi maszyn statków motorowych. (Rass. di medic. applic. al lav. industr. Nr. 6/35).

We wszystkich badanych przez się przypadkach stwierdził autor subiektywne skargi na przejściowe bóle głowy, nud-

ności, podrażnienie górnych dróg oddechowych, zaburzenia wzroku, błądność powłok i t. p., które występowały w dającym się stwierdzić związku przyczynowym z wdychaniem gazów spalinowych przetworów ropy naftowej, jakie w przeważnie źle przewietrzonych maszynowniach statków gromadzą się w większej ilości w powietrzu. Prawie u wszystkich tych badanych stwierdzał ponadto nadciśnienie tętnicze, niski ciężar właściwy moczu i białkomocz, będący wyrazem chronicznego schorzenia nerek (z objawowym nadciśnieniem). Zmiany te mogą stać w związku z goścem, którym dotknięta jest większość tej kategorii pracowników. U wszystkich zauważył skłonność do zmian w krwi, nacechowanych hiperglobulią i hiperchromią wskutek toksycznego działania wyciwów nafty, w szczególności tlenku węgla, który jest najważniejszym składnikiem gazów spalinowych nafty. Autor zwraca uwagę na niebezpieczne konsekwencje tych szkodliwości, które mogą u personelu powodować częściową niezdolność do pracy, a przy najmniej zmniejszoną jego sprawność w obsłudze. W swej praktyce portowej stwierdził autor przy tej sposobności, że, jeśli chodzi o oparzenia, to większą część oparzeń (prawie zawsze 2-go stopnia) występowała u pracowników statków o napędzie spalinowym, a mniejsza u pracowników na parostatkach. Charakterystyczne, że u pierwszych nie spotykał prawie nigdy oparzeń nóg. J. Hozer.

Choroby przemiany materii i gruczołów wewnątrzwydzielniczych.

F. RATHERY, D. BURGETON. Przypadek choroby Hand-Schüller-Christiana. (Bull. et mém. de Hôp. de Paris Nr. 12 — 1936).

Przypadek dotyczy 5-cio letniego chłopca; na obraz kliniczny składały się objawy moczołki prostej, wytrzeszcz gałek ocznych oraz zmiany kości czaszki, stwierdzone na obrazie R o e n t g e n a; palpacyjnie guzów kostnych nie udało się stwierdzić. Na uwagę zasługuje fakt, że pomimo daleko posuniętych zmian przez długi czas cholesterynemia i lipemia nie były podwyższone. Wstrzykiwania wyciągów tylnego płata przysadki mózgowej nie dawały poprawy; natomiast te same wyciągi, stosowane w postaci proszku na słuzówkę nosa, wywolywały znaczną poprawę kliniczną. Autorzy sądzą, że wyżej przytoczony przypadek dowodzi, że hipercholesterynemia i hiperlipemia nie stanowią pierwotnych objawów choroby Ch r i s t i a n a, jak niektórzy podają. Raczej główną rolę patogenetyczną odgrywa uszkodzenie przysadki mózgowej, które wtórnie wywołuje zaburzenie przemiany ciał tłuszczowatych.

Jakób Penson.

R. LERICHE, A. JUNG. Objawy nerkowe w przebiegu nadczynności przytarczyc. (La Presse Médicale N. 41—1936).

Nadczynność przytarczyc nie prowadzi jedynie do schorzenia kości, lecz wywołuje szereg ogólnych objawów. Nadmiar wapnia zwolnionego z kości może gromadzić się w skórze, mięśniach, tętnicach i w nerkach. Autorzy opisują przypadek uporczywej, powracającej kamicy nerkowej na tle nadczynności przytarczyc. Chory od szeregu lat stale wydalał b. dużo piasku moczowego i cierpiał na stale powtarzające się napady kamicy nerkowej. R o e n t g e n kości ujawnił osteoporosis znacznego stopnia, zwłaszcza kości długich. We krwi stwierdzono nadmiar wapnia, fosfor — obniżony. Choremu usunięto dwa gruczoły przytarczycy, w których nie stwierdzono zmian patologicznych. Od czasu zabiegu operacyjnego chory czuje się dobrze; nie męczy się łatwo, jak przedtem, mocz wydala stale barwy jasnej. Autorzy sądzą, że należy pamiętać o powikłaniach nerkowych, zależnych od nadczynności przytarczyc; autorzy podkreślają, że nie należy chorym z nadczynnością przytarczycy podawać przetworów wapniowych w celu

uwapnienia kości, gdyż wydalanie wapnia drogą moczu przynosi szkodę nerkom.

Jakób Penson.

E. E. AEGERTER. Zespół Waterhouse — Friderichsena. (The Journ. of the Am. Med. Assoc. T. 106, N. 20 — 1936).

Piśmiennictwo wszechświatowe obejmuje 57 przypadków choroby *Waterhouse — Friderichsena*; zespół ten przeważnie występuje u dzieci poniżej pierwszego roku życia; tylko w trzech przypadkach dotyczył osób dorosłych. Sprawa rozpoczyna się nagle od silnych bólów głowy, zaburzeń jelitowych; po 10—12 godzinach od początku choroby rozwija się znaczna sinność i obfite wylewy krwawe na twarzy, tułowi i kończynach; wylewy te szybko się szerzą, zlewają się ze sobą i tworzą duże krwiste plamy; jednocześnie chorzy wpadają w stan śpiączkowy, z którego nie budzą się. Wszystkie przypadki kończą się zejściem śmiertelnym w ciągu paru dni. W 55 przypadkach stwierdzono na autopsji b. duże obustronne wylewy do nadnerczy; w 3 przypadkach jednostronne wylewy do nadnerczy. Autor opisuje dwa tego rodzaju przypadki. Często w okresie śpiączki stwierdza się objawy oponowe, co zależy przeważnie od wtórnej infekcji meningokokowej. Objawy chorobowe w postaci hipotonii, hipoglikemii, wymiotów, zapadnięcia naczyńioruchowej zależą od niedomogi nadnerczy. Autor sądzi, że należałoby wstrzykiwać sól kuchenną dożylnie, gdyż w przebiegu niedomogi nadnerczy ustrój traci jony Na; poza tym należałoby wstrzykiwać wyciągi kory nadnerczy. Być może, że w ten sposób udało się uratować te przypadki choroby *Waterhouse — Friderichsena*, gdzie wylewy krwawe dotyczą tylko jednego nadnercza.

Jakób Penson.

Choroby dróg moczowych.

W. LINNEWEH i R. du MESNIL de ROCHEMONT. Guz nerki — gruźlica nerki. (Med. Klin. Nr. 24, 1936).

W guzach nerki stwierdza się erytrocyturię lub większą hematurię, przy czym współistnieje ewentualnie uczucie ucisku lub napięcia w okolicy nerkowej. W daleko posuniętych okresach wyczuwa się guz, ewentualnie wystąpić może wtórne zakażenie miedniczki nerkowej z ropomoczem. Istnieją zaburzenia w wydalaniu barwników oraz charakterystyczne zmiany pyelogramu. W przypadkach gruźlicy nerek istnieje również erytrocyturia, lecz bez znaczniejszych dolegliwości, przez długi czas uchodząca zupełnie uwagi chorego. Również wydalanie prątków gruźliczych z moczem pozostaje przez długi czas nieodróżnione, aczkolwiek dolegliwości o typie pęcherzowym występują wcześniej niż w guzach nerek, a więc: ropomocz, przejście zakażenia na pęcherz moczowy, odpowiednie dolegliwości, pollakisuria. Przy badaniu cystoskopowym stwierdza się w odpowiednich przypadkach zmiany pęcherza moczowego, jedno- lub obustronny ropomocz i bacillurię, charakterystyczne zmiany pyelogramu.

H. L.

P. GAUTIER. Nerczyca lipidowa i azotemia. (Arch. Med. Enf. Nr. 6 — 1936).

Na podstawie obserwowanych przez dłuższy okres czasu przypadków autor omawia sprawę ewolucji nerczyca lipidowej w azotemię. Jeden dotyczy się dziewczynki, u której w 3-m roku życia stwierdzono objawy nerczyca lipidowej: obrzęki na twarzy, w moczu 17% białka, oraz elementy podwójnie załamujące światło; żadnych objawów zapalenia nerek z azotemią nie stwierdzono. Dziecko leczono odpowiednią dietą (białko) oraz preparatami tarczycy. Wybitna poprawa wystąpiła po przebyciu odry. W ciągu 3 lat stan dziecka był dobry, ale w moczu ciągle stwierdzano dużą ilość białka i lipidy. Potem stan zaczął się pogarszać: wystąpiły bóle głowy, wymioty, w klinice stwierdzono ciężką mocznicę. Dziecko zmarło. Rozpoznanie sekcyjne brzmiało: przewlekłe zapale-

nie oraz lipoidoza nerek. Drugi przypadek dotyczy się chłopca, u którego w 11-m roku życia stwierdzono objawy czystej nerczyca. Po kilku miesiącach wystąpiło zapalenie ucha środkowego z zajęciem kości sutkowej. W okresie gorączkowym stwierdzono objawy lekkiego zapalenia nerek z azotemią. Po spadku temperatury choroba nerek uległa wybitnej poprawie. Obecnie, po 3 latach, chłopiec jest zdrow. Opisane przypadki stanowią przyczynek do ewolucji nerczyca lipidowej w zapaleniu nerek. W pierwszym przypadku czysta pierwotnie postać nerczyca przeszła w ciężką mocznicę, zakończoną śmiercią, w drugim zaś azotemia nie miała charakteru postępującego lecz przebiegała pod postacią lekkiego zapalenia nerek, które przeszło zupełnie pomyślnie. Autor zwraca uwagę na pomyślny wpływ stanów gorączkowych na przebieg nerczyca: po chorobie gorączkowej (odra, zapalenie ucha) stan nerek szybko się poprawił. Poprawa ta nie zawsze jest trwała.

A. Kirszbrown.

Choroby skóry.

LEWITZ. Miejscowy nawrót wykwitów drugorzędowych u osobnika z kłą III. po naświetlaniu promieniami Roentgena. (Dermatologische Zeitschrift. B. 72. H. 6. 1935).

Autor opisuje przypadek kilaka migdałka, nierozpoznanego pomimo 2-krotnej biopsji u chorej z odczynem *W a R* ujemnym i naświetlanego promieniami *R*, jako guz gruczolistości. Po pewnym czasie zjawiała się u chorej wysypka na twarzy o cechach wykwitów II-giego okresu kily. Jednocześnie odczyn *W a R* stał się wybitnie dodatni. Kuracja swoista spowodowała zniknięcie zarówno wysypki, jak i guza migdałka. Autor przytacza również dwa przypadki z literatury, gdzie po zabiegu chirurgicznym na kilakach zjawiała się osutka o cechach drugorzędowej. W konkluzji autor dochodzi do wniosku, że wtargnięcie większej ilości krętków do krwi podczas zabiegu chirurgicznego lub naświetlania promieniami *R*. powoduje zmianę stanu uczulenia skóry na jad kilowy, charakterystycznego dla kily III-ciorzędowej, i stąd zjawienie się wykwitów okresu II-go.

E. Wajsbereg.

WOSYKA. Przyczynek do badań nad przebiegiem kily w organizmie ludzkim. (Dermatologische Wochenschrift. B. 102. 7. 1935).

Autor przytacza przypadek kily: *meningo-encephalitis luetica*, w trzecim miesiącu po zarażeniu się. Pod wpływem leczenia zimnicą wystąpiła osutka charakterystyczna dla II-giego okresu kily. Autor uważa, że leczenie zimnicą wpływa nie tylko na same krętki, ile na tkanki ustroju, zmieniając ich oddziaływanie na jad kilowy. W związku z tym porusza on zagadnienie wzajemnego antagonizmu objawów kilowych w skórze i środkowym układzie nerwowym, uważając, że leczenie zimnicą zmienia ilościowy stosunek przeciwciał w tych narządach. Sprawa ta, jak zaznacza, nie jest ostatecznie rozstrzygnięta ze względu na zbyt małą liczbę zaobserwowanych przypadków.

E. Wajsbereg.

Ceferino Aguilera MARURI. O sposobie działania wśródskórnej proteinoterapii w wyłysieniu plackowatym. (Annales de Dermatologie 1935 r.).

Leczenie wyłysienia plackowatego wśródskórnymi zastrzykowaniami preparatów białkowych daje w wielu przypadkach bardzo dobre wyniki; według niektórych autorów tylko z powodu podrażnienia miejscowego, według innych jeszcze nasutek ogólnego oddziaływania zabiegu na układ neuro-vegetatywny. Autor zajął się specjalnie badaniem wpływu, jaki okazują wspomniane zastrzykiwania na podstawową przemianę materii. Stwierdził on, że zastrzykiwania te mogą przyczynić się zarówno do powiększenia, jak i obniżenia metabolizmu, przyczem spostrzegł on, że wzrost metabolizmu występuje z reguły w przypadkach polepszenia stanu chorobowego nasutek stosowania tych iniekcji (83,3%), zaś spadek w okresach nasilenia sprawy (89%).

Gabayowa.

Choroby kości i stawów.

KAMIŃSKY i MELMAN. **Schorzenie kostne w przewlekłych ropnych zapaleniach skóry.** (Acta-dermatovenerol. VI. 1936).

Na zajęcie kości w przebiegu pyoderмии bardzo rzadko zwraca się uwagę. N a n t a pierwszy na to wskazał, a później G l a u b e r s o h n opisał klinikę swoistego schorzenia, towarzyszącego pyoderмии skóry — *osteopatia pyogenica*. Zmiany są przeważnie w kościach długich podudzi; rentgenologicznie rozpoznawane są jako *osteo-periostitis*. G l a u b e r s o h n tłumaczy to jako swoisty odczyn na przewlekłą ropno-zapalną sprawę w skórze ze strony niżej położonej okostny i kości (reaktywne hyperproduction). Na potwierdzenie słuszności tezy autorzy podają kliniczny przebieg odpowiednich przypadków.

K e n i g s b e r g.

R. J. WEISSENBAACH i R. PERLES. **Przypadek gościa wielostawowego chronicznego, pochodzenia przymiotowego.** (Bull. de Derm. et Syphil. 1936 Nr. 2).

Autorzy opisują przypadek gościa wielostawowego chronicznego u 48-letniej kobiety, chorej od 15 lat na przymiot, leczony jakoby regularnie przez domowego lekarza. Przy pierwszym badaniu stwierdzono stawy łokciowe zgięte, wyprostowanie bolesne i ograniczone, w stawach barkowych wyraźne trzeszczenie podczas ruchów, zgrubienie w stawach skokowych poniżej i od tyłu kostek. Pomimo intensywnego leczenia środkami przeciwościowymi, po 2-ach miesiącach objawy chorobowe uległy znacznemu nasileniu: wystąpił znaczny obrzęk lewego łokcia z wyraźnym bolesnym ogniskiem w części środkowej. Zdjęcie rentgenowskie wykazało w miejscu tej bolesności nadżerkę kostną. Stwierdzono również, że bóle wracały stale w okresach wolnych od leczenia swoistego i ustępowały w czasie kuracji. Wobec tego zastosowano u chorej leczenie specyficzne, pod którego wpływem wszystkie objawy stawowe ustąpiły. Należy podkreślić, że w przypadku tym nie zaobserwowano zmian okostny i kości typowych dla trzeciorzędowego przymiotu, ani też ogólnych objawów charakterystycznych dla gościa pochodzenia infekcyjnego.

G a b a y o w a.

Choroby nerwowe i psychiczne.

H. CURSCHMANN. **Myasthenia pseudoparalytica.** (Medizin. Klinik 35.1-8.1935).

Jest to artykuł, omawiający myastenię wrzekomo-porażenną, bez podania własnej kazuistyki przez wybitnego neurologa i internistę z Rostoku. Tłumaczy się autor, że wyrażali nieraz już przed nim niektórzy pacjenci jego, lekarze myastenicy, że się ogólnie lekarski tak mało interesuje tą poważną, ciężką chorobą, a piśmiennictwo terapią jej. — Starsi lekarze u nas, zwłaszcza laryngolodzy, znają tę jednostkę chorobową, jako jeden z liści sławy lekarza polskiego G o l d f l a m a, który przed laty trzydziestu klasycznymi pracami nad nią ozdobił piśmiennictwo polskie i zagraniczne, wyodrębnił ją ściśle i scharakteryzował nie gorzej od głównego twórcy neurologii nowoczesnej i jednocześnie współtwórcy tej jednostki nozologicznej, E r b a, mówiąc i pisząc o „porażeniu opuszkowym bez zmian anatomicznych”. W istocie winna według mnie choroba ta nazywać się chorobą G o l d f l a m a, mimo iż Zachód ją zna jako *maladie d'Erb-Goldflam*, a Niemcy jako *Erb-Oppenheim-Goldflam'sche Krankheit*. — Miał G o l d f l a m niefortunny pomysł, podsunęty mu przez dobrego filologa przy porodzie „myastenii napadowej”, pomysł, przeze mnie, młodego wówczas współpracownika, z niechęcią aprobowany, mianowicie, ochrzczenia patognostycznego objawu tej choroby — chorobliwie męczenie się mięśni przy byle wysiłku mechanicznym lub elektrycznym — zamiast nazwą łacińską *fatigatio*, grecką apokamnozy (*ἀποκάμνωσις*), nazwą, która się nie łatwo przyjęła, którą się nie łatwo zapamięta i która

się nie bardzo przyczyniła do spopularyzowania nazwiska odkrywcy i twórcy. Żałował niejednokrotnie później tego kroku sam G o l d f l a m, poznając, że taka drobnostka nieraz decyduje o wszystkim. — Cierpienie to odznacza się tym, 1) że zjawiają się przemijające niedowłady kończyn, mięśni gałki ocznej i nerwów opuszkowych, niedowłady kilkominutowe, o ile dany ruch wykonywa się kilkakrotnie, 2) że łatwiej i szybciej występuje nieszczęsna apokamnoza w godzinach wieczornych, kiedy muskulatura jest przepracowana, 3) że ona uwydatnia się też przy dłuższym drażnieniu mięśnia prądem elektrycznym, 4) że nie dochodzi w szeregu lat mimo tych pseudoparéz do zaników, odczynu zwyrodnienia lub arefleksji, 5) że tu i owdzie kończy się choroba nagle śmiertelnie na skutek porażenia mięśni oddechowych. — Terapia zmieniła się sezonowo, ostatnio po zgłębieniu myastenii w kierunku wago- i sympatykotonii oraz w stronę zaburzeń wkręwnych i przemiany materii zachwalają: drogi glikokol (10—15 gr. *pro die*), efedrynę (1—3 tabletek à 0,05 *pro die*) i *tinctura veratri* (15—25 kropel). — Z głośnych lekarzy, dotkniętych tą chorobą, wspomina C u r s c h m a n n B r i e g l e b a z Wormacji i E d g e w o r t h a z Ameryki Północnej, a ja dodałbym warszawiankę H o t l e b e n, praktykującą we Francji, wieloletnią pacjentkę D-ra G o l d f l a m a, znaną autorkę dobrej naukowej autopatografii, dysertacji francuskiej, jaka ukazała się w druku przed pięciu laty.

H. H i g i e r.

J. RASDOLSKY. **Zespół dynamicznego upośledzenia schematu ciała.** (Nervenarzt VIII. 306 — 310. 1935)

W króciutkim, bardzo zwięźle napisanym artykule kilkustronicowym ordynator Leningradzkiej Kliniki Neurol. przytacza 6 własnych przypadków, spośród nich 3 operowane i bioptycznie potwierdzone z ciekawą interpretacją zaburzeń t. zw. S c h i l d e r o w s k i e g o schematu ciała. Ze stanowiska klinicznego upośledzenie dynamiczne schematu ciała rozpoznaje autor, gdy powtarzają się: drgawki korowe J a c k s o n a bez utraty przytomności, swoiste przykre i bolesne uczucie zniekształcających ruchów i uczucie zmiany położenia kończyn — zwłaszcza górnych — i stwierdza się obiektywne zaburzenia zmysłu mięśniowego. Wskazuje to zazwyczaj na sprawę nowotworową w obrębie tylnego pasa psychomotoryjnego kory sąsiadującego płata ciemieniowego. Najczęściej widuje się te zaburzenia w oponiakach tej okolicy.

H. H i g i e r.

RASDOLSKY J. **Zwolnienie tętna w przypadkach guzów i ropni mózgu.** (Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkunde. T. 137. 126 — 131. 1935).

Stała bradykardia w sprawach mózgowych nie należy bynajmniej — jak to powszechnie twierdzą — do objawów ogólnych wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego. Jedyne nagle lub szybkie wzmożenie ucisku, wskutek towarzyszącego wodogłowia, wywołuje ją w przypadkach guzów. Diagnostycznie ważnym objawem jest ona w ropniach mózgu. W zwykłych guzach stale zwolnienie tętna w 80% wskazuje na złośliwość, w 50% na mnogość guzów. Na samoistne lub pooperacyjne wkliniowanie mózdku lub guza do *foramen post. cranii* wskazuje nagle występująca bradykardia wraz z bólem głowy, wymiotami i sinicą. Wskazane wówczas jest sztuczne zmniejszenie ciśnienia wewnątrzczaszkowego.

H. H i g i e r.

RASDOLSKY J. **Rola mechanicznego urazu czaszki w etiologii guzów mózgu.** (Sowrem. Nevropatologii, Psihjat. i Psihologich. IV.1—8.1935).

Ze swojej obfitej kazuistyki cytuje autor 8 przypadków guza mózgu, który się ujawnił po urazie: 1 glejak, 4 oponiaki, 1 kilak, 2 wylewy wewnątrzglejakowe. Uraz odgrywa rolę w powstawaniu oponiaka i kilaka, żadnej roli w powstawaniu gruzłaka i glejaka. Na przebieg glejaków wpływa o tyle, że wywołuje w nich nieraz wylewy i ujawnia w ten sposób utajony nowotwór.

H. H i g i e r.

Streszczenia pojedyncze.

Patologia kliniczna i doświadczalna.

W. KINNCEL i A. KINNCEL. **O wpływie czynników meteorologicznych na częstość napadów u epileptyków.** (Kl. Med. Nr. 3, 1936).¹

Autorzy zestawili przeszło sto historii chorób i na tej podstawie doszli do wniosku, że czynniki meteorologiczne wywierają silny wpływ na stan epileptyków. Każda nagle zmiana warunków atmosferycznych odbija się na liczbie napadów padaczkowych, zwiększając ją, objawia się to zwłaszcza przy przejściu zimy w wiosnę. Cyklony, prowadzące do nagłych zmian atmosferycznych, ujemnie wpływają na stan epileptyków. Niska temperatura, towarzysząca antycyklonom, obniża liczbę napadów. Latem w okresie zwiększenia się liczby godzin słonecznych obserwujemy znaczną pobudliwość chorych, najpewniej wskutek zmian ciśnienia barometrycznego. S. G u z m a n.

BIERICH i LANG. **Zawartość lipidów w nowotworach ludzkich, jako wskazówka prognostyczna.** (Klinische Wochenschrift, Nr. 19, 1936).

Badając zawartość cholesterolu w tkance wyluszczonej operacyjnie nowotworów po ścisłym jej oddzieleniu od tkanek otaczających, autorzy przekonali się, że najlepsze rokowania w stosunku do wznowy i przerzutów dają te nowotwory (w badaniach autorów uwzględniano tylko raki), w których zawartość cholesterolu jest mała, nie przekraczająca 150—250 mg%. Przy wyższych zawartościach cholesterolu przebieg choroby nowotworowej był niepomyślny. Przy poziomie cholesterolu wyższym od 350 mgr%. — 80% chorych zmarło w 1 roku po operacji, pozostali nie przeżyli 2 lat. Ilościowe określenie lipidów w tkance nowotworowej staje się cenną wskazówką prognostyczną lecz wymaga sprawdzenia ze względu na szczupły materiał autorów (łącznie 64 przypadki). Antoni W a j n g o t.

A. H. ELLIOT i F. R. NUZUM. **Zawartość cholesterolu we krwi całkowitej u chorych z nadciśnieniem tętniczym** (Arch. Intern. Med. 1936, t. 57, z. 1).

Zagadnieniu temu poświęcono liczne prace, których wyniki są zupełnie sprzeczne. Autorzy przypisują to różnorodności stosowanych metod chemicznych, brakowi badań kontrolnych u osobników zdrowych, nieuwzględnieniu opracowania statystycznego oraz niedostatecznemu wyłączeniu innych spraw chorobowych, powodujących wzrost zawartości cholesterolu we krwi (cukrzyca, hipotyroidyzm, zespół nerczycowy w kłębuszkowym zapaleniu nerek, zamknięcie przewodów żółciowych). Autorzy zbadali zawartość cholesterolu u 53 chorych z nadciśnieniem i u 54 chorych bez nadciśnienia (przeważnie lekko chorzy, bez zaburzeń metabolizmu), biorąc pod uwagę rozważania powyższe, posługując się metodą B l o o r a, P e l k a n a i A l l e n a. Prawie u wszystkich chorych zbadano przemianę podstawową. Chorzy z nadciśnieniem niepowikłanym mieli prawidłowy poziom cholesterolu we krwi. Miażdżyca tętnic lub choroby nerek, jednocześnie z nadciśnieniem występujące, nie podnosiły poziomu cholesterolu. Większe wartości cholesterolu znajdowano częściej u osób szczupłych, aniżeli u otyłych. Obniżona przemiana gazowa u chorych z nadciśnieniem, o ile nie występowała jednocześnie z objawami hipotyroidyzmu, nie wywoływała hypercholesterinemji. H. M a k o w e r (Łódź).

RISER, PLANQUES i VALDIGUIÉ. **Ciśnienie płynu mózgowo-rdzeniowego w nadciśnieniu tętniczym.** (Bull. et Mém. Soc. Hôp., t. 52, Nr. 5).

Autorzy badali ciśnienie tętnicze i żyłne oraz ciśnienie płynu mózgowo-rdzeniowego u ludzi normalnych i u chorych na nadciśnienie tętnicze. Wśród 90 chorych u 54 stwierdzono ciśnienie żyłne i ciśnienie pł. mózg-rdz. prawidłowe, 7 przed-

stawiało przypadki graniczne — ciśnienie żyłne prawidłowe lub tylko nieznacznie zmienione, ciśnienie pł. mózg. rdz. tylko bardzo nieznacznie większe od liczb prawidłowych. U 27 hipertensywników stwierdzono wyraźne wzmocnienie ciśnienia pł. mózg. rdz., u 15 z nich było wyraźne nadciśnienie żyłne, przyczem między temi wielkościami istniała dość znaczna równoległość. Jeżeli przez upust krwi lub w inny sposób obniżono ciśnienie żyłne, spadało również ciśn. pł. mózg-rdz., ale tutaj równoległości już nie spostrzegano. U 6 chorych było nadciśnienie tętnicze i pł. mózg-rdz. bez nadciśnienia żyłnego, przyczem nie można było stwierdzić miejscowej przyczyny w postaci guzów, ropni mózgu i t. p. Były to przypadki zapalenia nerek z azotemią i obrzękami. W 4 przypadkach były ogniska rozmiękania mózgu, w 2 guzy mózgu. Teza autorów, wypowiedziana przed kilkoma laty, że przy normalnym ciśnieniu żyłnym wzrost ciśnienia pł. mózg. rdz. w olbrzymiej większości przypadków odpowiada zmianom neurologicznym, ulega wobec tego ograniczeniu.

H. M a k o w e r.

Walter K. MYERS i Chester S. KEEFER. **Stosunek białek osocza do płynu otrzewnowego i obrzęków w marskości wątroby.** (Arch. Intern. Med. 1935, t. 55, z. 3).

Poza utrudnieniem krwioobiegu bramnego muszą istnieć w marskości wątroby inne czynniki, wywołujące wzgl. wpływające na wydzielanie się płynu puchlinowego. Wskazują na to samoistne wahania ilości płynu otrzewnowego, zmniejszanie się jego po zastosowaniu środków moczopędnych, obrzęki nóg często występujące u chorych z marskością, a niedające się wytłumaczyć ani niedomogą krążenia ani uciskiem płynu w jamie brzusznej na żyły, doprowadzające krew z kończyn dolnych (np. przy niewielkiej tylko ilości płynu puchlinowego). Autorzy, postawili sobie za zadanie zbadanie roli, jaką w tych sprawach odgrywa ilość białek w osoczu. Badania zostały przeprowadzone na 16 chorych z marskością wątroby i na 14 chorych z innymi schorzeniami wątroby. U chorych z marskością istnieje hipoproteinemia, odbywająca się zwłaszcza kosztem albuminów; ilość globulin jest albo prawidłowa albo nawet nieznacznie zwiększona. Stosunek albuminów do globulin ulega wobec tego odwróceniu. W płynie puchlinowym zawartość białek wynosi 0,1—0,7 g w 100 cm³; albuminy stosunkowo łatwiej zostają do jamy otrzewnowej wydzielane niż globuliny, ilość albuminów w płynie puchlinowym jest stosunkowo większa, niż w osoczu. Po wypuszczeniu płynu z jamy brzusznej następuje dalsze zmniejszenie zawartości białka w osoczu, albuminy i globuliny zmniejszają się równolegle. Później globuliny szybciej narastają od albuminów. Hydremja wywołuje znaczną diurezę, obrzęki zmniejszają się. Przez podawanie pokarmów bogatych w białko (180 g. białka dziennie, a nawet w jednym przypadku 300 g) nie można było zwiększyć ilości białka w osoczu, mimo, iż białko dobrze się wchłaniało. Wobec tego niedostateczny dowód białka jako ewent. przyczyna hipoproteinemji w marskości wątroby odpada. Pozostają dwa inne czynniki: wadliwe tworzenie białek osocza i utrata białka z krwi do otrzewny. Za pierwszym mechanizmem przemawia przytoczony wyżej fakt niepodnoszenia się poziomu białek w osoczu pod wpływem bogatej w białko diety oraz to, że i w innych chorobach wątroby występować może hipoproteinemia. Badania M y e r s a i K e e f e r a na 14 chorych z różnymi chorobami wątrobowymi wykazały, że i tu przeważnie poziom białka w osoczu jest niski, chociaż nie osiąga takiego niskiego poziomu, jak w marskości wątroby. Dużą rolę odgrywa również utrata białka do płynu puchlinowego. Z badań tych wyciągają autorzy wniosek, że wytwarzanie się płynu w marskości wątroby jest prawdopodobnie spowodowane zwiększeniem ciśnienia hydrostatycznego w żyłę bramną oraz niskim poziomem białka w osoczu. Obrzę-

ki w tych sprawach dają się częściowo wytłumaczyć przez hipoproteinemię, częściowo przez zwiększone ciśnienie żyłne, co ma miejsce tylko przy obecności bardzo dużej ilości płynu.

H. Makower.

Choroby zakaźne.

A. DEKWITZ, W. SCHLUTER i H. SCHMIDT. **Końska surowica antytoksyczna przeciwkrztuścowa.** (Klin. Woch. 1936. Nr. 1).

Objawy kliniczne i zmiany anatomo-patologiczne w krztuścu wywołuje endotoksyna pałeczki *Bordet-Gaugou*. Na tej zasadzie autorzy uodporniali konie i otrzymali wysokowartościową surowicę antytoksyczną. Bardzo zjadliwa toksyna krztuścowa już w ilości 0,0025 ctm.³ zabija mysz białą. Otrzymana surowica antytoksyczna w ilości 0,0025 ctm.³ zobojętniała 2 śmiertelne dla myszy dawki. S.

B. ZYLBERMAN. **Autouroterapia w krztuścu.** (Klin. med. 1935. Nr. 71).

Dzieciom chorym na krztusiec wprowadzano domięśniowo ich własny moczek. 17% dzieci było na początku stadium *convulsivum*, 30% w okresie późniejszym. Seria leczenia obejmowała 6—8 zastrzyknięć od 0,5 stopniowo do 1,0 każdorazowo. Wynik dodatni zanotowano w 95%: napady kaszlu i wymioty ustawały bardzo szybko, sen poprawiał się, a po 5—6 zastrzyknięciach kaszel już był nieznaczny. Leczenie trwało 10—12 dni. Dzieci, u których objawy kliniczne minęły, wracały do kolektywów i nie zarażały innych dzieci. S.

W. AZBIEŁOW i A. TARASOWA. **O roli niektórych produktów spożywczych w epidemiologii czerwoności.** (Sow. wracz. oaz. 1935. Nr. 14).

Na zasadzie przeprowadzonych doświadczeń autorzy sądzą, że laseczniki grupy czerwoności poza żywym ustrojem ludzkim mogą w ciągu wielu dni zachowywać zdolność życiową na powierzchni jarzyn i owoców. Stąd produkty spożywcze stanowią czynnik, na który w szerzeniu się czerwoności należy zwrócić uwagę. Zakażenie produktów spożywczych zarazkami czerwoności może dochodzić do skutku za pośrednictwem brudnych rąk. Należy przeto w celach zapobiegawczych przeciwepidemicznych zwrócić uwagę na higienę robotników, zatrudnionych w przemyśle spożywczym i stosować u nich mycie rąk wodą chlorową. S.

Gruźlica.

MARAGLIANO. **Wczesne rozpoznanie gruźlicy.** (Fores Sanitarie, t. 4 N. 10).

Autor twierdzi, że gruźlica jest w początkowych okresach (przed zajęciem płuc) ogólnym schorzeniem — gruźliczą toksemią, wywołaną jadem gruźliczym, wytwarzanym przez prątki *Koch*a. Toksemię cechują duże wahania temperatury (duże skoki t^o przy fizycznych i psychicznych wysiłkach), wychudnięcie, zaburzenia naczynioruchowe i wydzielnicze oraz zaburzenia trawienia. We krwi zmniejsza się liczba czerwonych krwinek i ilość Hgb, w moczu obniża się wskaźnik demineralizacji, zmniejsza się odporność ustroju oraz zdolność zobojętniania zarazków gruźlicy (enzymoreakcja i symforeakcja). Po okresie toksemii następuje okres uszkodzenia tkanki płucnej. W tym okresie mówimy już o późnym rozpoznaniu. Autor podaje kilka historii choroby. S. Guzman.

FRIEDRICH. **O niedoborze witaminy C w gruźlicy.** (D. m. Woch. 1936, 23).

Autor badał przemianę witaminy C u 32 gruźlików. Dla stwierdzenia stopnia hipowitaminozy C wstrzykiwano chorym 0,1 g Redoxonu „Roche” dożylnie, po tym określano ilość wydzielanej witaminy metodą *Tillmana* a przy pomocy dwuchlorofenolindolenolu „Roche”. Stwierdzono, że w gruźlicy, zwłaszcza postępującej, istnieje znaczny niedobór witaminy C. Niedobór ten udało się po pewnym czasie, stosując regularnie Redoxon, pokryć. Autor twierdzi, że po wyrówna-

niu deficytu witaminowego samopoczucie chorych ulegało znacznej i trwałej poprawie. S. Guzman.

NOBÉCOURT i BRISKAS. **Odczyn tuberkulinowy u dzieci od 2 do 6 roku życia.** (Pr. Med. Nr. 59 — rok 1936).

Autorzy badali odczyn tuberkulinowy u 2.802 dzieci, w tym 1.598 chłopców i 1.204 dziewczynki. Wyniki były następujące: wynik dodatni odczynu wypadł u 833 (29,7%) dzieci, u dziewczynek nieco częściej (31,4%), niż u chłopców (28,5%); badając wyniki według wieku, stwierdzamy, że procent wyników dodatnich wzrasta z wiekiem, ale nierównomiernie: mianowicie, u chłopców najszybciej wzrasta odsetek między 3—4 rokiem, zaś u dziewczynek między 4—5 rokiem. U 294 dzieci stwierdzono objawy gruźlicy czynnej; wśród tych dzieci odczyn tuberkulinowy wypadł ujemnie u 33 dzieci (11,2%), zaś u 261 — dodatnio (88,7%). Odczyn ujemny w tym razie był wyrazem anergii: u 26 dzieci stwierdzono prosówkę, wzgl. zapalenie opon gruźlicze. Spośród 833 dzieci z odczynem dodatnim było 572 (68,6%) dzieci, u których objawów gruźlicy czynnej stwierdzić nie można było, przy czym częstość tych przypadków wzrasta z wiekiem: w III-m roku — 13,4%, w VI-m — 24,7% (w stosunku do ogólnej liczby dzieci). Wreszcie autor robi zestawienie przypadków z odczynem tuberkulinowym ujemnym, dalej z objawami gruźlicy czynnej i nieczynnej za ubiegłe 14 lat. Z zestawienia wynika, że odsetek przypadków z odczynem ujemnym stale wzrasta; że odsetek przypadków z gruźlicą czynną wykazuje wahania, naogół jednak się obniża; że odsetek przypadków z odczynem dodatnim ale z gruźlicą nieczynną również się obniża. Autor dochodzi do wniosku, że ostatnio liczba dzieci, zarażonych gruźlicą, się zmniejsza. A. Kirszbaur.

Ch. RADMANN. **Przyczynę do patogenezы gruźliczego zapalenia opon mózgowych.** (Virch. Arch. 1935. Nr. 3).

Według *Richa* i *McCordocka* źródłem gruźliczego zapalenia opon mózgowych najczęściej bywają gruzelki odosobnione mózgu i opon. W gruźlicy prosówkowej zapalenie opon mózgowych powstaje właśnie na tej drodze, a nie na drodze krwiopochodnej. Autor zbadał 10 mózgów ludzi różnego wieku, którzy zmarli wskutek gruźlicy opon mózgowych i w kilku przypadkach stwierdził mnogie gruzelki odosobnione. Obraz histologiczny w tych przypadkach różnił się nieco od zapalenia bez gruzelków odosobnionych: wysięk i ogniska martwicze były ledwie zaznaczone, nacieczenie drobnokomórkowe o wiele mniej rozlane, zmiany wytwórcze występowały słabiej i rzadziej, zmiany naczyniowe były prawie nieobecne. Autor sądzi, że badania histologiczne i doświadczalne *Richa* i *McCordocka* są bardzo przekonujące: zapalenie opon gruźlicze bez gruźlicy prosówkowej i brak takiego zapalenia po wprowadzeniu laseczników gruźlicy do tętnicy szyjnej, przemawiają jednak za powstawaniem gruźliczego zapalenia opon tylko w przypadkach gruźlicy trzeciorzędowej (narządowej), pierwotne zaś zapalenie gruźlicze opon powstaje bez obecności gruzelków odosobnionych. S.

Medycyna sportowa.

SCHWARZ. **Wpływ wieku na odporność wobec głodu tlenowego.** (Luftfahrtmedizin B.I. H.I. 1936).

Autor podaje wyniki badania 237 lotników w wieku od lat 18—49, przeprowadzane w komorze niskich ciśnień instytutu medycyny lotniczej w Hamburgu. Stwierdza mniejszą odporność ludzi młodych na niedobór tlenowy, względnie obniżone ciśnienie powietrza. Uderzająco duża była liczba ludzi młodych, do lat 24, którzy przy obniżaniu ciśnienia do 374 mm Hg, odpowiadającego wysokości 5500 m, ulegali naglej zapadci, bez poprzedzających zwiastunów choroby górskiej. Ta „wczesna” zapadła występowała natomiast rzadko u osób starszych, a objawy choroby górskiej rozpoczynały się u tych ostatnich znacznie później, to jest na większych wysokościach. Badania prowadzono w komorze niskich ciśnień przy zasto-

sowaniu zmodernizowanej „próby pisma”. Próba ta polega na pisaniu przez badanego cyfr od 1000 do 1, t. j. wstecz, w równych kolumnach po 7—8 rzędów. W ciągu 15 minut badany „wznosi się” do „wysokości” 5500 m, a następnie po 500 m wzwyż z pauzami po 5 minut. Występowanie choroby górskiej przejawia się przy tej czulej próbie pod postacią omyłek, zmniejszania się wyrazistości pisma, nieregularności odstępów. W miarę spadku ciśnienia pismo staje się coraz mniej wyraźne, w końcu zupełnie nieczytelne i zamazane. Przy dalszym zmniejszaniu ciśnienia występuje zawsze prędzej lub później zapaść. Niekiedy jednak zapaść ta występuje nagle i niespodziewanie, bez poprzedzającej ją choroby górskiej, tak, że nie raz kilka zaledwie sekund oddziela ją od zjawiających się zwiastunów choroby górskiej. Wówczas podaje się bezzwłocznie tlen. Ta wczesna zapaść zjawia się w większości przypadków już na stosunkowo niewielkich wysokościach, bo na 4500—6000 m, to jest tam, gdzie choroba górską normalnie jest dopiero lekko zaznaczona. U młodych ludzi w przeciętnym wieku 22,7 lat około 3% dostawało wczesnej zapaści już na wysokości 5500 m. Przy 6000 m. dostawało zapaści już 26% (na 71 badanych dostawały zapaści 23 osoby w wieku lat 24,4). Przy 6000 m. przeciętny wiek wszystkich osób, dostających zapaści, wynosił 24,5 lat. Na wysokości 6500 m dostawało zapaści 43,2% osób w wieku 29 lat, a na wysokości 7000 m 23,8% osób w wieku 29,8 lat. 4% osób w wieku 34 lat osiągało wysokość 7000 m (ciśnienie 308 mm Hg) bez podawania tlenu, i dopiero na tej wysokości zaczynały się objawy choroby górskiej. Autor wyciąga stąd wniosek, że z wiekiem wzrasta wytrzymałość na wysokość, czyli niskie ciśnienie i głód tlenowy. Badanie neurologiczne, wewnętrzne i charakterologiczne pozwala z dużym prawdopodobieństwem przewidzieć, którzy z młodych ludzi mają większą skłonność do zapaści. Są to ludzie, u których daje się stwierdzić chwiejność narządu krążenia. Chwiejność ta, znana zresztą skądinąd, jako cecha ludzi młodych, ustępuje z wiekiem. Zapaści sprzyja asteniczna budowa ciała, jakkolwiek zapaści występują niekiedy i u osób, zbudowanych atletycznie. Poza tym sprzyja zapaści nastrój psychiczny osób młodych przy badaniu, nacechowany niepokojem i mniejszym samoopanowaniem. U osób starszych stwierdzano z reguły lepsze opanowanie i siłę charakteru, która wpływała w sposób widoczny na zwiększenie wytrzymałości. Autor na podstawie tych wyników, popartych doświadczeniami innych jeszcze badaczy, wysuwa pytanie, czy w orzecznictwie o zdolności do zawodu lotniczego należy brać pod uwagę mniejszą odporność ludzi młodych oraz postulat sprawdzenia wyników, uzyskanych w komorze niskich ciśnień za pomocą kontrolnych doświadczeń podczas rzeczywistych lotów na wysokość.

J. Hozer.

Choroby jamy ustnej, gardła, nosa i uszów.

SALMON, MICHEL i André JOUVE. Tlen w leczeniu raka wodnego (nema) twarzy u dziecka, 6 przypadków, 5 wyleczeń. (Bull. Soc. Pédiatr. 1936, str. 124—131).

Dotychczasowe leczenie raka wodnego kauteryzacją, surowicą, neosalwarsanem, płukaniem środkami przeciwniebieskimi nie było w stanie poprawić bezwzględnie złego rokowania. Autorzy zastosowali w 6 przypadkach tego cierpienia wodę utlenioną i w 5 otrzymali wyleczenie z dobrym wynikiem kosmetycznym. Leczenie polegało na zrobieniu otworu w policzku zewnętrznym zapomocą termokauteru, wprowadzeniu sączka Carré'ego i przepłukiwaniu wodą utlenioną co godzina w ciągu 5—10 minut zależnie od ciężkości przypadku. W 5 wyleczonych przypadkach poprawa widoczna była już po upływie 2—3 dni. Przypadek, zakończony śmiercią, dotyczył dziecka chorego na dur ze zgorzelą połowy twarzy.

FRANK, WALLACE, ENFIELD i MILLER. Rak języka u noworodka. (Amer. Journ. Canc. 1936, str. 775—777).

U noworodka donoszonego, nie mogącego ssać, stwier-

dzono jako przyczynę tego guz wielkości grochu na lewym brzegu języka na przejściu przedniej trzeciej części w średnią. Guz ten, uważany za torbiel, okazał się pod mikroskopem płaskokomórkowym rakiem brodawkczakowym. Dno jamy ustnej i okoliczne gruczoły nienacieczone. Guz był wycięty i dno przypalone żegadłem elektrycznym. Operacja w lekkim uspieniu chloroformowym. Naświetlanie rentgenowskie karku i twarzy w 2 serjach w odstępie 6-tygodniowym bez odczynu skórniego. W tydzień po operacji dziecko zaczęło normalnie ssać i szybko przybierać na wadze. Po 2 latach bez nawrotu. Jest to pierwszy przypadek raka języka u noworodka i zapewne najmłodsze dziecko, u którego zastosowano napromienianie z powodu raka.

S.

P. F. PIERI. Niebieskawe zabarwienie muszli dolnej nosa jako objaw cierpienia płucnego ze szczególnem uwzględnieniem wczesnego okresu gruźlicy płucnej i wartość tego objawu dla otolaryngologa. (Valsalva 1936, Nr. 12).

W przypadkach gruźlicy autor stale spostrzegał niebieskawe zabarwienie dolnej muszli nosa, które, jego zdaniem, powstaje na drodze podrażnienia nerwu współczulnego. Objaw ten ma ułatwiać wczesne rozpoznanie gruźlicy.

S.

G. HOFER i Th. MOTLOCH. Błoniaste zrośnięcie strun głosowych. (Msch. Ohrenheilk. 1936, str. 576—581).

Zrośnięcie błoniaste strun w przednim spoidle bywa albo wrodzone, albo też jest następstwem kily, błonicy, gruźlicy i t. d. Wycięcie błony, zarówno jak i metoda Hasslingera (założenie blaszki srebrnej pomiędzy struny w okolicy spoidła przedniego) nie prowadzi do celu, przeto autorzy po wycięciu błony wprowadzają do krtani rozszerzadło Thost'a, na którego górnym końcu znajduje się ruchoma płytka, dająca się przy lekkim naciśnięciu umieścić w przednim spoidle. W ten sposób udaje się zapobiec ponownemu zrośnięciu się strun.

S.

Choroby krwi i narządów krwiotwórczych.

N. HENNING. O dotychczasowych wynikach przyżyciowego badania szpiku kostnego. (Med. Klinik N. 16—1936).

Normalny szpik zawiera zwykle około 60% granulocytów, 20% erytroblastów; 20% pozostałe przypada na limfocyty, komórki siateczki, komórki śródbłonka i makrofagi. Zśród granulocytów najwięcej stwierdza się postaci dojrzałych, a więc neutrofilów pałeczkowatych, segmentowanych; granulocyty mniej dojrzałe występują w nieznacznej liczbie, a mianowicie 2—10% myelocytów, 1—6% promyelocytów i 0,5—4% myeloblastów. W przebiegu białaczki szpikowej i limfatycznej stwierdza się wybitną metaplastę szpiku; badanie szpiku ma b. ważne znaczenie w rozpoznawaniu białaczek, przebiegających z leukopenią oraz niektórych innych chorób krwi, jak *agranulocytosis*, *panmyelophthisis* oraz angina monocytarna. Zwłaszcza decydujące znaczenie ma badanie przyżyciowe szpiku kostnego w przebiegu podostrej i ostrej białaczki myeloblastycznej z leukopenią. W przebiegu wtórnych niedokrewności stwierdza się w szpiku bujanie aparatu erytroblastycznego. Natomiast w niedokrewności złośliwej występuje charakterystyczny odczyn szpiku, w postaci bujania komórek o b. dużych rozmiarach; zaródź tych komórek jest ciemnoniebieska, jądro duże z delikatną siatką chromatyny; obok tych komórek, określanych jako promegaloblasty, stwierdza się typowe megaloblasty. Autor podkreśla, że już w ciągu 24—48 godzin od wstrzyknięcia preparatu wątrobowego promegaloblasty i megaloblasty giną ze szpiku, ustępując miejsca zwykłym erytroblastom. Bardzo ważne znaczenie ma nakłucie szpiku w rozpoznawaniu t. zw. *mononucleosis infectiosa acuta*; we krwi obwodowej stwierdza się liczne duże komórki jednójądrazte mono- lub limfoidalne, które mogą mylnie być rozpoznane jako myeloblasty; wobec gorączki, anginy i niekiedy dość ciężkiego ogólnego stanu nasuwa się myśl o ostrej biał-

łaczce. W szpiku jednak nie stwierdza się komórek jednojądrzastych, spotykanych we krwi obwodowej; w ostrej zaś biacławce w szpiku zawsze występuje myeloblastoza. *Mononucleosis infectiosa* (angina monocytarna) jest jedynym cierpieniem, kiedy młodociane komórki zjawiają się we krwi obwodowej, przy zupełnie normalnym obrazie szpiku. Najpewniej komórki limfo- i monocytoidalne pochodzą z gruczolów chłonnych i układu limfatycznego. **Jakób Penzon.**

Franz HERZOG. Leczenie polycytemii dietą ubogą w białko zwierzęce. (D. med. Woch. 1936, 24).

Badania doświadczalne autorów amerykańskich wykazały doniosłą rolę jakości odżywiania w regeneracji krwi. Czynnik przeciwanemiczny *Cas-tle'a* zawarty jest w wątrobie, żóładku i innych narządach zwierząt — karmienie chorych tymi narządami daje regenerację krwinek i hemoglobiny. Odwracając te doświadczenia, autor próbował zastosować eliminacyjną dietę u polycytemików, których narządy krwiotwórcze erytrogenne pracują nadmiernie. Do prób tych upoważniły go także spostrzeżenia dawniejsze, o znikaniu polycytemii po operacjach na żóładku, a nawet przejście jej w niedokrewność. Chorym podawano dziennie nie więcej niż 0,7 gr. białka zwierzęcego, resztę zastępowano roślinnym. Żadnego innego leczenia obok tej diety nie stosowano. Wyniki leczenia były znakomite. Liczba czerwonych ciałek spadała do normy w przeciągu 2—3 tygodni, w postaciach *Vaquetza* (z nadciśnieniem) — ciśnienie obniżało się znacznie, zmniejszała się śledziona, ustępowały objawy subiektywne i chorzy wracali do zdrowia. Krótki okres obserwacji nie pozwala autorowi na daleko idące wnioski, czy to leczenie może służyć na dłuższą metę i czy można go zaprzestać w okresie poprawy. W każdym razie stanowi olbrzymi postęp wobec dotychczasowych środków, jako leczenie nieszkodliwe dla ustroju i etio-fizjologiczne.

Antoni Wajngot.

Choroby dzieci.

J. DREYFUS. Gorączka 3-dniowa z wysypką i leukopenią. (Pr. Med. Nr. 58. 1936).

Autor na podstawie obserwowanych przez siebie przypadków podaje zwięzły opis choroby, znanej pod nazwą 6-jej choroby lub *exanthema subitum*. Okres wylegania trwa 3 do 7 dni. Choroba rozpoczyna się nagle gorączką do 39—40°, po 3 dniach temperatura krytycznie spada, i wtedy właśnie występuje wysypka, zbliżona do odrowej, rzadziej do różyczki lub do płonicy; zajmuje ona tułów oraz kończyny, na twarzy natomiast wykwitły są nieliczne. Po 2 dniach wysypka ustępuje bez łuszczenia. Ważne są zmiany we krwi: stwierdza się, mianowicie, leukopenię, spowodowaną znacznym zmniejszeniem się liczby wielojądrzastych, która w tej jednostce chorobowej nie przekracza 15%, a nawet spada do 2%; mamy więc wybitną *granulocytopenię*. Rokowanie nie jest dobre. Zwykle po tygodniu obraz krwi wraca do normy. Choroba ta zwykle występuje u niemowląt i u małych dzieci do 2 lat, u starszych występuje wyjątkowo. *Exanthema subitum* jest chorobą zaraźliwą i niekiedy daje niewielkie epidemie. Rozpoznanie opiera się na typowych dla tej choroby objawach: wiek do 2 lat, gorączka 3 dni trwająca, wysypka głównie na tułowie, występująca dopiero po spadku temperatury, obraz krwi. Wylączyć należy: różyczkę (obrzemienie gruczolów na karku), odrę (Koplik, wzrost gorączki przy ukazaniu się wysypki), płonice (angina, wysypka następnego dnia, leukocytoza), grypę (leukopenia, ale z zachowaniem wielojądrzastych, objawy kataralne). Leczenie polega na podawaniu preparatów salicylowych i na kąpieliach.

A. Kirszbrown.

L. GAROT. Rozpoznanie uwięzłej przepukliny przeponowej. (Arch. Med. Enf. Nr. 6, 1936).

Na podstawie przypadku własnego oraz opisanych w li-

teraturze autor podaje zwięzły opis zespołu uwięzłej przepukliny u dzieci. Występuje ona zawsze po stronie lewej. Całkowite uwięźnięcie jest niekiedy poprzedzone przez częściową niedrożność, która daje objawy dyspeptyczne, niekiedy zaś występuje nagle, szczególnie po posiłku. Objawy są bardzo burzliwe. Subiektywnie mamy: 1) bóle brzucha bardzo silne, napadowe, o charakterze skurczowym. U dzieci starszych dają się łatwo umiejscowić w nadbrzuszu; 2) wymioty zwykle wczesne i uporczywe; zawierają pokarm, niekiedy krew; 3) duszność jest znaczna, występuje wcześniej. Oddech typu pierśowego, powierzchowny; 4) sinica zmienne, zależy od stopnia przesunięcia śródpiersia; 5) twardość typowa *facies abdominalis*. Stwierdza się zaparcie, t^o normalna. Obiektywnie stwierdzamy: ze strony jamy brzusznej objawy są często bardzo dyskretne: brzuch może być miękki, jedynie w okolicy *epigastrium* można stwierdzić bolesność, zaś w głębi przy obmacywaniu niekiedy stwierdza się opór, mający przy opukiwaniu przydźwięk bębnowy. Ważniejsze są objawy ze strony klatki piersiowej. Stwierdzamy: ograniczenie ruchów lewej połowy klatki piersiowej, serce przesunięte wprawo, wypukowo po stronie lewej odgłos bębnowy, wysłuchowo szmer oddechowy osłabiony. Przy rozpoznaniu należy głównie różniczkować między uwięzłą przepukliną i wgłobieniem jelit. W uwięzłej przepuklinie przeponowej objawy zaparcia rozwijają się bardzo szybko; stolec nie zawiera krwi, natomiast niekiedy mogą być wymioty krwawe; badanie przez odbyt daje wynik ujemny. W przypadku wgłobienia brak objawów ze strony klatki piersiowej. Rozpoznanie jest trudne. Niekiedy decyduje Rg, często dopiero operacja, albo nawet autopsja. U niemowląt niekiedy odma samoistna daje podobny zespół objawów. O rozpoznaniu decyduje wywiad (gorączka, choroba płuc) lub Rg. Rokowanie w przypadkach uwięzłej przepukliny przeponowej jest złe. Większość dzieci ginie.

A. Kirszbrown.

R. DEBRÉ. Obraz rentgenowski włóknikowego zapalenia płuc u dzieci. (Revue Fr. Ped. t. XII — 1936).

Praca oparta jest na obserwacji klinicznej i rentgenologicznej 53 przypadków zapalenia płuc u dzieci. Autor dochodzi do wniosku, że włóknikowe zapalenie płuc u dzieci zwykle rozpoczyna się nagle, ostro, nie dając z początku wyraźnych objawów miejscowych. Niekiedy zapalenie płuc maskowane jest przez objawy nerwowe (postać nerwowa) lub objawy ze strony jamy nosogardzieliowej czy przewodu pokarmowego; ciepłota zwykle utrzymuje się około 40°, wykazując niekiedy większe wahania, spada zwykle krytycznie po tygodniu, ale może się przedłużyć do 14 dni. Przypadki te badane na Rg wykazują, że ognisko zapalne ma różne umiejscowienie w płucu: w szczycie, u podstawy lub przywęłkowo (centralnie). Typowym obrazem jest cień trójkątny, którego podstawa opiera się o ścianę, wierzchołek zaś przylega do wnęki; zarysy są ostre, nasycenie cienia jednolite. Spotykają się też cienie różnokształtne, niejednolite. Cienie trójkątne spotykają się głównie w górnych częściach płuc. Szczególnie stały jest obraz rentgenowski z boku: ma on postać piramidy. Dla należytego rozpoznania ogniska zapalnego w płucu należy wykonać zdjęcia przednio-tyłne oraz boczne. Zaciemnienie zwykle występuje wcześniej, ukazuje się od razu lub też rozszerza się stopniowo. Zanikanie cienia może się odbyć albo nagle, albo też powoli, nie przekracza jednak 20—30 dni; cień po ustąpieniu żadnych śladów nie zostawia. Pomiędzy przebiegiem klinicznym a obrazem rentgenowskim nie musi istnieć ścisły związek: tyczy się to szczególnie przełomu, któremu nie odpowiada specjalny okres w rozwoju obrazu rentgenowskiego. Nie ma również specjalnego związku między zmianami fizykalnymi a obrazem rentgenowskim (pneumonia centralna).

A. Kirszbrown.

Streszczenia pojedyncze.

Bakteriologia i Serologia.

N. FIESSINGER, A. GAJDOS, F. PEZZANGORA. **Rozwój doświadczalnej gruźlicy u świnek morskich pod wpływem podskórnych zastrzykiwań lipazy wątrobowej.** (C. R. Soc. Biol., t. 120, r. 1935).

Autorzy badali sposób działania lipazy wątrobowej w gruźlicy doświadczalnej u świnek morskich. Wyciąg wątrobowy, stosowany przez nich, zawierał w 1 cc. 10 jednostek esterazy Willstättera. Dwóm partiom świnek wstrzyknięto 0,01 mgr. pr. Kocha typu ludzkiego i bydłęcego. W każdej partii, tylko połowie świnek, wstrzykiwano codziennie podskórnie 2 cc. lipazy wątrobowej. Okazało się, że podskórne stosowanie lipazy wątrobowej w dawkach wyszczególnionych wystarcza, żeby zmienić charakter gruźlicy doświadczalnej, albowiem zmniejsza liczbę ognisk, ich rozsianie oraz zmniejsza znaczenie zakażenia bakteryjnego. J. Seydel.

A. BOCQUET i R. LAPORTE. **Rozsianie zarazka po superinfekcji w ustroju świnek gruźliczych.** (C. R. Soc. Biol. t. 121, r. 1936).

Autorzy badali rozsianie zarazka w ustroju świnek morskich, po superinfekcji, wstrzykując im podskórnie, w okolicę prawej pachwiny 0,00005 mgr. bardzo zjadliwego szczepu bydłęcego (typ gładki); po 2 miesiącach zwierzętom tym wstrzyknięto do tkanki łącznej lewej nogi 0,0001 mgr. szczepu ludzkiego lub bydłęcego (typ chropawy). Po 3, 7, 12, 15 dniach zabito jedną świnkę, która otrzymała tylko jedno wstrzyknięcie. Zwierzętom tym wycięto gruczoły pachwinowe oraz fragmenty z śledziony, które posiano na kilku próbkach z pożywką, zawierającą jajko. Okazało się, że u zwierząt, zakażonych jednokrotnie, a którym wstrzyknięto podskórnie 0,0001 mgr. zjadliwego szczepu, zarazki przenikają do gruczołów regionalnych po 3—7 dniach. Natomiast u świnek zakażonych dwukrotnie posiewy ich narządów wykazują, że zjadliwe prątki pozostają przez 2 tygodnie w miejscu wprowadzenia zarazka, po tym zaś czasie niektóre prątki mogą przeniknąć do gruczołów sąsiadujących. Metoda ta, stwierdzająca zjawisko blokady odpornościowej, może być zastosowana do badań nad losem zarazków, które wprowadza się do ustroju dwukrotnie różnymi drogami. Metoda ta może również rzucić światło na zjawisko bakteriolizy pr. Kocha. J. Seydel.

A. BOCQUET i R. LAPORTE. **Doświadczalna gruźlica kostna i kostno-stawowa u królika.** (C. R. Acad. Sciences t. 202, r. 1936).

Autorzy otrzymali u dorosłego królika różne postaci gruźlicy kostnej i kostno-stawowej. Do doświadczeń używali oni pr. Kocha typu bydłęcego świeżo wyosobnionego i przechowywanego na podłożu z jajkiem. Dawka wstrzyknięta drogą podskórną i śródskórną wynosiła jedną stumilionową część miligrama. Metoda, która dawała autorom najstałe wyniki, polegała na wstrzykiwaniach do świeżo ogolonej skóry boku 0,1 cc. zawiesiny pr. w soli fizjologicznej. Zawiesina ta zawierała od jednej stutysięcznej do jednej dziesięciomilionowej prątków strąconych. U królików, zakażonych jedną stutysięczną częścią miligrama, pierwsze objawy wystąpiły najwcześniej z końcem trzeciego miesiąca, zmiany umiejscowione były na końcach kończyn lub w kregach. Zwierzęta padały w stanie daleko posuniętego charłactwa po 4 lub 6 miesiącach. Poza zmianami kostnymi i stawowymi, wykrywano przy sekcji w płucach i w nerkach odosobnione lub zlewające się gruzelki, natomiast w wątrobie i śledzionie zmian podobnych nie zauważono. W kilku przypadkach u królika u którego stwierdzono objawy porażenia, charakterystyczne dla gruźliczego zapalenia opon mózgowych, wykrywano w jelitach, w maci-

cy, w jądrze, w trzustce, w sieci, w nadnerczach, w galce ocznej i w *plexus chorioideus* ogniska obfitujące w pr. Kocha.

Podobne wyniki otrzymano przez dożylnie zastrzyknięcie jednej dziesięciomilionowej tych samych pr. typu bydłęcego, lecz tym razem zmiany w jelitach były znaczniejsze, umiejscowienie zaś w kościach słabsze. Badania nad rozsianiem zarazka w ustroju wykazały, że pierwsze przeniknięcie pr. do krwiobiegu występuje 18 lub 25 dnia po śródskórnym wstrzyknięciu jednej stutysięcznej części miligrama. Szpik kostny jest wtedy zakażony, w następnych zaś dniach zakażenie przechodzi na sąsiadującą tkankę gąbczastą. Proces ten odbywa się w sposób dość bezładny w tem znaczeniu, że zmiany dotyczą różnych odcinków, lecz w szczególności kości gąbczastych i nasady kości długich. Z czego wynika, że gruźlica kości i stawów, jest bezpośrednim lub mniej lub więcej spóźnionym wynikiem pierwotnego zakażenia bakteryjnego. J. Seydel.

F. ARLOING, L. THÉVENOT. **Wpływ podłoża stałego z wyciągiem z nerek na hodowlę pr. gruźliczych.** (C. R. Soc. Biol. t. 121, r. 1936).

Na 100 cc. podłoża Sautona z agarem dodawano 10 gr. wyciągu z nerek, sterylizowano w 120° ph. wynosiło 7,0—7,2. W innych doświadczeniach do podłoża Sautona dodawano wyciągu z nerek, przesączonego przez świecę Chamberlanda. Wyciąg z nerek świnki morskiej lub barana, jak również i wyciąg z śledziony barana wpływają w sposób wyraźny na rozwój pr. gruźliczych, powodując w nich pewne zmiany. Zmiany te jednak zależą zarówno od szczepu jak i od generacji tego szczepu na podłożu sztucznym. J. Seydel.

Farmakologia i Toksykologia.

A. RAVINA. **Wpływ tytoniu na organizm w świetle ostatnich badań klinicznych i doświadczalnych.** (Presse Méd. 1936 N. 58).

Badania nad szkodliwością palenia tytoniu wykazują ostatnio tendencję do ograniczenia roli nikotyny i przypisują właściwości trujące tytoniu również i innym produktom jego spalania. Wit a s., na przykład, uważa, że przyczyną pewnych dolegliwości, które odczuwają palacze, jest dwutlenek węgla. W miejscach większych skupień ludności, gdzie wiele się pali, ilość dwutlenku węgla w powietrzu dochodzi po kilku godzinach do dawki trującej. Zaciąganie się i polykanie dymu powoduje również zwiększoną ilość dwutlenku węgla we krwi, mogącą dojść u nałogowych palaczy nawet do 2%. Oprócz dwutlenku węgla zaobserwowano także obecność dziegicia w dymie, co działa szkodliwie jednocześnie z nikotyną. Według zdania Lic k i n t a, palenie wywiera wpływ szkodliwy na wątrobę i może spowodować nawet jej marskość. Cały szereg autorów zaobserwował, że pod wpływem tytoniu zwiększają się ruchy żołądka i jelit cienkich, jak również i diureza. Co się tyczy wpływu tytoniu na jajniki i cykl menstruacyjny, to zdania autorów są niezgodnione, natomiast liczne doświadczenia na myszach i królikach wykazały niewątpliwie działanie szkodliwe na rozwój płodu w czasie ciąży. Lekarze amerykańscy stwierdzili, że nadmierne używanie tytoniu w okresie dojrzewania dziewcząt jest szkodliwe, ujemnie wpływa na gruczoły dokrewne i ogólny rozwój organizmu. W końcu należy jeszcze podkreślić drażniący wpływ palenia na śluzówkę górnych dróg oddechowych, wywoływany, według niektórych autorów, trującymi produktami spalania gliceryny, której używa się przy wyrobie papierosów. Co do stopnia szkodliwości palenia, zdania autorów są podzielone, niektórzy nawet posuwają się tak daleko, że proponują cały szereg ostrych środków profilaktycznych, jak za-

kaz palenia w zamkniętych lokalach, zakaz używania tytoniu do 18 lat, nadzór nad wyrobem tytoniu i jaknajszersze uświadomienie ogółu o szkodliwości tytoniu.

Diagnostyka.

KAMIŃSKI. Badania kontrolujące nad szybkością opadania krwinek. (Presse Méd. 1936 Nr. 58).

Szybkość opadania krwinek u jednego i tego samego osobnika zdrowego może być niejednakowa. Wahania te mogą powstawać już w ciągu minut, nie zależąc bynajmniej od błędów technicznych. Krew jednocześnie pobrana z rozmaitych okolic ciała reaguje zawsze jednakowo. Należy zwracać uwagę na identyczność rurek, gdyż małe różnice w wymiarach światła już zmieniają szybkość opadania. Szybkość opadania krwinek jest odwrotnie proporcjonalna do wymiaru światła. S.

Radiologia.

R. KAISER. Sposób szybkiego wykonywania cholecystografii. (Deut. Med. Woch. 1935, Nr. 46).

Autor omawia szczegółowo sposób szybkiego wykonywania cholecystografii. Metoda ta ma wiele zalet, można ją uważać za najodpowiedniejszą. Przygotowanie do badania jest nadzwyczajnie proste. Chory otrzymuje rano o godzinie 7-ej naczeczko 2 surowe żółtka, mniej więcej o godzinie 8-ej 0,001 g atropiny podskórnie lub doustnie: *Eupaverini* 0,03 g, *Atropin. methylobromat.* 0,0003 g, *Amidopyrini* 0,15 g, *Luminali* 0,015 g. Po ½—1 godzinie wstrzykuje się 3 g Jod-Tetragnostu Mercka, rozpuszczonego w wodzie i zmieszanego z mniej więcej tą samą ilością 40%-owego roztworu cukru gronowego. Podczas pierwszej godziny po wstrzyknięciu rozpoczyna się badanie rentgenowskie, które powtarza się w krótkich odstępach czasu. Szczegółne znaczenie przypisuje się samemu prześwietlaniu, na które dotychczas niestety zbyt mało zwracało się uwagi. Autor jeszcze raz zaznacza ogólnie, jak ważne jest prześwietlanie pęcherzyka żółciowego wogóle. Prześwietlanie uzupełnia się zdjęciem, które służy do kontroli i utrwalenia obrazu i wypracowania drobnych szczegółów. Jan B a d e

Nowotwory.

M. MÜHLMANN. O wegetatywnej teorii powstawania raka i o próbie jej zastosowania w praktyce. (Acta Cancrologica, 1936, vol. II.).

Autor badał wegetatywne ośrodki mózgowe ludzi, zmarłych na raka, i na podstawie zaobserwowanych zmian dochodzi do poglądu, opartego na następujących założeniach: 1. Komórka rakowa nie różni się od normalnej komórki budową cytologiczną, ani funkcjonalnie, a odmienny metabolizm (W a r b u r g) jest jedynie wynikiem szybkiego rozplemu (cecha, występująca i w komórkach płodowych). 2. Guz rakowy jest tylko nieprawidłowym, nadmiernym wzrostem i rozrostem komórkowym. 3. Wszelki rozrost komórek podlega prawom wzrostu. 4. Rozrost zależy od odżywiania i oddychania, a więc prawa wzrostu muszą być zależne od warunków odżywiania i oddychania. 5. Wzrost całego ustroju zależy od 3 momentów: a) mechanicznego t. j. wzajemne oddziaływanie komórek na siebie, b) drażnienia (hormony, fermenty) na układ nerwowy, c) odruchowego, sposób oddziaływania układu nerwowego. (Ten 3-ci moment jest dziedziczny). Rozplem komórek nowotworowych przez podział zależy od układu nerwowego. Tylko u płodu jest podział komórkowy niezależny, bo jeszcze ośrodki wegetatywne się nie rozwinęły, a podział się odbywa. Wzrost bez wpływu układu nerwowego (hodowla komórek *in vitro*) jest bezplanowy, organotypia możliwa jest tylko tam, gdzie są zespoły komórkowe, połączone ze sobą nerwami. Przyczyna wzrostu nowotworowego, ujętego przez au-

tora, jako nadmierny wzrost komórek, leży za tym w układzie nerwowym centralnym. Autor wraz z K u r b a n i e w e m wykazali w tkance nowotworowej nerwy bez osłonki rdzennej, sięgające aż do jąder komórek rakowych. Autor widzi ponadto dowody wpływu układu nerwowego centralnego na rozrost komórkowy w nowotworach w zaburzeniach ogólnej przemiany materii ustroju w schorzeniu rakowym, np. zmiany w stosunku Ca/K, zaburzenia w przemianie materii wodnej, węglowodanowej, obecność kwasu dwukarbonowego (F r e u n d i K a m i n e r) i t. d. Badania swoje rozpoczął autor od analizy zmian w jądrze soczewkowatym (*nucleus lenticularis*). Stwierdził, że u osobników rakowych lewe jądro soczewkowate jest większe, niż prawe, podczas gdy normalnie prawe jest większe. Lewe jądro było nie tylko większe, niż prawe, ale ponadto większe, niż normalne. Prócz tych zmian makroskopowych stwierdzał autor jeszcze zmiany mikroskopowe w głównych jądrach troficznych w *hypothalamus*. Widoczne były objawy zwyrodnienia komórek, jak zanik wypustek, ziarnistości N i s s l a, zmiany wielkości komórek i t. p. Szczególnie zmiany te występowały w jądrach mózgowych prawej półkuli. Ponadto wyraźne zmiany autor spostrzegł w gleju, a więc rozrzedzenie włókien glejowych, zgrubienie ich, nagromadzenie komórek ependymy, podobne do ziarniny, wreszcie torbielowate zmiany. Poza zmianami znikowymi były też zmiany przerostowe i to głównie w lewej półkuli. Autor uważa, że zanik jednych jąder daje wyrównawczy przerost drugich jąder mózgowych, a to wywołuje zmiany nowotworowe. Na tej płaszczyźnie schorzenie rakowe staje się schorzeniem konstytucjonalnym. W guzach łagodnych tych zmian w ośrodkach wegetatywnych autor nie spostrzegł. Guz złośliwy byłby schorzeniem ogólnej natury, w którym sama zmiana guzowa jest tylko częścią zaburzeń. Należałoby zbadać, czy mogą być zaburzenia przemiany materii bez samego guza, a wtedy zagadkowe na razie kacheksje bez guza mogłyby znaleźć wyjaśnienie. Praktyczne znaczenie teorii wegetatywnej byłoby takie, że należy zmienić sposób walki z rakiem. Głównie w grę wchodziłoby zapobieganie i to natury społecznej (eugenika i t. p.). W kierunku terapeutycznym usiłował autor też wypróbować swoją teorię i to w ten sposób, że naświetlał ośrodki wegetatywne mózgowia u ludzi chorych na raka przelyku, a więc niedostępnych dla terapii chirurgicznej. Na 30 chorych u 3 stwierdził ustąpienie głównych objawów schorzenia i takie rozszerzenie przelyku, że chorzy mogli ponownie łykać pokarmy stałe. Należałoby tylko, według autora, być cierpliwym, gdyż, dopóki nie znamy dokładnej lokalizacji schorzenia w *hypothalamus*, kierowanie promieni rentgenowskich na odpowiednie jądra mózgowe jest rzeczą przypadku. Autor chciał jeszcze ze swej teorii wyciągnąć wnioski praktyczne w kierunku rozpoznawczym i w tym celu z jego inicjatywy T e r t e r j a n i O c h o t i n robili encefalografię rentgenowską u chorych rakowych i wykazali, że negatyw mózgu normalnego i chorego rakowego różni się znacznie. U nierakowych III komora ma brzegi symetryczne, u rakowych prawy brzeg jest rozszerzony (na skutek zaniku ośrodków wegetatywnych po stronie prawej, i stąd podatność na ciśnienie powietrza prawego brzegu podczas encefalografii?). K. P o l l a k.

E. BAUER, F. CHALETZKAJA, A. LYSŁOWA i L. M. SCHABAD. O hamującym działaniu niektórych frakcji wyciągów śledzionowych na rozwój guzów nowotworowych. (Acta Cancrologica, t. II., 1936, str. 17).

Wychodząc z ogólnie znanego faktu, że wyciągi śledzionowe hamują wzrost nowotworów, autorzy starali się określić mechanizm działania i właściwe ciało czynne tych wyciągów. Co do mechanizmu działania, sądzili autorzy, że chodzi o funkcję śledziony, regulującą jakąś część przemiany materii,

uległa zaburzeniu na skutek schorzenia rakowego. Nie wyłączali przy tym ewent. działania hormonalnego śledziony. Badania przeprowadzili na 879 myszkach, podzielonych na 3 grupy. W I-szej grupie podawali wyciąg alkoholowy śledziony, w II-giej wyciąg alkoholowy, poprzednio zmieszany z benzolem, który odparowywano. Wreszcie w III-ciej grupie podawali wyciąg alkoholowy z benzolem, po którego odparowaniu stosowano jeszcze adsorbcję przy pomocy węgla zwierzęcego. Do doświadczeń używali gruczołakoraka Ehrlicha, szczepionego podskórnie. Myszkom, zaszczerpiomym zawiesiną tego nowotworu, zastrzykiwali następnie codziennie przez 1½—2 miesiące po 0,2 wyciągu śledzionowego i rejestrowali odsetek guzów, występujących u zwierząt zaszczerpiomych, kontrolnych i badanych na dzień 8, 12, 15, 21 i 30-ty. Przy użyciu wyciągów alkoholowych na 8-my dzień wystąpiły guzy u 7 zwierząt badanych, a u kontrolnych w ilości 13,5%. Na dzień 15-ty różnic już nie było. W drugiej grupie, gdzie myszki zaszczerpięone dostawały wyciąg, oczyszczony przy pomocy benzolu, różnice w odsetku guzów były wyraźniejsze i utrzymywały się dłużej. Na dzień 12-ty guzy wystąpiły u myszek kontr. w 77%, a u badanych w 43,5%-ach. Za tym wyciąg alkoholowy śledziony hamuje, ale tylko przez pewien czas, a wyciąg alkoholowy z benzolem (później odparowanym) hamuje dłużej. Jeszcze silniej hamuje miazga śledzionowa, „in toto” stosowana, która nie tylko opóźnia rozwój guza, ale wogóle powstrzymuje jego rozwój, gdyż różnice w odsetku guzów, przyjętych u zwierząt kontrolnych i otrzymujących miazgę śledzionową, utrzymywały się i ponad miesiąc, czego przy stosowaniu wyciągów śledziony spostrzec nie można było. Poddawanie wyciągu alkoholowego oczyszczonego przy pomocy benzolu jeszcze dodatkowej adsorbcji węglem zwierzęcym powodowało, że wyciąg tracił swoje hamujące rozwój guza właściwości. Autorzy na podstawie tych badań dochodzą do wniosku, że w śledzionie jest czynnik, hamujący rozwój guza nowotworowego, i czynnik, przeciwdziałający temu „antyblastycznemu” czynnikowi. Ten drugi czynnik przechodził do benzolu, i dlatego wyciągi alkoholowe, podane ekstrakcji benzolowej, lepiej działają. Sam czynnik hamujący (antyblastyczny) zostaje adsorbowany przez węgiel zwierzęcy.

K. Pollak.

Choroby serca i naczyń.

ROUTIER, MAMON i LEMANT. **Blok całkowity serca z trzepotaniem przedsionków.** (Arch. mal. coeur — 1936, 6).

Blok całkowity serca bardzo rzadko współistnieje z trzepotaniem przedsionków w przeciwieństwie do takiego bloku w przebiegu migotania i bloku częściowego z trzepotaniem. W piśmiennictwie znajduje się tylko 27 przypadków omawianego zespołu, do czego autorzy dodają 2 własne spostrzeżenia. Na 29 spostrzeżeń cierpienie wystąpiło 27 r. u mężczyzn, tylko 2 razy u kobiet. Wiek chorych waha się w granicach 40—60 lat; tylko 1 chory miał lat 13, 1 — 70. Częstość tętna komorowego wahała się od 25—50/min., przedsionkowego 135—360. Godne zaznaczenia jest, że wady zastawkowe wystąpiły tylko w 2-ch przypadkach, reszta dotyczyła wyłącznie zmian w mięśniu sercowym. Do artykułu autorzy dołączyli szereg elektrokardiogramów; cechy trzepotania widoczne są tylko w odprowadzeniu 2 i 3, co jest ważną wskazówką, że nie wolno poprzestawać na pierwszym odprowadzeniu przy ocenie stanu czynności serca. Rokowanie w przypadkach trzepotania z blokiem jest niepomyślne, większość chorych zmarła przed upływem 2-ch lat od wystąpienia cierpienia. W przypadkach niedomogi serca stosowano naparstnicę, w innych atropinę. Uzyskano wpływ dodatni na blok, natomiast trzepotanie jest odporne na wszelkie leczenie.

Antoni Wajngot.

REINERS. **Enterokokowe zapalenie wsierdzia.** (Klin. Woch. 1936, Nr. 30).

Według powszechnie przyjętych poglądów, enterokoki są stałymi mieszkańcami jelit zdrowego człowieka. Biologicznie i morfologicznie są bliskie paciorkowcom i na skutek różnych okoliczności mogą nabierać jadowitości, stając się przyczyną zapalnych cierpień jelit, otrzewnej, dróg moczowych i żółciowych, opon mózgowych, a nawet, co prawda bardzo rzadko, płuc, opłucnej i wsierdzia. Obraz enterokokowego zapalenia wsierdzia przebiega pod znakiem zapalenia nurtującego (*endocarditis lenta*), jednakże o pomyślnym przebiegu; niektórzy jednak klinicyści stwierdzali w przypadku zajęcia wsierdzia przez enterokoki ropne zawały, tak jak przy paciorkowcu zieleniającym, a przebieg choroby był piorunujący i zejście śmiertelne w krótkim czasie. W ostatnim czasie wyodrębniono serologicznie 2 typy enterokoków, A i B, przypisując temu podziałowi zasadnicze znaczenie dla rokowania i przebiegu enterokokowego zapalenia wsierdzia. Omawiając dotychczasowe piśmiennictwo, autor stwierdza, iż w chwili obecnej niema powodu do rozgraniczania enterokokowego zapalenia wsierdzia i zapalenia nurtującego Schottmüllera. W obu tych sprawach, obok przebiegu podostrego, kończącego się śmiercią w ciągu kilku do kilkunastu miesięcy, istnieją formy bardzo przewlekłe, o przebiegu łagodnym. Ze spostrzeżeń, w których wykonano dokładne badania bakteriologiczne, wydaje się płynąć wniosek, że typ A enterokoka daje postaci łagodne, typ B — złośliwe. Nie jest to jednak reguła, a wobec niezbyt wielkiej wogóle liczby spostrzeżeń wymaga potwierdzenia w dalszych obserwacjach.

Antoni Wajngot.

Sidney C. WERNER. **Gośćcowa choroba serca. Połączenie czynnego gościa z niedomogą serca.** (Arch. Intern. Med. 1936, t. 57, z. 1).

Nie jest całkowicie udowodnione, czy niedomoga serca w gośćcowej chorobie serca wywołana jest przez czynnik zakaźny, czy też przez czynnik mechaniczny. Lewis, White, Burwell skłaniają się do pierwszej ewentualności. Dla wyjaśnienia tej sprawy Werner zbadał 100 kolejnych przypadków niedomogi serca na tle gośćcowym w Szpitalu Presbiteriańskim w N. Jorku, 75 odpowiednich przypadków sekcyjnych oraz 50 przypadków niedomogi serca na tle kilowym. Te ostatnie służyły jako kontrola. Przypadki gośćcowe podzielono na przypadki z czynnym gościem (przy obecności 2 lub więcej z cech poniższych: zapalenie stawów, bóle stawów, guzeczki podskórne, powstanie szmeru sercowego w czasie obserwacji, wysięk opłucnowy gośćcowy, zapalenie płuc i osierdzia oraz niektóre wykwyty skórne), z nieczynnym oraz na „wydające się czynnymi” (kiedy brak było obiektywnych danych klinicznych w tym kierunku, jednakże choroba sprawiała wrażenie czynnej — np. przy obecności krótkotrwałego, przejściowego tarcia w okolicy serca). Średni wiek w przypadkach gośćcowych wynosił 31 lat, było tu więcej kobiet; w przypadkach kilowych — 46 lat, większość stanowili mężczyźni. U młodszych osobników gościec czynny był nieco częstszy. Wśród zdekompenzowanych chorych gośćcowych stwierdzono gościec czynny w 45% przypadków, nieczynny — w 34%; kombinowana grupa z czynnym i „wydającym się czynnym” gościem wynosiła 66%. Czynniki mechaniczne (przemęczenie, ciąża etc.), jako jedyne czynniki związane z niewyrównaniem, stwierdzono tylko w 8% przypadków. W 26% nie stwierdzono żadnego wyraźnego czynnika wywołującego. Odpowiednie liczby u chorych sekwencyjnych są takie same, jak w grupie poprzedniej, w 66% były zmiany makroskopowe i mikroskopowe, przemawiające za czynnością sprawy gośćcowej. Jako najczęstszy czynnik poza gościem, związany z niedomogą serca, znaleziono zakażenia górnych dróg oddechowych — w 45% przypadków. Jednakże podobny odsetek był również w przypadkach kilowej choroby serca (48%), gdzie poza tym stwierdzono czynnik mechaniczny

w 7%; w 45% żadnego czynnika dodatkowego nie znaleziono. W świetle tych badań rola czynnika zakaźnego w powstaniu niewyrównania wydaje się potwierdzona, przy czym zakażenia górnych dróg oddechowych być może mają tu działanie aktywujące sprawę gośćcową. Największą liczbę chorych z niedomogą serca na tle gośćcowym przyjmuje się do szpitali nowojorskich w okresach, kiedy nasilenie gościa w tym mieście osiąga szczyt — czego nie stwierdza się w odniesieniu do chorych z niedomogą serca na tle kilowym.

H. M a k o w e r (Łódź).

Frank HAWKING. Carditis rheumatica acuta latens, stwierdzona sekcyjnie. Częstość jej występowania. (Arch. Intern. Med. 1934, t. 54, z. 5).

W piśmiennictwie znane są tylko pojedyncze przypadki sekcyjne, w których stwierdzono zmiany gośćcowe w sercu u chorych, za życia nie cierpiących na choroby stawów i zmarłych spowodu innych chorób. Autor przeprowadził badania na materiale sekcyjnym Szpitala Presbiteriańskiego w Nowym Jorku w przeciągu ostatnich lat 5. Stwierdzono w tym czasie zmiany gośćcowe w sercu w 96 przypadkach, w 17 spośród nich śmierć nie zależała od przyczyn, będących w związku z zakażeniem gośćcowym, a w historii choroby nie stwierdzono czynnych spraw stawowych. Nie włączono do tej grupy przypadków z *endocarditis lenta* oraz z czystym zwężeniem ujścia lewego. U 10 chorych stwierdzono ciałka A s c h o f f a w mięśniu sercowym, u 7 — zmiany na zastawce dwudzielnej, histologicznie uznane za gośćcowe. Te 17 przypadków stanowią 1,2% wszystkich przeprowadzonych w swym czasie w szpitalu sekcyj. U 4 chorych na *myocarditis rheumatica* stwierdzono gruźlicę prosówkową. Wniosek autora: wydaje się, że oprócz chorych, umierających w Szpitalu Presbiteriańskim z rozpoznaniem gościa, istnieje 1,2% innych chorych, posiadających czynne schorzenie gośćcowe.

H. M a k o w e r (Łódź).

Choroby przemiany materii i gruczołów wewnętrznych.

BAUDOIN, LEWIN i AZERAD. Nadmierne dawki insuliny a hipoglikemia. (Presse Méd. 1936 Nr. 5).

Autorzy zauważyli, że objawy hipoglikemii po nadmiernych dawkach insuliny szybko przemijały, pomimo to, że poziom cukru we krwi jeszcze przez 3 godziny był obniżony w tym samym stopniu. Sądzą przeto, że objawy właściwe hipoglikemii nie zależą od niskiego poziomu cukru we krwi, lecz że idzie tu o zatrucie insuliną, które wywołuje zmiany w ośrodkowym układzie nerwowym, prawdopodobnie obrzęk. Efekt leczenia cukrowego dowodzi wprawdzie, że przemiana węglowodanowa tu ucierpiała, ale autorzy uważają, że uszkodzenie to jest wtórne.

S.

BOULIN. Leczenie zgorzeli cukrzyczej. (Presse Méd. 1936 Nr. 9).

Należy zabronić chodzić, odcukrzyć moczu, poziom cukru we krwi doprowadzić do normy, do czego niezbędne są duże dawki insuliny (20 jednostek co godzina aż do odcukrzenia). Leczenie zgorzeli wymaga ścisłej aseptyki, bez maści, suchych opatrunków i przyżegania 1% azotanem srebra. Jeżeli występują powikłania w postaci złego ziarninowania, nieznosnych bólów, zakażenia wtórnego lub przejścia sprawy na kości albo stawy — wtenczas amputacja jest nieunikniona.

S.

SERGERT i LAUNAY. Cortin w leczeniu choroby Addisona. (Presse Méd. 1936 Nr. 6).

Autorzy zwracają uwagę, że leczenie przetworem Cortin tylko wtenczas może liczyć na powodzenie, kiedy nadnercza nie są zupełnie albo przeważnie zniszczone przez sprawę gruczołową. Opisują przypadek, zakończony śmiercią, w którym na sekcji gruczoły te okazały się zmniejszone do *minimum*. Jednak i u tego chorego krzywa cukru i cholesteroliny w ciągu 9-miesięcznego leczenia cortinem szła w górę.

S.

Choroby skóry, weneryczne i płciowe.

BORISOWSKI. Rola prowokacji w leczeniu rzeżączki. (Sow. wiest. wenerol. i dermatol. Nr. 1. r. 1936).

Leczenie rzeżączki ma za zadanie dopomożenie siłom obronnym ustroju w zwalczaniu infekcji. Nieraz organizm sam, nawet bez leczenia, daje sobie radę z zarazkiem, o czym świadczą przypadki samoistnego wyleczenia u dorosłych oraz zanika nie rzeżączki u dziewczynek z chwilą osiągnięcia dojrzałości płciowej. Często zdarza się, zarówno w rzeżączce leczonej jak i nieleczonej, że organizm, nie mogąc w zupełności zwalczyć zarazków, unieszkodliwia je, zamykając je w ogniskach, głębiej położonych. Objawy choroby zanikają, zaś zamknięte bakterie z biegiem czasu, wskutek zwiększenia się sił odpornych ustroju, giną. Pogląd na przejściowe zmniejszenie się zjadliwości bakterij, znajdujących się w ogniskach zamkniętych, i stąd obawa nawrotu infekcji naskutek ponownego wzrostu zjadliwości zarazków należy uważać za przestarzały. Zjadliwość zarazków jest rzeczą drugorzędną, główne znaczenie przypada podłożu, na którym proces chorobowy się rozgrywa. Zwycięstwem podłoża jest właśnie ostarbianie, wpędzanie włąb, a tym samym neutralizowanie bakterij. Wychodząc z tego założenia, stosowanie prowokacji celem wykrycia ognisk utajonych jest nie tylko niecelowe, lecz wręcz szkodliwe. Roznieca ono nanowo infekcję, która nie wiadomo, jak prędko da się opanować, tembardziej, że wynik ujemny prowokacji nie daje pewności wyleczenia. Jedynie w przypadkach wątpliwych, w nietypowych postaciach rzeżączki dla celów diagnostycznych, podobnie jak tuberkulinę w gruźlicy, należy stosować prowokację. W myśl zasady *non nocere* prowokacja, jako odwracająca normalny przebieg walki organizmu z zarazkiem, winna być uważana za metodę zbytęcną, niecelową i szkodliwą.

E. W a j s b e r g.

CHASIN. O utajonej rzeżączce przedniej cewki. (Sow. wiest. wenerol. i dermatol. Nr. 1. r. 1936).

W ogólnej nauce o rzeżączce rozdział, traktujący o rzeżączce utajonej przedniej cewki, należy do najmłodszych: najmniej opracowanych. Jednakże zagadnienie to ma duże znaczenie praktyczne. Chodzi tu mianowicie o rzadką postać rzeżączki, w której chorzy, mając ciężkie objawy komplikacyj trypowych w postaci obrzmienia najądrzy, sterczu i t. p., nigdy nie mieli objawów zajęcia cewki przedniej i nie podejrzewali nawet, że są dotknięci tą chorobą. Pierwszy opisał tę postać L e b r e t o n w roku 1922. We wszystkich przypadkach, podanych przez niego jak i przez późniejszych autorów, rzeżączkowe pochodzenie zajęcia najądrzy, czy też sterczu było stwierdzane zarówno na zasadzie przebiegu klinicznego sprawy, jak i wyniku badań mikroskopowych. Powstanie tej postaci rzeżączki część badaczy z L e b r e t o n e m na czele tłumaczy istnieniem specjalnej odmiany gonokoków, mających powinowactwo jedynie do cewki tylnej i gruczołów płciowych. Odmiana ta albo wcale nie uszkadza, albo podrażnia minimalnie cewkę przednią. Inny pogląd reprezentuje autor niniejszego artykułu. Powołując się na zmienną zjadliwość zarazków chorobotwórczych wogóle, przypisuje też tę własność gonokokom. Nietypowe, mało zjadliwe odmiany dwoinek nie drażnią wcale lub bardzo nieznacznie cewkę przednią. Przedostając się do cewki tylnej, przy osłabieniu ustroju n. pr. wskutek nadużyc płoicznych lub alkoholu, nabierają właściwej gonokokom mocy, dając ciężkie powikłania.

E. W a j s b e r g.

H. KRUPP. Nowe drogi w leczeniu wyprysku. (Derm. Woch. 1935. Z. 9).

Przetwór smołowcowy Ekzemyl stosowany zapomocą rozpylacza okazał się bardzo skuteczny we wszystkich okresach wyprysku. Na skórze powstaje sucha pokrywa, czyniąca zbytęcnym opatrunkiem. Zwykle wystarcza rozpylanie raz dziennie, w przypadkach przewlekłych wskazane jest kilkakrotne powtarzanie rozpylania.

S.

Streszczenia pojedyncze.

Choroby zakaźne.

MARTELLA N. A. Przyczynek do leczenia tężca. (Gl. Incurabili Nr. 2, 1936 r.).

Autor stosował olbrzymie dawki surowicy przeciwężcowej (w jednym przypadku 120.000 j. w ciągu 24 godzin), poza-tem w celu przełamania zapory w obrębie ukrwienia mózgu po-dawano dożylnie urotropinę, wzgl. amfotropinę oraz dial. Ten ostatni i jako *sedativum-hypnoticum* (dożylnie i w dużych daw-kach, np. jeden chory otrzymał w ciągu 12-tu dni 26 amp., z czego połowę dożylnie). Z 7-miu chorych wyzdrowiało 5-ciu. W dwóch przypadkach, które skończyły się śmiercią, w jednym był b. krótki okres wylęgania, w drugim chodziło o przewlekłą sprawę płucną.

Fr. Sienicki.

K. CLAUBERG. Czy błonica jest zakażeniem posocz- niczym z wtórnym przenikaniem zarazka do migdałków? (Klin. Woch. 1936. Nr. 1).

Autor uświłował otrzymać u świnek morskich błonicę po- wierzchnową sromu i pochwy. Z liczby 24 zwierząt zaraziło się 21. U jednej świnki, zakażonej typem *intermedius* stwier- dzono prawdziwą błonicę pochwy z błonami włóknikowo- krwotocznymi, rozpadem nekrotycznym nabłonka, wybitnym obrzękiem tkanek okółopochwowych, obrzmieniem gruczołów chłonnych i krwawym zabarwieniem nadnerczy. U 7 zwie- rząt, zakażonych typem *intermedius*, *gravis* i *mitis*, stwierdzo- no zmiany zapalne wejścia do pochwy i zaczerwienienie ślu- zówki pochwy. Badanie mikrobiologiczne jam surowiczych krwi, narządów wewnętrznych i migdałków dało wynik ujem- ny. W ten sposób otrzymane wyniki przemawiają przeciwko teorii zakażenia ogólnego i wtórnej anginy w błonicy — przy- najmniej dla świnki morskiej.

S.

L. M. CHAN. Błonica ucha środkowego i nosicielstwo uszne błonicy. (Żurn. uszn. bol. 1935. Nr. 4).

Autor spostrzegał 5 przypadków błonicy ucha środko- wego, w ich liczbie 3 błonicy pierwotnej. Zdaniem autora na- leży w każdym przypadku ropnego zapalenia ucha środkowe- go, badać ropę bakteriologicznie, bo tylko w ten sposób moż- na uniknąć szerzenia się zakażenia. W razie znalezienia paciorkowca hemolizującego u osobników po przebytej płonicy lub pałeczki *Loefflera*, należy przypadki, kwalifikujące się do zabiegu chirurgicznego pomieszczać w oddziałach infekcyj- nych.

S.

GUNDEL, KELLER i SCHLUTER. O rozpoznaniu serolo- gicznym i leczeniu swoistym krztuśca. (Ztsch. f. Kinderheilk. 1935. Nr. 2).

Autorzy potwierdzają na materiale 142 przypadków swoje dawniejsze spostrzeżenia nad wartością rozpoznawczą odczynu odchylenia dopełniacza w krztuścu. Tylko u osesków odczyn ten nie jest pewny, gdyż tylko w 50% daje wynik do- datni. U dzieci dotkniętych ciężkimi powikłaniami i blizkami śmierci wynik jest ujemny. W innych przypadkach u dzieci powyżej roku już w końcu drugiego tygodnia lub na początku trzeciego wynik odczynu jest dodatni. Przy uodpornianiu dzieci świeżą szczepionką otrzymuje się także odczyn wiązania do- pełniacza. Otrzymanej przez autorów endotoksyny pałeczki krztuśca nie udało się zastosować ani w celach uodporniania czynnego, ani w celach rozpoznawczych.

S.

K. BINGOLD. Przeoczone przypadki choroby Heine- Medina. (Med. Kl. Nr. 29 — 1936 r.).

Autor występuje przeciwko opinii, jakoby się rzadko zdarzały przypadki zakażenia chorobą *Heine-Medina* a wśród kilku osób tej samej rodziny. Pozorna rzadkość tych za- każeń tłumaczy się tym, że wiele przypadków ma postać lekka, nietypową lub poronną. Postaci te zostają łatwo przeoczone,

stają się zaś często źródłem infekcji. Te nowe przypadki trak- towane są wtedy jako sporadyczne, i dopiero dokładnie prze- prowadzony wywiad pozwala często wykryć w otoczeniu wła- ściwe źródło zakażenia. Autor opisuje 5 tego rodzaju „spora- dycznych” przypadków. Okazało się, że nosicielami infekcji by- ly pozornie zdrowe dzieci, które uprzednio przechodziły lekkie niedomagania, jak niezbyt dróg oddechowych, bóle kończyn, osłabienie lub szybkie męczenie się przy ruchach lub chodzeniu. Dokładne badanie neurologiczne wykryło pozostałości choroby *H.-M.* w postaci braku lub osłabienia odruchów ścięgniowych, a nawet niedowład pewnych grup mięśniowych. Autor pod- kreśla wobec powyższego doniosłość szczegółowego wywiadu oraz konieczność przeprowadzenia badania neurologicznego wszystkich, nawet zdrowych, domowników. Umożliwia to wy- krycie niebezpiecznych dla otoczenia nosicieli zarazka choroby *Heine-Medina*.

A. Kirszbaur.

Choroby jamy ustnej, gardła, nosa i uszów.

A. MONTEIRO, V. B. FILHO i G. SAMPAIO. Bismut w leczeniu ostrej nieswoistej anginy. (Zeit. f. Hals. Nas. u. Ohr. t. 39, z. 1).

A. leczyli bismutem przeszło 1000 przypadków anginy. W 95% tych przypadków można było stwierdzić znacznie kró- tzy, niż zazwyczaj, czas trwania cierpienia. Bez wpływu na le- czenie bismutem pozostawały głównie te przypadki, w których w następstwie wytworzyły się ropnie przymigdałkowe. Jak wy- kazaly badania, liczba zarazków, które udaje się wyhodować z gardła po uprzednim zastrzyknięciu bismutu, jest niewielka. Udaje się wykazać na pożywkach jedynie gronkowce, natomiast paciorkowce giną. Również doświadczenia przeprowadzane *in vitro*, wykazały wpływ bakteriobójczy bismutu na paciorkowce, na gronkowce zaś bismut działania nie wywiera. W ra- zie rozpoznania ostrej anginy nieswoistej należy zastrzyknąć bismut. Po upływie jednej doby winien ujawnić się wpływ do- datni tego środka na samopoczucie chorego oraz na stan przed- miotowy miejscowy i ogólny. W razie przeciwnym należy my- śleć o anginie błonicznej lub też o tworzeniu się ropnia przy- migdałkowego.

J. Tenczer.

J. SCHUBEL. Tonsillektomia w okresie tworzenia się ropnia przymigdałkowego w cukrzycy. (Zeit. f. Hals. Nas. u. Ohr. t. 39, z. 4).

A., który pracuje w klinice prof. Lincka, jest bez- względnym zwolennikiem tonsillektomii w przypadkach ropnia przymigdałkowego. Według niego w razie rozpoznania ropnia przymigdałkowego nie należy nigdy dokonywać zwykłego na- ciecia ropnia, lecz należy zawsze wyłuszczyć migdałek, w ten sposób opróżnia się ropień i jednocześnie zapobiega się tworze- niu nowych ropni w przyszłości. Ogólny stan chorego nie sta- nowi przeciwwskazania do tej operacji. A. cytuje przypadek ropnia okolomigdałkowego u chorej cukrzycowej, dostarczonej do kliniki w okresie przedśpiączkowym. Dokonano u chorej tonsillektomii. Chora zniosła zabieg dobrze, rana pooperacyjna goiła się prawidłowo. Pod wpływem leczenia insuliną ogólny stan chorej również się poprawił.

J. Tenczer.

E. LÜSCHER i S. S. ROTMANN. Obrazy typowe błony bębenkowej w gruźlicy ucha środkowego, oglądane przy pomocy mikroskopu usznego. (Zeit. f. Hals., Nas. u. Ohr., t. 39, z. 1).

Oglądając błonę bębenkową gołym okiem lub też przez słabą lupę w początkowych okresach gruźlicy ucha, stwierdza się obrazy otoskopowe, mało różniące się od tych, które widzi- my w zwykłych zapaleniach ucha środkowego. Korzystając na- tomiast z mikroskopu usznego, powiększające 10-o a nawet 60-krotnie, stwierdzamy zupełnie odmienne obrazy. A. oglądali błony bębenkowe przy pomocy mikroskopu usznego w 50 przy-

padkach gruźlicy ucha środkowego. Wśród obrazów znamienych dla gruźlicy ucha dadzą się odróżnić 2 rodzaje. W jednym z nich stwierdza się na miernie przekrwionej błonie bębenkowej rozrzucone guzki, które ulegają wygojeniu bez śladu. Prawdopodobnie są one pochodzenia tuberkulotoksycznego. W drugim rodzaju stwierdza się rozrzucone ogniska przekrwienia, dość ostro odgraniczone. Ogniska te, które są naciekami gruźliczymi, ulegają albo zserowaceniowi co prowadzi do licznych przedziurawień błony bębenkowej, albo też ulegają wygojeniu pozostawiając po sobie grube blizny. Obrazy te są b. charakterystyczne dla rozpoznania wczesnej gruźlicy ucha środkowego, jednakże ustalenie ich jest możliwe jedynie przy pomocy mikroskopu usznego. J. Tencer.

S. UNTERBERGER. Usunięcie wierzchołka kości skalistej na drodze operacyjnej. (Zeit. f. Hals., Nas. u. Ohr., t. 39, z. 4).

W przypadkach zapalenia ropnego wierzchołka kości skalistej nie udaje się zazwyczaj na drodze zwykłych metod operacyjnych dotrzeć do ogniska chorobowego. Droga operacyjna poprzez błędnik od tylnej jamy czaszkowej, która stanowi rozszerzenie operacji Neumaana w zapaleniu błędnika, posiada b. wiele stron ujemnych. Podczas tej operacji łatwo następuje odlamanie całkowite kości skalistej; wskutek dławienia w niewygodnych warunkach topograficznych łatwo o skałeczenie opon mózgowych; prawie zawsze n. twarzowy zostaje porażony; często również wchodzi się w kolizję z opuszką ż. jarzmowej; otworzenie przewodu słuchowego wewnętrznego oraz usunięcie wierzchołka piramidy jest na tej drodze szczególnie trudne ze względu na twardość i grubość kości w tej okolicy. A. podaje nową metodę operacyjną dotarcia do wierzchołka kości skalistej. Operację tę przeprowadził 3-krotnie na chorych w przypadkach ropnego zapalenia opon mózgowych pochodzenia usznego. Jakkolwiek żaden z tych przypadków nie skończył się pomyślnie, to jednak a. spodziewa się od tej metody operacyjnej b. wiele, o ile będzie ona dokonywana w przypadkach, w których zapalenie opon mózgowych, powstałe wskutek zajęcia wierzchołka kości skalistej, znajduje się w okresie początkowym. A. dochodzi do wierzchołka piramidy od strony środkowej jamy czaszkowej, usuwając górne części bloku błędnikowego ponad n. twarzowym. Wewnętrzny przewód słuchowy zostaje otwarty również od góry. W ten sposób staje się możliwe dotarcie do wierzchołka piramidy i dokładne usunięcie wszystkich schorzałych odcinków kości. Operacja ta nie jest trudna pod względem technicznym. J. Tencer.

H. ESCHWEILER. O leczeniu zapaleń błędnika. (Zeit. f. Hals., Nas. u. Ohr., t. 39, z. 4).

Rozpoznanie ropnego zapalenia błędnika nie powinno stanowić wskazania do labiryntotomii, gdyż klinicznie trudno z całą pewnością odgraniczyć zapalenia błędnika surowicze od ropnych. W celach praktycznych lepszy jest podział zapaleń błędnika na zamknięte (niepowikłane) i otwarte (z powikłaniami wewnątrz-czaszkowymi a zwłaszcza zapaleniem opon mózgowych). Labiryntotomię należy wykonywać wyłącznie w zapaleniach błędnika otwartych. Jednakże stwierdzenie pleocytozy w płynie w pierwszym okresie zapalenia błędnika nie jest samo przez się wskazaniem do operacji o ile stan ogólny chorego jest dobry. „Wczesne zapalenia opon mózgowych” mają skłonność do cofania się, labiryntotomia natomiast może nawet w tych razach zaszkodzić, wystarcza dokonanie operacji odciażającej na wyrostku sutkowym, która w każdym bądź razie nigdy nie przyczynia się do przejścia sprawy zapalnej z błędnika na opony mózgowe. A. przytacza historię choroby 16 przypadków zapaleń błędnika, które dzieli na grupy. Szczególną uwagę zwraca na zapalenia błędnika, występujące w następstwie podostrych spraw zapalnych ucha środkowego. W tych przypadkach często powstają głębokie ogniska ropne w

kości skalistej, które mogą się przebiegać do przewodów półkulistych, ślimaka i wewnętrznego przewodu słuchowego. Rozpoznanie tych głębokich ognisk chorobowych nie jest łatwe. Należy o nich myśleć przy jednostronnych silnych bólach głowy, zwłaszcza jeśli one trwają pomimo dokonanego wydłutowania wyrostka sutkowego i o ile stwierdza się obfite ropienie z okolicy jamy sutkowej lub bębenkowej. Ustalenie tego rozpoznania jest jednakże b. ważne, gdyż ropnie niezbyt głęboko położone na tylnej powierzchni piramidy dają się usunąć bez naruszenia błędnika. Zdjęcia rentgenowskie mogą niekiedy wyjaśnić istotę sprawy. J. Tencer.

A. ILJISCH. Leczenie gruźlicy języka zapomocą zamrażania śniegiem kwasu węglowego. (Wien. kl. Woch. 1936. Str. 687—688).

W tkance zdrowej wywołuje zamrażanie śniegiem kwasu węglowego uszkodzenia koloidowochemiczne, osmotyczne i niedokrewnościowe. W przeciwieństwie do tego w tkance chorej, specjalnie gruźliczej stwierdza się zdrowe ziarninowanie i zabiżnienie owrzodzeń. Autor leczył w ten sposób 7 przypadków gruźlicy języka i 2 przypadki gruźlicy wargi oraz policzka — wszystkie z wynikiem dodatnim. Czas ekspozycji wahał się, zależnie od głębokości sprawy chorobowej, od 1½ do 5, w rzadkich przypadkach do 12 minut. Liczba seansów wynosiła zwykle 5—6 w paузach 8—15 dniowych. Silniejszego odczynu nie stwierdzano. Po zastosowaniu śniegu kwasu węglowego powstaje delikatny nalot włóknikowy, który po kilku dniach ustępuje miejsca zdrowej ziarninie i bliźnie. Nawroty w miejscach leczonych nie były spostrzegane, godzi się jednak zauważyć, że czas obserwacji nie przekracza kilku miesięcy, w 1 przypadku po upływie 2 miesięcy powstały owrzodzenia w nowych miejscach. Wogóle uważa autor śnieg kwasu węglowego za doskonały, łagodny i łatwo dający się stosować środek przeciwko gruźlicy błon śluzowych. S.

Choroby krwi i narządów krwiotwórczych.

G. SACK. O tamującym krew działaniu pektyny szczególnie w krwawiącej. (Kl. Woch. 1935. Nr. 43).

Autor opisuje godne uwagi działanie Sango-Stopu w rozmaitych krwotokach (żołądkowych, kiszkowych, płucnych, a nawet krwawiących). Działanie tamujące krew Sango-Stop zawdzięcza zawartej w nim pektynie, która też znajduje się obficie w owocach, zwłaszcza w jabłkach. Sango-Stop stosuje się w postaci 1,5% roztworu do zastrzykiwań podskórnych, domięśniowych i dożylnych oraz w roztworze 5% per os. Zależnie od stopnia krwotoku zastrzykuje się 1—4 ampulek. Po ustaniu krwawienia należy jeszcze przez pewien czas dawać lek doustnie, aby podtrzymać wzmożoną krzepliwość krwi. — Pektynie też zapewne zawdzięcza swoje działanie dżeta jabłkowa w rozwołnieniach. S.

R. GRÉGOIRE. Zakrzepy a wycięcie śledziony. (Sang. 1935. Nr. 8).

Autor usiłuje wykazać, że zakrzepy, powstające często po wyluszczeniu śledziony, nie są następstwem operacji, lecz choroby, która ją spowodowała. Do chwili obecnej nie ogłoszono ani jednego przypadku zakrzepu po splenektomii, wykonanej z powodu żółtaczki hemolitycznej. Z 13 przypadków śmierci po wycięciu śledziony z powodu żółtaczki hemolitycznej ani jeden nie był następstwem zakrzepu. Tymczasem w przewlekłej splenomegalii znajdujemy zawsze zmiany w ścianach naczyń należących do układu v. portae. Wycięcie śledziony wywołuje zmiany we krwi (w krążkach czerwonych i białych, w płytkach i częściach składowych osocza), uspaśbiające do wytworzenia skrzepu. Same przez się zmiany te nie mogą wywołać zakrzepu, ale w związku z powstałymi już zmianami w ścianach naczyń stają się przyczyną wytworzenia się zakrzepu. Z liczby 31 przypadków splenektomii 16 zakończyło

się śmiercią, a z nich 8 było wywołanych zakrzepem naczyń układu żyły wrotnej. Stąd wniosek, że zmiany w ścianach tych naczyń w przypadkach przewlekłej splenomegalii są przeciwwskazaniem do operacji. S.

SCHEMENSKY. W sprawie patologii niedokrwistości złośliwej. Działanie lecznicze proszka wysuszonych grubych kiszek świńskich w niedokrwistości złośliwej i ciężkich postaciach zapalenia okrężnicy. (Ztschr. klin. Med. 1935. Str. 428—434).

Autor stosował w niedokrwistości złośliwej proszek z wysuszonych grubych kiszek świni w ilości 1—2 łyżeczek od herbaty 3—5 razy dziennie. Proszek ten okazał się niemniej skuteczny, niż wątroba lub żołądek świński. Stosowanie tego samego proszku we wrzodziejących zapaleniach okrężnicy, którym towarzyszy także ciężka anemia, wywarło działanie nader pomyślne: poprawa stanu ogólnego i składu krwi wpływa dodatnio na gojenie się owrzodzeń kiszkowych. S.

Choroby przemiany materii i gruczołów wewnątrzwydzielniczych.

R. G. SPRAGUE, B. B. BLUM, A. E. OSTERBERG, E. J. KEPLER, R. M. WILDER. Obserwacje kliniczne nad działaniem protaminum insulinatum. (Journ. of the Am. Med. Assoc. T. 106, N. 20, 1936).

H a g e d o r n i jego współpracownicy stwierdzili, że insulina w połączeniu ze składnikami monoprotaminowymi źle rozpuszcza się w płynach tkankowych, przez co pozwala uniknąć gwałtownych wahań glikemii, stanowiących częste powikłania w przebiegu ciężkiej cukrzycy; pozbawia na zastosowanie jednorazowo dużej dawki insuliny. Niedogodnością insuliny protaminowej jest nietrwałość roztworu, dlatego też protaminy należy dodawać do każdej buteleczki insuliny przed jej użyciem; roztwór taki może być używany jedynie w ciągu paru dni. Autorzy leczyli 20 chorych cukrzycowych insuliną protaminową; 10 chorych cierpiało na ciężką cukrzycę. Wyniki otrzymane są b. zachęcające; okazało się np., że 65 jednostek insuliny protaminowej, wstrzykniętej jednorazowo, wywiera taki skutek, jak taka sama dawka insuliny zwykłej, rozdzielonej na cztery porcje. Autorzy zwracają uwagę na fakt, że stany hipoglikemiczne są rzadsze; należy jednak dokładnie obserwować chorego, gdyż stany hipoglikemiczne po insulinie protaminowej rozwijają się podstępnie i trwają znacznie dłużej, niż po zwykłej insulinie. Poza to wstrząs hipoglikemiczny może wystąpić b. późno, np. w nocy po rannej jednorazowej dużej dawce insuliny protaminowej. Leczenie insuliną protaminową jest b. skuteczne, ale powinno być przeprowadzane w szpitalach pod stałą kontrolą dziennej krzywej glikemii. W przypadkach cukrzycy, gdzie chodzi o szybki efekt leczniczy, np. kwasica, stan przedśpiączkowy, śpiączka, należy stosować insulinę zwykłą.

Jakób Penson.

A. B. GUTMAN, T. L. TYSON, E. B. GUTMAN. Zawartość wapnia, fosforu nieorganicznego i fosfatasy we krwi w przebiegu nadczynności przytarczyc, choroby Pageta, szpiczaka mnogiego i nowotworów kości. (Arch. of Int. Med. T. 52, N. 2, 1936).

Autorzy odróżniają pierwotną nadczynność przytarczyc od wtórnej. W przebiegu pierwotnej nadczynności t. zn. w chorobie R e c k l i n g h a u s e n a stwierdza się nadmiar wapnia i wzrost fosfatasy we krwi obok obniżenia poziomu fosforu we krwi. Wtórna nadczynność przytarczyc obserwuje się w przebiegu krzywicy, rozmiękczenia kości, choroby P a g e t a, szpiczaka mnogiego, przy przerzutach nowotworowych do szpiku kostnego, przy bazofilizmie przysadkowym oraz w przebiegu przewlekłego zapalenia nerek i niektórych przy-

padków kamicy nerkowej. Wszystkie wymienione schorzenia wywołują wyrównawczy przerost gruczołów przytarczycy. W przebiegu choroby P a g e t a autorzy zawsze stwierdzali normalny poziom wapnia i fosforu we krwi pomimo rozległych zmian szkieletowych; zdaniem autorów, fakt ten przemawia przeciwko pogładowi niektórych autorów, że choroba P a g e t a stanowi jedynie pewien etap w przebiegu choroby R e c k l i n g h a u s e n a. Fosfataza we krwi zawsze wykazuje wzmogoną aktywność w chorobie P a g e t a; im większe zmiany w kości, tem więcej fosfatasy we krwi. W przebiegu szpiczaka mnogiego dość często stwierdza się wzrost poziomu wapnia we krwi; hiperkalcemia ta jest jednak niestala; zawartość fosforu i fosfatasy nie odbiega od normy. Autorzy badali 39 przypadków przerzutów nowotworowych do szpiku i 6 przypadków pierwotnych mięsaków kości. W 10 przypadkach stwierdzili nadmiar wapnia we krwi; niema przytem równoległości między rozległością przerzutów i poziomem wapnia we krwi. Zawartość fosforu zawsze w granicach normy. Natomiast fosfataza we krwi wykazuje b. duże wahania; w niektórych przypadkach fosfataza nie przekraczała normy; w 26 przypadkach wykazała b. duży wzrost. Należy podkreślić, że nadmiar fosfatasy może zależeć nie tylko od przerzutów w szpiku lecz i od przerzutów nowotworowych do wątroby, zwłaszcza przebiegających z żółtaczką.

Jakób Penson.

A. P. RAAB, M. A. RABINOWITZ. Hiperglikemia i cukromocz w przebiegu zawału mięśnia sercowego. (Journ. of the Am. Med. Assoc. T. 106, N. 20, 1936).

Oddawna wiadomo, że cierpienie naczyń wieńcowych b. często występuje u chorych na cukrzycę; J o s l i n sądzi, że cukrzyca jest sprawą pierwotną, a miażdżycę naczyń wieńcowych — występuje wtórnie; przemawia za tym dość często obserwowana rozległa miażdżycę naczyń krwionośnych u młodych osób z ciężką cukrzycą. W ciągu ostatnich lat spostrzeżono, że zawałowi mięśnia sercowego często towarzyszy hiperglikemia i cukromocz. Pochodzenie tego zjawiska jest dotąd niewytłumaczone. L e v i n e sądzi, że tylko ostry okres zawału przebiega z hiperglikemią; hiperglikemia ma powstawać wskutek wstrząsu, połączonego z silnym bólem. Pogląd ten jednak nie mógł się ostać, od czasu, kiedy S c h e r f opisał szereg niewątpliwych przypadków zawału mięśnia sercowego z hiperglikemią, które przebiegały bez bólu; S c h e r f sądzi, że hiperglikemia powstaje spowodu daleko posuniętych zmian miażdżycowych tętnic trzustkowych; nagły spadek ciśnienia krwi, towarzyszący zawałowi mięśnia sercowego, obok zmian miażdżycowych tętnic trzustki, powoduje zaburzenie odżywiania tkanki trzustkowej, co prowadzi do hiperglikemii. Inni autorzy (G o t t s e g e n, E d e l m a n) wyrażają pogląd, że hiperglikemia w przebiegu zawału serca występuje u chorych z ukrytą cukrzycą. Autorzy przeprowadzali krzywe glikemii po obciążeniu glukozą w 21 przypadkach niewątpliwie rozpoznanego zawału serca; chorzy ci nigdy przedtem nie chorowali na cukrzycę. Okazało się, że po przebytym zawał krzywa glikemii po obciążeniu glukozą przebiega patologicznie, a mianowicie wykazuje podobieństwo do krzywych, obserwowanych w przebiegu cukrzycy. Natomiast obciążenie glukozą u tych samych chorych, wykonane po dłuższym czasie od ustąpienia ostrych objawów zawału, nie wykazuje przeważnie odchyłań od normy. Przemawia to przeciwko istnieniu utajonej cukrzycy. Autorzy sądzą, że mechanizm powstawania hiperglikemii i cukromoczu jest przemijający i zależy od zaburzeń ośrodków wegetatywnych regulujących przemianę węglowodanów; za tego rodzaju poglądem przemawiają dane autopsyjne; stwierdzono mianowicie u osób zmarłych w ostrym okresie zawału mięśnia sercowego obrzęk mózgu i rdzenia przedłużonego.

Jakób Penson.

Choroby kobiet i położnictwo.

CURSCHMANN Hans. **O rzadkich stanach kurczowych w ciąży.** (Die medizinische Welt 46. 8—12. 1935).

Dyrektor kliniki wewnętrznej w Rostoku kreśli te poszczególne napady kurczów, które rzadziej lub wyjątkowo rzadko obserwuje się w okresie ciąży, wyliczając znane drgawki w *eclampsia gravidarum*, dokładnie opisane ostatnio przez V o l h a r d a. Pierwsze miejsce zajmuje tężyczka, która jako toksykoza częściej obserwować się daje w położu, niż w ciąży. Jest ona chorobą poważną i przejawia się jak zwykła tężyczka epidemiczna między styczniem a kwietniem. Różni się od kurczów eklamptycznych tym, że nie towarzyszy jej hipertonia naczyniowa, lecz hipokalcemia, *spasmus carpopedalis*, objawy T r o u s s e a u, E r b a, C h w o s t k a i H o f f m a n n a, słowem objawy wzmożonej pobudliwości ruchowej, czuciowej, mechanicznej i elektrycznej. Rzadziej się widzi w ciąży *epilepsia - tetania*, ustępująca nie tyle pod wpływem bromu, ile zastrzykiwań dożylnych wapnia. Cięższa jest p l a s a w i c a ciężarnych, czasem wskutek wyczerpania mięśni, a zwłaszcza serca, kończąca się śmiertelnie. Młodsze kobiety i pierwiastki częściej zapadają na nią. Około 20—30% kobiet i około 36—40% dzieci i płodów umiera. Co się tyczy p a d a c z k i s a m o i s t n e j, to ciąża raczej korzystnie wpływa na częstotliwość napadów. Ciekawa jest tu postać, którą C u r s c h m a n n obserwował jako występującą wyłącznie w ciąży i znikającą po niej, a przypominającą typowego połowiczego J a c k s o n a korowego z jednostronnymi drgawkami i ponapadowym bezwładem. Tłumaczy je autor prawdopodobnym urazowym ogniskiem niemej okolicy mózgu, które jedynie pod wpływem toksyn ciążowych ulega podrażnieniu powyżej zwykłego progu gotowości drgawkowej. Najrzadziej widuje się w ciąży o g n i s k o w e k u r c z e m i i ś n i p o d u d z i a. Chora, którą opisuje autor, cierpiała na nie w 3-ch ciążach od 2—3 miesiąca do położu. Bolesność wybitna zmusiła raz do przerwania ciąży. Postać ta przypomina Crampusneurose W e r n i c k e g o, niezależną od hysterii, prędzej od przewlekłej dny mięśniowej. Nie bez słuszości autor podkreśla, że wybitny i doświadczony ginekolog kliniki akuszerskiej przyznał się, że nigdy tego obrazu kurczowego w praktyce nie spotykał. H. Higier.

O. WALLIS. **Poród u starszych pierworódek.** (Ztschr. Geburtsh. u. Gyn. 1935. Str. 149—166).

Materiał autora obejmuje 875 porodów pierworódek, z których 25% przypada na porody u kobiet 30—40 letnich. Rozstrzygające znaczenie dla rokowania ma nie wiek rodzących, lecz przyczyny dotychczasowej bezdzietności. Gdzie, pomimo długiego stanu małżeńskiego późna ciąża jest następstwem konstytucyjnej mało wartościowości organizmu, należy spodziewać się porodu ciężkiego i powikłanego. Naodwrot u tych starszych pierworódek, które są naogół normalne, ale późno wyszły zamaż i późno zaszyły w ciążę, poród nie o wiele jest niebezpieczniejszy, niż u kobiet młodych. Statystyka autora wykazuje, że w obu grupach wyniki mogą być bardzo dobre: 16,3% porodów kleszczowych i 2 przypadki śmierci, niezależnej od porodu (rzucawka i stan grasiczo-limfatyczny), jeżeli z jednej strony trzymać się ściśle postępowania zachowawczego a z drugiej, w razie konieczności, uciekać się do interwencji czynnej i cięcia cesarskiego, rozszerzenie nieustępliwych ust macicznych, cięcie pochwy i krocza. Kleszczy na główkę, wysoko ustawioną, nie nakładano. Porody u starszych pierworódek powinny odbywać się tylko w zakładach położniczych. S.

CH. W. DUNN. **Powrót miesiączki po leczeniu hormonalnym.** (Am. J. Obst. Gyn. 1935. Str. 186—191).

Opis 5 przypadków braku miesiączki od 3 miesięcy do 9 lat. Miesiączka zjawiała się nanowo po zastosowaniu progionu B, w dawkach od 10.000 do 90.000 jednostek mysich w pau-

zach jedno- do trzydniowych. Działania toksycznego nie stwierdzono nawet po użyciu 1.126.000 jednostek w ciągu 128 dni. W niektórych przypadkach jednocześnie stosowano wyciąg z przedniego płata szyszynki w ilości 1—2 ctm³. Miesiączka powracała nawet w przypadkach zanikowego stanu jajników i macicy. Proginon wywoływał zmiany przerostowe w macicy i gruczołach piersiowych. Stwierdzało się dobroczynny wpływ w przypadkach migreny i melancholii w związku z niedostateczną czynnością jajników. S.

Choroby skóry, weneryczne i płciowe.

A. PILLOKAL. **Niezwykły przypadek tocznia uogólnionego, zarazem przyczyną do leczenia tocznia i innych chorób skórnych Aurodetoxinem.** (Derm. Woch. 1936. 7.)

Przypadek odznaczał się nietypowym przebiegiem i wielką rozległością. Po zastosowaniu 6 gr. aurodetoxinu w dawkach po 0,1—0,2 w odstępach 3—4-dniowych nastąpiła wybitna poprawa stanu skóry i ogólnego. Ten dodatni wynik zachęcił autora do stosowania aurodetoxinu w innych tej samej natury przypadkach — wynik był i tutaj pomyślny. Dawki ważyły się pomiędzy 3,5 a 19 gr. W pęcherzycy (*pemphigus vulg.*), w tuberkulidach nekrotycznych, w jednym przypadku limfogranulomatozy pachwinowej i w jednym przypadku ropowicy ogniskowej otrzymał autor również dobre wyniki. We wszystkich przypadkach lek był znoszony dobrze. S.

HOHORST i GASSMAN. **Leczenie rzeżączki u dzieci preparatami follikuliny.** (Dermat. Woch. T. 102 z. 1).

Po pomyślnym leczeniu *Vulvovaginitis gonor.* preparatami jajnikowymi autorzy zastosowali je także w leczeniu zwykłej rzeżączki u dzieci. Próby Leszlo v. D o r s z a y pokazały, że stosowanie follikuliny prowadziło do zmian pochwy, które polegały na 1) znacznym powiększeniu komórek nabłonka pochwy, 2) odczynu pochwy ze słabo-kwaśnego na mocno-kwaśny, 3) znacznym wzroście paleczek D ö d e r l e i n a, wśród których gonokoki nie mnożą się i giną. Obawy wywołania przez podawanie dużych dawek follikuliny objawów *pubertas praecox* u dziecka — okazały się nieuzasadnione. Autorzy podawali doustnie i śródmięśniowo follikulinę-Menformon przy jednoczesnym miejscowym leczeniu preparatami srebra. W 5 opisanych przypadkach gonokoki zniknęły ze sromu po 14 dniach, a z cewki i odbytnicy dopiero po podawaniu większych dawek. W następnych 5 przypadkach autorzy podawali 10.000 jednostek śródmięśniowo jednorazowo, a następnie małe dawki *per os*. Autorzy doszli do przekonania, że to leczenie, jako uzupełnienie miejscowego leczenia, przyczynia się do znacznego skrócenia czasu leczenia rzeżączki u dziecka. Uboczne działanie dużych dawek follikuliny daje się opanować odpowiednim zmniejszeniem dawek, w każdym bądź razie nie zauważono u dzieci ani zmian organicznych, ani psychicznych. Na zasadzie swoich spostrzeżeń autorzy proponują dla leczenia rzeżączki u dzieci: 1) miejscowe leczenie, 2) pierwszego dnia dać 10.000 j. Menformonu domięśniowo. Następne dni aż do zniknięcia gonokoków w wycieku 4 razy dziennie po 1.000 j. *per os*, 3) pod koniec leczenia od 2 do 3 tygodni 3 razy dz. po 1.000 j. bez miejscowego leczenia. G i n s b u r g o w a.

Fritz LANDT. **O miejscowych wstrzykiwaniach Compligonu w rzeżączkowym zapaleniu gruczołu krokowego i gruczołu Bartoliniego.** (Derm. Woch. T. 102 Nr. 6).

Autor stosuje Compligon (szczepionkę gonokokową) w chronicznych zapaleniach gruczołu krokowego na tle rzeżączkowym, gdy wszystkie inne metody lecznicze zawodzą. Długą igłą wkłuwają on przez kroczko do gruczołu krokowego i wstrzykuje 0,5 do 1 cm. sz. leku. Równocześnie stosuje dia-termię i przeplukiwania metodą J a n e t a. Wyniki osiąga doskonale. W zapaleniach gruczołu Bartoliniego wstrzykuje Compligon w tkankę okołogruczową i w miąższ gruczołu. C a j l i n g o l d.

Streszczenia pojedyncze.

Patologia kliniczna i doświadczalna.

Max WISHNOFSKY, Arthur P. KANE, Edmund L. SHLE-SIN i Charles S. BYRON. **Wpływ dinitrofenolu na przemianę wodoru węgla.** (Arch. Intern. Med. 1935, t. 56, z. 2).

Nadczynność tarczycy zmniejsza tolerancję na wodany węgiel, ew. zwiększa poziom cukru gronowego we krwi na czczo u diabełyków. Podobnie działa hipersuprarenalizm. Dla zbadania, jaką rolę odgrywa w tym zwiększone utlenienie w tkankach, autorzy przeprowadzili dokładne badania nad wpływem dinitrofenolu na gospodarkę wodoru węgla u osobników normalnych i u diabełyków. Okazało się, że tolerancja i poziom cukru na czczo u ludzi zdrowych pod wpływem dinitrofenolu ulega pogorszeniu (dlatego — nie wiadomo dokładnie), natomiast w cukrzycy wpływu tego nie stwierdza się. Wobec tego ujemny wpływ nadczynności tarczycy, nadnerczy, spraw gorączkowych w cukrzycy przypisać należy nie powiększeniu przez nich ogólnej przemiany materii, a jakimś innym czynnikom. H. M a k o w e r (Łódź).

David HURWITZ i Levis T. BULLOCK. **U chorych na zatrucie ciążowe nie można stwierdzić ciła pressorycznych i antydiuretycznych.** (Amer. Journ. Med. Sciences, 1935, t. 189, z. 5).

Anselmino i Hoffman donieśli w r. 1931 o wykryciu przez nich we krwi ciążarnych z nefropatią i rzucawką ciła wzmagających ciśnienie krwi i obniżających ilość wydzielanego moczu, zbliżonych pod względem chemicznym i farmakologicznym do pituitryny. Hurwitz i Bullock powtórzyli te doświadczenia, pobierając do badań po 100 cm³ krwi u 11 ciążarnych i 13 chorych z nadciśnieniem poza okresem ciąży. W żadnym przypadku nie uzyskano z ultrafiltratami osłucha efektu antydiuretycznego, podczas gdy 0,001 cm³ pitressyny działało pod tym względem bardzo wyraźnie. Tak samo i na ciśnienie krwi przesącze nie miały żadnego działania. Jest to zgodne z wynikami Byroma i Wilsona, w międzyczasie ogłoszonymi. H. M a k o w e r (Łódź).

Richard M. Mc KEAN, Gordon B. MYERS i Elmore C. Von der HEIDE. **Uwalnianie krwi od cukru gronowego określone w krótkich przerwach.** (Amer. Journ. Med. Sciences, 1935, t. 189, z. 5).

Od r. 1913 opisano 23 metody badania tolerancji na cukier gronowy, które nie są pozbawione błędów. Autorzy podają własną metodę, której celem jest określenie szybkości, z jaką podana dożylnie glukoza znika ze krwi. W ciągu 1½ minuty wstrzykuje się do żyły łokciowej tyle 50% roztworu cukru gronowego, ażeby przypadła 0,2 glukozy na kg wagi; poprzednio jeszcze pobiera się z tejże żyły krew dla badania na poziom cukru gronowego na czczo. 3, 4, 5, 10 i 15 min. po zakończeniu wstrzykiwania cukru gronowego pobiera się z drugiej ręki krew do badania na cukier. W ten sposób wprowadza się cukier do krwi w sposób jednostajny, całe badanie jest zakończone w niepełną 20 minut, używa się niewielkiej ilości glukozy. Zbadano 65 ludzi zdrowych i 113 diabełyków. Najważniejsza jest wysokość szczytu i poziom po 15 minutach. Szczyt u 62 zdrowych wynosił 175 mg % lub mniej, poziom 15-minutowy u 61 — 125 mg % lub mniej. Tylko u 2 diabełyków — z bardzo łagodną cukrzycą był szczyt mniejszy od 175 mg %, u wszystkich zaś po 15 min. było przeszło 125 mg %. W niewyrównaniu krążenia, nadciśnieniu, zapaleniu woreczka żółciowego, wrzodzie żołądka, raku i chronicznym zapaleniu mózgu uzyskano krzywe, podobne do diabełycznych. W ten sposób krzywa normalna przemawia bardzo mocno przeciwko cukrzycy, natomiast krzywa nienormalna może zdarzyć się poza cukrzycą również i w innych sprawach chorobowych.

H. M a k o w e r (Łódź).

Philip SOLOMON i Charles D. ARING. **Przyczyny śpiączki chorych śpiączkowych, przybywających do szpitala powszechnego.** (Amer. Journ. Med. Sciences, 1934, t. 188, z. 6).

Z 37.438 chorych, którzy w r. 1933 przybyli do Bostońskiego Szpitala Miejskiego, 1.167 — czyli 3% — przybyło w stanie śpiączkowym. W 68% przypadków chorzy przybywali do szpitala bez wywiadów. W dużym materiale Solomon i Aring na pierwszy plan wybija się alkohol jako przyczyna śpiączki (690 przypadków, 59,1% wszystkich przypadków śpiączki). Śmiertelność w tej grupie wynosi 2%. Wielu pijaków miało prócz tego rany. W stanie śpiączkowym przewieziono do szpitala 1/3 wszystkich alkoholików. Urazy stanowią 13% przypadków śpiączki, najczęstsze są urazy głowy, wśród których stwierdzono dużą liczbę krwotoków podłub zewnątrzoponowych. 10,1% stanowią cierpienia naczyń mózgowych, śmiertelność w tej grupie stanowi 77,1%. Po grupie alkoholowej i urazowej jest to najważniejsza grupa (po wyłączeniu przypadków alkoholowych stanowi ona 1/4 część przypadków śpiączki). Najczęstszą sprawą tu jest krwotok mózgowy. Inne przyczyny śpiączki występują znacznie rzadziej. Otrucie stanowi 2,8% (z 33 przypadków — 16 przez preparaty barbiturowe, 12 — przez CO), padaczka 2,4%, cukrzyca 1,7% (śmiertelność 55%), zapalenie opon mózgowych 1,7% (a więc częstość taka sama, jak śpiączki cukrzycowej), zapalenie płuc również 1,7% (3 razy częstsza przyczyna śpiączki niż mocznica, śmiertelność 90%), niewyrównanie krążenia 1,4% (śmiertelność 70,6%; i ta przyczyna śpiączki — obok pneumonicznej — jest mało znana), wykrwawienie 0,9% (śmiertelność 100%), kiła ośrodkowego układu nerwowego 0,6%, mocznica 0,6% (100% śmiertelności; znacznie więcej przypadków śpiączki mocznicowej powstawało u chorych w czasie pobytu w szpitalu), rzucawka 0,6% (śmiertelność 42,8%) i 3,2% różnych innych przyczyn.

H. M a k o w e r (Łódź).

Nowotwory.

JACOBS. **Wyniki leczenia nowotworów ludzkich wielohormonalnymi wyciągami.** (Schweiz. Med. Woch., 1936, Nr. 27).

Materiał autora składa się z 114 chorych nowotworowych, nie nadających się do operacji, częściowo z przerzutami do różnych narządów, częściowo operowanych bez wyniku lub też bezskutecznie naświetlanych rentgenem. U tych chorych autor stosował leczenie preparatami wielohormonalnymi pod postacią domięśniowych wstrzykiwań preparatów A, B i C, tabletek i maści (skład lekarstw, będący tajemnicą autora — nie został podany). Wśród swych wyników autor podaje efekty poprostu niesłychane. W 4-ch przypadkach nowotworów przerzutowych do kręgów (w tym raz przerzutowy rak macicy) chorzy po krótkim czasie pozbyli się bólów (przed tym nie obywali się bez morfiny), a później zaczęli się poruszać swobodnie o własnych siłach. Pooperacyjny, nawrotowy rak odźwiernika ustąpił o tyle, że chory powrócił do zwykłych zajęć. Rak wątroby z przerzutami i żółtaczką znikł zupełnie, wszystkie kliniczne i laboratoryjne objawy cholemi cofnęły się. W innych przypadkach przywracano drożność jelitom, uprzednio zamkniętym przez guz, zlikwidowano psychozę, w przypadku guza mózgu i t. d. Wyniki leczenia Jacobsa wyglądają na cud lub mistyfikację, gdyż autor osiągnął swą metodą ok. 25% wyliczeń w przypadkach powszechnie uznawanych za beznadziejne. Z tym większą niecierpliwością należy oczekiwać dalszych doniesień, tym bardziej, że metoda autora jest stosowana jes-

cze w kilku szpitalach i klinikach Francji, Szwajcarii i Jugosławii (podano nazwy zakładów i nazwiska kierowników).

Antoni W a j n g o t.

Halsey J. BAGG. **Doświadczalne wytwarzanie potworniaka jądra u kogutów.** (Amer. Journ. of Cancer, 1936, t. 26, z. 1).

Potworniaki jąder u kogutów są bardzo rzadkie, M a s h a r w r. 1932 doniósł o 13 opisanych wogóle potworniakach u zwykłego koguta. Dlatego też tym większe znaczenie ma podana w r. 1928 przez M i c h a l o w s k y e g o metoda sztucznego wytwarzania potworniaka jądra u kogutów przez wstrzykiwanie dojądrowo chlorku cynku. U 62 ptaków, którym wstrzykiwania robiono od stycznia do marca, powstało 5 potworniaków (u 3 kogutów); natomiast u 200 innych, którym wstrzykiwano chlorek cynku w innych okresach roku, nie powstał żaden nowotwór. B a g g postawił sobie za cel zbadać, w jakim stopniu jest to zjawisko zależne od stopnia czynności gruczołów płciowych; wstrzykiwał on jednocześnie, przed lub po dokonaniu operacji na jądrze hormony gonadotropowe z przysadki lub moczu. W doświadczeniach kontrolnych potwierdził B a g g wyniki M i c h a l o w s k y e g o. U młodych kogucików, których jądra silnie rozwinęły się pod wpływem hormonów gonadotropowych, nie udało mu się uzyskać powstania guzów, natomiast u dorosłych kogutów można je wywołać aż do tak późnej pory, jak sierpień (wstrzyknięto chlorek cynku w czerwcu). Ogółem powstały 4 potworniaki, duże, szybko rosnące. Przerzutów nie stwierdzono, nie można było również guzów przeszczepiać na inne zwierzęta. Tłumaczy to autor tym, że pod względem histologicznym guzy te przedstawiały typ dojrzwały. Stwierdzono jednakże miejsca z nabłonkiem o typie rakowym. H. M a k o w e r (Łódź).

M. J. SHEAR. **Badania nad karcinogenezą. I. Wywołanie guzów u myszy za pomocą węglowodorów.** Egon LORENZ i M. J. SHEAR. **II. Wykrycie dibenzantracenu w guzach mysich, wywołanych przez fen węglowodor.** (Amer. Journ. of Cancer, 1936, t. 26, z. 2).

I. Autor stosował podskórną u myszy 1:2:5:6 — dibenzantracenu w loju lub w stopionym cholesterolu. Ilości stosowanego dibenzantracenu wahały się w bardzo dużych granicach. Guzy powstawały stosunkowo późno; po 6 miesiącach z 26 pozostałych przy życiu myszy, które otrzymały 5% roztwór, stwierdzono guzy u 5, po roku — u 17. W jednym przypadku powstał guz po zastosowaniu mniej niż 0,0004 mg dibenzantracenu! Był to twardy duży biały guz, dający się z łatwością przeszczepiać na inne zwierzęta. Bardzo wybitne działanie rakorodne wykazał zsyntetyzowany przez F i e s e r a metylcholantren, będący pochodną kwasów żółciowych. S h e a r stosował ten związek, jak i następne, głównie w stałej postaci, wstrzykując zmiłżone gliceryną kryształki za pomocą trójgrańca. W dużej liczbie przypadków powstawały owrzodzenia, których brzegi następnie zmieniały się nowotworowo. Nowotwory powstawały tu znacznie wcześniej niż po benzantracenie, już po 100 dniach prawie wszystkie zwierzęta miały guzy. Za pomocą przeszczepiania można było wykazać istnienie złośliwości dłuższy czas przed powstaniem guza wzgl. twardej tkanki nowotworowej. 1:2-benzpiryna ($C_{19}H_{12}$) działa również bardzo silnie rakorodnie. To samo dotyczy czystego cholantrenu ($C_{20}H_{14}$). Obydwa te związki zsyntetyzowane zostały również przez F i e s e r a. Ciekawe były doświadczenia za pomocą metylcholantrenu — kw. choleinowego [$C_{21}H_{16}(C_{24}H_{40}O_4)_4$], dobrze rozpuszczającego się w roztworach wodnych NaOH. Za pomocą tych roztworów można było uzyskać po około 100 dniach guzy — po dawce 0,18 mg metylcholantrenu. W badaniach histologicznych przyżyciowych autor mógł potwierdzić obecność opisanych przez W. H. L e w i s a komórek typowo nowotworowych w okresie, kiedy nie było jeszcze widać guza

makroskopowo, a nawet wtedy, kiedy za pomocą przeszczepiania nie można było wykazać złośliwości przeszczepianej tkanki. II. L o r e n z i S h e a r zastosowali do badań ilościowych nad obecnością dibenzantracenu w guzach i w innych tkankach ustroju metodę spektrograficzną; materiał trzeba było wpraw chemicznie oczyścić od przeszkadzających domieszek. Za pomocą tej metody udało im się wykazać dibenzantracenu w stężeniu 4×10^{-5} mg w cm^3 . Wbrew C h a l m e r s o w i oraz B e r c n b l u m o w i i K e n d a l o w i można było wykazać obecność dibenzantracenu w guzach w ciągu wielu miesięcy po jego wstrzyknięciu. W przeszczepianych guzach nie stwierdzono dibenzantracenu w 5 i 6 generacji.

H. M a k o w e r (Łódź).

Choroby jamy ustnej, gardła, nosa i uszu.

W. KRAINZ. **O leczeniu przewlekłego ropienia zatoki czołowej.** (Monatsschr. f. Ohrenheilk. Tom 70, zeszyt 9, 1926).

Autor uważa, że przewlekłe ropienie zatoki czołowej jest właściwie ropieniem górnych jam obocznych nosa, gdyż odosobnionego ropienia zatoki czołowej, bez zajęcia przynajmniej przedniego sitowia, w swoim materiale (z kliniki uniwersyteckiej w Innsbrucku) prawie nigdy nie obserwował. Wszystkie przypadki, o ile nie przekraczały granic zatoki (t. j. o ile ściana kostna nie była zaatakowana) i nie wymagały doszczętnej operacji, były leczone wewnątrznosową metodą H a l l e g o, bez usunięcia małżowiny środkowej: łożyskiem usuwano wałek nosowy (*agger nasi*) i uwidocznione w ten sposób wejście do zatoki rozszerzano i trochę wygładzano trefiną. Mając przed sobą tyłno-dolną ścianę zatoki i małżowinę środkową, posuwamy się dalej ku tyłowi celem usunięcia chorego sitowia i przedostania się do zatoki klinowej przez *pars ethmoidalis*, nie zaś przez *ostium sphenoidale*, gdyż u góry zatoka klinowa jest 2 razy szersza, niż w dolnej części. Leczenie pooperacyjne za pomocą luźno wprowadzanych pasków gazy, posmarowanej maścią, stosowano, dopóki rana nie zaczynała ziarninować. Następnie smarowano tylko olejkami parafinowymi, żeby powietrze miało dostęp. Od r. 1929 do r. 1935 leczono w ten sposób u 136 chorych 170 zatok czołowych w wieku od 17 do 63 lat (78 mężczyzn i 58 kobiet). Najwięcej było chorych w trzecim (39%) i czwartym (29%) lat dziesiątku. U 20% chorych cierpienie było obustronne. Z powyższej liczby 170 w 62% (105 zatok) jednocześnie było ropienie jamy klinowej, w 84% (143 zatoki) — ropienie jamy szczękowej, w 48% (82 zatoki) — zajęcie wszystkich jam obocznych nosa (*pansinusitis*). W 9 przypadkach musiano po leczeniu wewnątrznosowym uciec się do operacji doszczętnej (metodą J a n s e n - R i t t e r a), przy czym w 5 z nich już wkrótce po leczeniu wewnątrznosowym, w pozostałych 4 dopiero po 1—3 latach, gdy sprawa zagrażała przedostaniu się ropy do oczodołu. W 2 przypadkach *exitus* nastąpił po leczeniu wewnątrznosowym i kilkakrotnej operacji doszczętnej wskutek postępującego zapalenia szpiku kości czaszki. Zwykle chorych wypisywano z kliniki z wyraźną epitelizacją operowanych zatok, ustaniem sekrecji i brakiem skarg podmiotowych. Pomimo wyraźnego żądania stawienia się do kontroli tylko 81 zatok czołowych udało się po pewnym czasie przekontrolować, przynajmniej raz albo nawet kilka razy, i w 70% tych przypadków skonstatowano idealne wyleczenie: szeroko otwartą zatokę czołową i sitowie pokryte gładkim nabłonkiem. W 10% przypadków zatoka była zwężona, dla zgłębnika niedrożna, ale pozostałe jamy oboczne były gładkie, i chorzy nie skarżyli się na nic; w niektórych z tych przypadków zwężenie zatoki czołowej nastąpiło dopiero po roku albo po kilku latach. W pozostałych 20% przy wejściu do zatoki skonstatowano polipy, obrzęk błony śluzowej i śluzowo-ropną wydzielinę, która chorym dokuczala, ale bólów głowy nie było. W wymienionych 20% przypadków zastosowano zaproponowaną przez H e r-

z o g a a n e m i z a c j e s i t o w i a, która dała mu dobre wyniki w leczeniu *neuritis retrobulbaris* pochodzenia nosowego. W mieszaninie adrenalinu (1:1000) z 5%-wym roztworem ephedroniny maczano paski gazy i wprowadzano codziennie (w ciągu 1—2 tygodni) na 3 godziny do nosa, wychodząc z założenia, że ogólna ephetoninizacja przedłuża anemię, wywołaną przez adrenalinę, i zmniejsza obrzęki śluzówki. Po takim leczeniu obrzęki błony śluzowej i wydzielina zwykle ustępowały, i jamy oboczne nosa wykazywały gładką powierzchnię. O ile jednak w jednym albo drugim przypadku pod wpływem ostrego nieżytu obrzęki i wydzielina znów się zjawiały, leczenie powtarzano jeszcze raz w ciągu 1—2 tygodni, i sprawa się likwidowała: do powtórnej operacji w żadnym z tych przypadków nie doszło. Podobne leczenie d l u g o t r w a ł a a n e m i z a c j a (w ciągu 2—4 tygodni) autor stosował z dobrym skutkiem też w przypadkach, nie nadających się do zabiegów operacyjnych (naprz. u starych ludzi), albo tam, gdzie były tylko polipy bez wyrażnej sekrecji; również tam, gdzie po usunięciu większych polipów pozostałe mniejsze polipy i obrzęki nadawały się do leczenia zachowawczego. Autor podtrzymuje hipotezę M a r s c h i k a (Monatschrift für Ohrenheilkunde 1930, t. 64, str. 498 i 625), że w wielu przypadkach, zwłaszcza w przypadkach polipów w samych zatokach, chodzi nie o czysto lokalną sprawę, lecz o konstytucjonalne nastawienie obrędkowe, i dlatego zaczął nawet podawać tym chorym jednocześnie wapń do wewnątrz.

B. C h o r a ż y c k i.

Choroby narządów trawienia.

DUCUING i FABRE. **Przewlekły porażenny zastój w dwunastnicy.** (Arch. mal. dig. 1936, 6).

Zastój i niedrożność dwunastnicy nie są nową jednostką; od wielu lat opisywano ten stan patologiczny, jednakże we wszystkich przypadkach znajdowano przeszkody natury organicznej, wrodzone lub nabyte. Na skutek obserwacji własnej, w której na stole operacyjnym nie wykryto zmian w dwunastnicy, pomimo istnienia zespołu klinicznego, autorzy zajęli się sprawą „samoistnego”, „czynnościowego” zastój treści w tym narządzie i podali 5 obserwacji. Zespół kliniczny choroby przedstawia się następująco: wyraźny początek o dolegliwościach poza narządem trawienia (neuralgia, migrena). Potem zjawia się osłabienie, najwybitniejsze rano przy wstawaniu z łóżka, nie ustępujące po diecie ani lekarstwach. Osłabienie to jest tak znaczne, że, wobec braku obiektywnych objawów choroby nerwowej, sprawia wrażenie hysterii. Objawy z zakresu narządu trawienia polegają na uczuciu pełności po jedzeniu i aerofagii. Bardzo żywy ból zjawia się natychmiast, lub też wiele godzin po jedzeniu, co nadaje mu charakter „bólów głodowych”. Mdłości i wymioty są częste, przyczem ostatnie są bardzo obfite, i znacznie podbarwione żółcią. W krótkim czasie występują objawy niedożywienia; przy zachowanym łaknieniu, pojawia się znaczny ubytek na wadze i szaro-ziemiste zabarwienie powłok. Przy badaniu stwierdza się uwypuklenie w okolicy pępka, czasem ruchy robaczkowe jelit, zawsze silną bolesność w nadbrzuszu na prawo od pępka. Często wyczuwa się tętnienie aorty brzusznej i pluskanie w długi czas po jedzeniu. Tak więc obok nietypowych dolegliwości w zakresie narządu trawienia stwierdza się znaczne wyniszczenie. Przebieg choroby jest bardzo przewlekły i często doprowadza do niepotrzebnej operacji po wyczerpaniu zwykłych środków leczniczych. Rozpoznanie, po odrzuceniu wrzodu dwunastnicy i przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego, znajduje swe potwierdzenie w zdjęciu rentgenowskim. Na zdjęciu stwierdza się: znaczne rozdęcie i zniekształcenie dolnego odcinka dwunastnicy i zaleganie w tej okolicy; gwałtowne i nieskuteczne ruchy robaczkowe; żywe i częste ruchy antyperystaltyczne i zwrotny ruch treści ku żołądkowi. Najważniejszą cechą tego zespołu radiologicznego jest jego stałość w ciągu kilku kolej-

nych badań. Choroba napastuje prawie wyłącznie mężczyzn, u których klinicznie stwierdza się stan chwiejności układu węgetatywnego. W leczeniu autorzy stosują wstrzykiwania stężonej soli kuchennej, jako środka pobudzającego perystaltykę z dobrym skutkiem. Prócz tego zastosowali kilkakrotnie z pomyślnym wynikiem naświetlanie krótkimi falami (efekt przeciwbólowy i pobudzenie n. współczulnego). W przypadkach, nie poddających się leczeniu wewnętrznemu, należy dokonać zabiegu chirurgicznego pod postacią duodeno-jejunostomii (nie gastroenterostomii, która jeszcze pogarsza stan chorych).

Antoni W a j n g o t.

Choroby serca i naczyń.

J. P. EKSZEMPLARSKI. **O odosobnionym zastój żylnym wątroby w zwężeniu ujścia żylnego lewego** (Klin. Med. t. XIII, Nr. 6).

Mechanizm występowania odosobnionego przekrwienia żylnego wątroby w zwężeniu ujścia żylnego lewego (*stenosis mitralis*) pozostaje jeszcze wciąż niewyjaśniony ze względu na brak badań doświadczalnych i dokładnych spostrzeżeń klinicznych, połączonych z badaniem materiału sekcyjnego. Hipotetycznie przyczynę powstawania takiego zastój wątrobowego można upatrywać w przepelnieniu prawego serca, prowadzącym z początku do zwiększenia ciśnienia krwi w żyłę płuć, a następnie do mechanicznego ucisku żył wątrobowych (obwodowy zastój żylny). Jako pośredni dowód przytoczonej powyżej hipotezy może służyć częste kojarzenie się wątrobowej postaci niedomogi serca z niemiarowością o typie migotania przedsionków, w której powstawaniu odgrywa nie małą rolę duże rozciągnięcie prawego przedsionka. II. L.

A. EDELMANN. **O znaczeniu cukromoczu i przecukrzenia krwi w schorzeniach naczyń wieńcowych.** (Wien. Kl. Woch. Nr. 6/1934).

Opisywane już przez L e w i n a i B r o w n a, zaś ostatnio przez S c h e r f a cukromocz i przecukrzenie krwi w zakrzepach naczyń wieńcowych potwierdza autor na podstawie 118 przypadków miażdżycy, względnie zakrzepu naczyń wieńcowych. Tłumaczenie jednak tego objawu przez wyżej wymienionych autorów uważa on za niesłuszne. W większości spostrzeganych przypadków znalazł on bowiem zaburzenia gospodarki węglowodanowej. Wśród 118 spostrzeganych przypadków stwierdzono w 62, t. j. w 52,6%, przemijający lub trwały cukromocz, względnie przecukrzenie krwi. W statystyce tej zostały uwzględnione przypadki szpitalne. We wszystkich przypadkach rozpoznanie było potwierdzone elektrokardiograficznie, a w części sprawdzone przez badanie pośmiertne. Również w razie zamknięcia światła tętnicy grzbietowej stopy znajduje się uderzająco często cukrzycowe zaburzenia przemiany materii. Cukromocz i przecukrzenie krwi w ostrym zamknięciu światła tętnicy wieńcowej tłumaczy się wobec tego ujawnieniem utajonej dotychczas moczoćki cukrowej. Utajona moczoćka cukrowa stanowi ważny czynnik etiologiczny w powstawaniu miażdżycy. Jeżeli rozumować logicznie, należałoby wobec tego w miażdżycy naczyń wieńcowych i miażdżycy tętnic stopy z zaburzeniami gospodarki węglowodanowej stosować zapobiegawczo dietetyczne metody leczenia. Autor wskazuje jeszcze na możliwości pomyślnego leczenia miażdżycy naczyń wieńcowych i stopy naświetlaniem radem okolicy serca przy jednoczesnym podawaniu insuliny.

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

H. EPPINGER. **Zakrzep naczyń wieńcowych.** (Wien. kl. Woch. Nr. 7/1934).

Często we śnie, po jedzeniu występują silne bóle pozamostkowe, promieniujące do lewego ramienia, szyi i t. d., związane ze śmiertelnym lękiem, spadkiem ciśnienia krwi, drobnym, nieprawidłowym tętnem, blednością, sinicą, zimnymi potami.

mi. W tym stanie po upływie kilku minut od początku napadu może nastąpić zejście śmiertelne. W innych przypadkach bóle mogą się utrzymywać w ciągu wielu godzin, nitrogliceryna, która dotąd pomagała, zawodzi. Promieniowanie może się również odbywać w kierunku żołądka lub pęcherzyka żółciowego, co powoduje często pomyłki rozpoznawcze. Podczas gdy w zwykłej dusznicy bolesnej chory się zazwyczaj zachowuje spokojnie, gdyż dzięki temu napad szybciej przemija, a nawet stara się oszczędzić oddech, w zamknięciu światła naczyń wieńcowych przychodzi do duszności i uderzającego niepokoju cielnego. W płucach występują rżenia wilgotne, potęgujące się do obrzęku płuc, zjawia się krwawa płwocina z komórkami wadsercowych i znaczną zawartością białka. Wymiary serca są zaledwie powiększone, tony serca nieco ciche, akcja niezawsze niemiaraowa, często zwolniona. Jeżeli napad przetrwa w ten sposób kilka godzin, rokowanie staje się lepsze, aczkolwiek również wtedy jeszcze może nastąpić śmierć. Bóle ustępują stopniowo na dalszy plan. Częstokroć już pierwszego dnia zjawia się gorączka (38° — 39°C.), która trwa często tydzień i jest spowodowana prawdopodobnie przez wchłanianie się zmartwiałych części mięśnia sercowego. Z tych samych przyczyn przychodzi do leukocytozy oraz do przyspieszenia opadania czerwonych ciałek krwi. Z czasu trwania przyspieszenia opadania krwinek można, być może, wyciągnąć wnioski co do procesów gojenia się. Bardzo często słyży się szmer tarcia osierdziowego, w moczu stwierdza się obecność cukru, zaś we krwi — hiperglikemię. Zmiany elektrokardiograficzne występują po kilku dniach, tygodniach i mogą być podobne do bloku gałązki. Ważne są zmiany odcinka S-T, podczas gdy zmiany uchyłka T nie są charakterystyczne. Po przebyciu ostrego napadu może nastąpić powrót do zupełnego zdrowia — aż do następnego napadu, według danych amerykańskich autorów chorzy nie żyją dłużej niż 1—2 lata, albo też przylączy się osłabienie serca ze wszystkimi jego następstwami. W napadzie stosuje się morfinę (0,02—0,04), niewolno podawać strofantyny i, jeżeli niema osłabienia serca, naparstnicy, można natomiast stosować środki, rozszerzające naczynia (Corphyllamin). Bezwzględnie konieczne jest pozostawanie w ciągu 4—6 tygodni w łóżku. Ponieważ taki sam napad może wystąpić również bez bólów albo z nieznacznymi tylko bólami, albo też bóle mogą być inaczej umiejscowione (pęcherzyk żółciowy, żołądek), wobec tego w razie wystąpienia innych ciężkich objawów u starszych, którzy przedtem byli zupełnie zdrowi, należy myśleć o zakrzepie naczyń wieńcowych i badać w ciągu następnych dni ciepłotę, ciśnienie krwi, biały obraz krwi, wykonać elektrokardiogram, poszukiwać szmeru tarcia.

A. Neumann (Baden-Wien).

Choroby nerwowe i psychiczne.

J. L. POOL, T. J. C. von STORCH i W. G. LENNOX.
Wpływ winianu ergotaminy na ciśnienie płynu mózgowo-rdzeniowego i krwi w czasie migrenowego bólu głowy. (Arch. Intern. Med. 1936, t. 57, z. 1).

U większości chorych wstrzyknięcie winianu ergotaminy przerywa napad migreny. Mechanizm tego działania nie został dotychczas poznany. Autorzy starali się sprawdzić teorię, przypisującą napad migreny skurczowi naczyniowemu, który pod wpływem ergotaminy ulega rozluźnieniu. W tym celu zbadali u 11 chorych z napadami migreny oraz u 16 osobników kontrolnych ciśnienie płynu mózgowo-rdzeniowego, ciśnienie krwi, szybkość tętna — przed i po wstrzyknięciu ergotaminy. W 12 z 15 doświadczeń, wykonanych w czasie napadu bólu głowy, uzyskano ustąpienie bólu. Natomiast w grupie kontrolnej w 3 przypadkach z 12, wystąpił przejściowy ból głowy. Średnio wynosiło ciśnienie płynu mózgowo-rdzeniowego w czasie bólu głowy 113 mm., t. zn. o 14 mm. mniej niż w grupie kontrolnej. Po

wstrzyknięciu ergotaminy następował zarówno u chorych jak i w przypadkach kontrolnych szybki spadek częstości tętna i wzmożenie się skurczowego i rozkurczowego ciśnienia krwi oraz ciśnienia płynu mózgowo-rdzeniowego, które u chorych wynosiło przeciętnie 13 mm., u kontrol. — 31 mm. W ten sposób badania te nie potwierdzają teorii kurczu naczyń krwionośnych jako przyczyny napadu migreny i przeciwskurczowego działania ergotaminy jako przyczyny jej działania leczniczego w tym cierpieniu. Działanie ergotaminy jest prawdopodobnie skomplikowane. Całe zagadnienie wymaga dalszych skrupulatnych badań.

H. M a k o w e r (Łódź).

D. SEYS. **Pneumokokowe zapalenie opon mózgowych** (Lancet 1935, Str. 190—191).

Autor opisuje 11 przypadków pneumokokowego zapalenia opon mózgowych — wszystkie z zejściem śmiertelnym. W 9 przypadkach wyhodowano z płynu mózgowo-rdzeniowego typ I, w 1 przypadku typ II i w 1 — typ IV. Wszyscy chorzy dotknięci byli zapaleniem płuc, do którego w następstwie dołączyło się zapalenie opon. Płyn mózgowo-rdzeniowy wyciekał pod dużym ciśnieniem, był mętny i zawierał dużo komórek. Leczenie polegało na codziennym nakłuciu lędźwiowym i kilkukrotnym wstrzykiwaniu surowicy.

S.

E. RISAK. **Leczenie zapalenia opon mózgowych pochodną pyrazolonu** (Ztschr. klin. Med. 1935, Str. 583—592).

Stosowanie piramidonu *per os* w surowiczym zapaleniu opon mózgowych okazało się bezskuteczne. Natomiast dożylnie wprowadzenie pochodnej pyrazolonu-novalginy dało autorowi znakomite wyniki. Dalsze obserwacje są w toku.

S.

N. WINKELMAN i N. GOTLEN. **Zapalenie mózgu i rdzenia wskutek zastosowania surowicy i szczepionki w celach leczniczych.** (Journ. Psych. 1935).

Po zastosowaniu normalnej surowicy końskiej w celu zatamowania krwotoku po wyjęciu zęba u kobiety 28 letniej powstało zapalenie mózgu i rdzenia. Chora zmarła. Badanie mikroskopowe mózgu wykryło ogniska martwicze w mózgu, podobne do opisanych przez Spillera w podostym stwardnieniu wieloogniskowym, i rozlane zmiany zapalne głównie w rdzeniu. Całość zmian przypominała obraz ostrego stwardnienia wileoogniskowego. Drugi przypadek zapalenia mózgu i rdzenia powstał po zastosowaniu szczepionki bakteryjnej w przypadku łuszczycy. Przypadek zakończył się pomyślnie.

S.

A. PILCZ. **Katamneza paraliżyczek, leczonych zimnicą w latach 1923—1928.** (J. of. Psychiatrie 1935, Str. 24—30).

Statystyka wiedeńskiej kliniki psychiatrycznej dotyczy 299 kobiet. Remisje były notowane w 48%, z tego w 16% remisja była całkowita. Z całej liczby leczonych zimnicą pozostało przy życiu 50%, z nieleczonych — 4%. Cięża do pewnego stopnia pogarsza przebieg, a więc i rokowanie.

S.

KIESER W. **Dalsze doświadczenia z koraminą w stanach drgawkowych.** (Psych.-Neur. Woch. Nr. 17, 1936 r.)

Autor stwierdził, że u epileptyków koramina nawet *per os* (3 razy dziennie po 25 kropeł) wraz z luminalem (0,3 *pro die*) wpływa na redukcję napadów. W ciężkich stanach epileptycznych domięśniowe wstrzyknięcie koraminy (1,7 — 5,5 cm.³) dawało natychmiastowe przerwanie napadu padaczkowego. Napad taki nigdy nie powtórzył się szybciej, niż po 10—12 godzinami. Ze względu na brak środków, którymi rozporządzamy w arsenale leczniczym w celu zwalczania ciężkich stanów padaczkowych, koramina znajduje nowe pole zastosowania.

E. Sienicki.

Streszczenia pojedyncze.

Farmakologia i Toksykologia.

A. HOLSTE. **Przypadki zatrucia tlenkami azotu.** (Ztschr. f. Gew. hyg. u. Unf. verh. Nr. 8/36).

Podczas gaszenia pożaru w fabryce chemicznej pękła butla z kwasem azotowym, a wskutek rozlania się zawartości na podłogę pełną popiołu i odpadków i próby unieszkodliwienia jej przez polewanie wodą uległo zatruciu kilkanaście osób z personelu fabryki i ratowników. Inżynier kierujący zmarł po 24 godzinach po wielogodzinnym pozornym zdrowiu, wśród objawów obrzęku płuc i niedomogi krążenia. Część osób, najlżej zatrutych, wyzdrowiała po kilku dniach, w czasie których jedynym objawem zatrucia było podrażnienie górnych dróg oddechowych. Natomiast 10 osób uległo ciężkiemu zatruciu wśród następujących objawów: kaszel, klucie w klatce piersiowej, pieczenie za mostkiem, duszność, bóle głowy, oszołomienie, bicie serca, zawroty głowy, nudności lub wymioty, bezsenność, ogólne osłabienie, poty, akrocjanoza rąk, dermatografia, przekrwienie i sinica twarzy, płwocina żółto-szara lub brunatno-krwawa, w 2 przypadkach białkomocz. W 6 przypadkach wzrost hemoglobiny ponad 100%, z tego w jednym przypadku aż do 120%, w innych od 101—118%. Współcześnie wzrost liczby ciałek czerwonych. W kilku przypadkach wzrost Hb zaznaczał się dopiero po dłuższym czasie. Wzrost Hb na poziomie ponad normę utrzymywał się przez dłuższy czas, tak, że przy braku dających się stwierdzić zmian w organach stanowił obok erytrocytozy najważniejszy i właściwie jedyny obiektywny objaw zatrucia. Najprawdopodobniejszą przyczyną tych zmian krwi jest podrażnienie szpiku kostnego nitrogazami. Żółto-szara płwocina utrzymywała się przez czas dłuższy, podobnie akrocjanoza i dermatografia. Terapia symptomatyczna. Autor wskazuje na prace innych autorów, donoszące o wytwarzaniu się methemoglobiny i tlenkoazotowej hemoglobiny (Pfleger), jakoteż spostrzeżenia Muntwylera, potwierdzające wzrost Hb. Flury rozróżnia 4 postacie zatrucia tlenkami azotu: 1) postać z podrażnieniem miejscowym dróg oddechowych, wielogodzinnym okresem utajenia, bez szczególnych zaburzeń i nagłym wystąpieniem duszności, sinicy i zejściem śmiertelnym wśród objawów obrzęku płuc, 2) postać przeciwną, z objawami duszności, sinicy, zawrotami głowy, oszołomieniem, wymiotami, nieprzytomnością, methemoglobinurią, występującymi wkrótce po wdychaniu gazów, a bez następczego obrzęku płuc, 3) postać „wstrząsową” z natychmiastowymi ciężkimi objawami duszenia, kurczami, bezdechem i śmiercią najprawdopodobniej wskutek zastoiny krążenia płucnego, 4) postać mieszaną z natychmiastowymi objawami ze strony ośrodkowego układu nerwowego, sinicą twarzy, następnie chwilowym polepszeniem i ponownym wystąpieniem tych samych objawów z końcowym obrzękiem płuc. Postacie te zjawiają się przeważnie nie w formie czystej, lecz mieszanej, z przewagą jednych lub drugich, zależnie od tego, czy we wdychanych gazach przeważał tlenek czy dwutlenek azotu. Dwutlenek powoduje przeważnie objawy postaci pierwszej, a tlenek postaci drugiej. Zjawienie się methemoglobiny zależy od stężenia gazów. Po przebytych szczęśliwie ostrym zatruciu pozostaje miesiącami kaszel, trudności oddychania, lekkie zasinienie twarzy, osłabienie serca, czasem *bronchiolitis obliterans*, schorzenia nerek, osłabienie motoryczne kończyn dolnych, wychudzenie, skłonność do pocenia się, żółto-cytrynowa lub brunatno-czerwonawa i lekko pienista płwocina. Wdychanie małych ilości nitrogazów w większych odstępach czasu prowadzi do przewlekłego nieżyty dróg oddechowych, a poza tym może powodować zmiany w krwi. Niekiedy nawet prowadzi do zejścia śmiertelnego.

J. Hozer.

Bakteriologia i Serologia.

W. SCHÄFFER. **O własnościach bakteriobójczych śliny ludzkiej, a w szczególności o jej wpływie na pałeczki błonicy.** (Ztbl. Bakt. 1935. 7—8).

Praca autora miała na celu sprawdzenie danych Dolda i Weigmana, według których ślina ludzka działa bakteriobójczo na saprofity jamy ustnej, a również powodować przejście łasieczników błonicy prawdziwej w łasieczniki błonicy rzekomej. Autor użył do badań swoich śliny zwykłej i przefiltrowanej śliny 10 zdrowych i 4 chorych na błonicę osobników. Ślina była przeniesiona na agar i próbówki umieszczano w termostacie. Okazało się, że ślina nie zabija zwykłej saprofity jamy ustnej; co się tyczy pałeczek błonicy prawdziwej, to zachodzą w nich zmiany morfologiczne i biologiczne, ale nie ma mowy o przechodzeniu ich w pałeczki błonicy rzekomej. Zmiany, które powstały pod działaniem śliny, wkrótce ustępowały miejsca zwykłym własnościom łasieczników błonicy prawdziwej.

S.

E. LESNÉ, A. SAENZ, M. FONTES MAGARO, L. COSTIL. **Wyniki i znaczenie praktyczne posiewów 106 pl. m. rdz. w przypadkach zapalenia opon mózgowych, wywołanych przez pr. gruźlicze typu ludzkiego lub bydłęcego.** (C. R. Soc. Biol. t. 121, r. 1936).

W posiewach na podłożu Loewensteina lub Petragnaniego z asparaginą, 106 pl. m. rdz., w których w 52% nie wykryto pr. gruźliczych w preparatach bezpośrednich, w 94 przypadkach otrzymano hodowlę typu ludzkiego, w 7 zaś hodowlę typu bydłęcego. Jedynie w 5 przypadkach wynik hodowli był ujemny. Ponieważ w tych 5 uj. przypadkach, dalszy przebieg kliniczny choroby pozwalał wykluczyć gruźlicę autorzy otrzymali 100% dodatnich wyników posiewów. Nadto nawet w przypadkach gdy w preparatach bezpośrednich z osadu pl. m. rdz. pr. Kocha nie wykryto, badanie materiału, otrzymanego przez zeszkrobienie powierzchni podłoża, na którym płyn był posiany, pozwala na wczesne rozpoznanie gruźlicy, niekiedy nawet 8-go dnia. Autorzy są zdania, że metoda ich jest bardziej szybka i pewna od metody wstrzykiwania pl. m. rdz. świnkom morskim.

J. Seydel.

E. CARLINFANTI. **Próby odczulania świnek gruźliczych.** (C. R. Soc. Biol. t. 121, r. 1936).

Codziennie wstrzykiwanie małych dawek tuberkuliny wywołuje u świnek stopniowe odczulanie skóry. Zjawisko to występuje już po 2—3-cim zastrzyknięciu. Odczulenie jest zupełne, lub prawie zupełne około 10-go dnia. Stan taki trwa przeciętnie tylko 10 dni. Zwierzęta odczulane są na tuberkulinę, jak również i na dootrzewnowe zastrzyknięcie zabitych pr. gruźliczych. Zwierzęta kontrolne — alergiczne i nieodczulone, po wstrzyknięciu zabitych pr. gruźliczych giną po kilku godzinach (zjawisko Baila). Wstrzyknięcie dużej dawki tuberkuliny pod koniec procesu odczulania ujawnia brak wrażliwości skóry. Natomiast wstrzyknięcie zwierzętom odczulonym, dużej dawki pr. zabitych wywołuje jakgdyby szybki powrót wrażliwości skóry.

J. Seydel.

R. K. GOYAL. **Poszukiwanie pr. Kocha w pozornie zdrowych mózgach zwierząt gruźliczych.** (C. R. Soc. Biol. t. 121, r. 1936).

Autor wydobylał mózg i rdzeń pacierzowy i posiewał je na podłożu Loewensteina. Materiał ten pochodził od świnek morskich i królików, które po podskórnym i dożylnym zakażeniu pr. Kocha typu ludzkiego i bydłęcego wykazywały duże zmiany gruźlicze. Na 19 świnek zakażo-

ných podskórníe u 4 otrzymał wynik dodatni w postaci nie-licznych kolonji. Obfitszy wzrost otrzymał z posiewów mózgu 4 świnek zakażonych dożylnie. Autor zbał również 8 móz-
gów króliczych drogą hodowli i wstrzykiwania innym zwie-
rzętom: Na 2 króliki, zakażone dożylnie pr. typu bydłecgo,
u jednego otrzymał wynik dodatni, na 4 króliki zakażone pod-
skórníe dwa razy otrzymał posiewy dodatnie. Na 2 króliki, za-
każone dooplucnowo pr. typu ludzkiego, oba dały wynik
ujemny.

J. S e y d e l.

A. BOCQUET, G. SANDOZ. Próby przygotowania tuberkuliny oczyszczonej. (C. R. Soc. Biol. t. 121, r. 1936)

Autorzy podają sposób przygotowania tuberkuliny oczy-
szczonej przez strącanie 6—8-tygodniowej hodowli pr. gruźli-
czych na podłożu syntetycznym S a u t o n a za pomocą
kwasu fosforowo-wolframowego. Otrzymany płyn jest zupeł-
nie przezroczysty, koloru bursztynowego i jest bardzo trwa-
ły. Zawartość azotu wynosi 1%. Badanie tej tuberkuliny za-
pomocą odczynów skórnych, wykazało prawie 100.000 dawek
czynnych w 1 cc., co odpowiada mniej więcej czynności tu-
berkuliny zwykłej, przygotowanej według zwykłych metod.
Jadowność jej, dla świnek zakażonych gruźlicą, jest trochę
słabsza, niż tuberkuliny zwykłej, zaś dla świnek zdrowych
jadowność jest nieznaczna, gdyż zwierzęta te znoszą bez szko-
dy 20 mgr. tuberkuliny wprowadzone dożylnie. Tuberkulina
ta w małych dawkach nie wywołuje u świnki zdrowej uczu-
lenia skórnoego o charakterze anafilaktycznym lub alergicz-
nym. Autorzy przypuszczają, że preparat ten po pewnych
jeszcze udoskonaleniach, może być używany zamiast tuberku-
liny zwykłej.

J. S e y d e l.

Nowotwory.

J. SHEAR. Rakotwórcze właściwości węglowodórów Amer. J. Canc. 26/36)

Wśród badań nad rakiem, prowadzonych przez instytut
rakowy, zakłady publicznej służby zdrowia w Stanach Zjedno-
czonych i szkołę H a r w a r d a w Bostonie, zasługują na
uwagę wyniki, osiągnięte przez autora, który doświadczalnie po-
twierdził rakotwórcze działanie 1—2—5—6-dwubenzozantracenu
i 1—2-benzopyrenu. Te złożone węglowodory badał ponadto w
stanie krystalicznym, wstrzykując je podskórníe myszom. Po-
nadto badał w ten sam sposób działanie krystalicznego cholan-
trenu, metylocholantrenu i innych pochodnych, jak żółcianu
metylocholantrenu, wreszcie cholesterolu. Pod wpływem
wszystkich tych związków udawało się wytworzyć nowotwór,
dającą się w większości przypadków dalej przeszczepiać. Tam,
gdzie przeszczepianie dawało wynik ujemny, odgrywały rolę
bakteryjne zanieczyszczenia nowotworu lub odporność zwie-
rząt. W wytworzonych nowotworach można wykazać obecność
1—2—5—6-dwubenzozantracenu za pomocą widma adsorbeyjne-
go, przy pomocy kwarcowego spektrografu G ä r t n e r a,
który pozwala nawet na określenie ilościowe tego związku.
Widmo adsorbeyjne tego węglowodoru leży całkowicie w prze-
strzeni pozafioletkowej, przy czym dają się odróżnić wyraźnie 3
różne grupy prążków. Zastosowanie tej metody pozwalało na
wykrycie znacznych ilości preparatu w guzach rakowych.

J. H o z e r.

Frederic W. ILFELD. Doświadczalne wytwarzanie gu- zów trzew za pomocą węglowodórów. (Amer. Journ. of Cancer, 1936, t. 26, z. 4).

Dotychczas opisano w piśmiennictwie tylko pojedyncze
przypadki powstawania nowotworów w trzewiach po zastoso-
waniu węglowodórów rakorodnych. Autor przeprowadził sys-
tematyczne badania w tym kierunku, wszczepiając do nerek,
wątroby, śledziony, macicy, jąder, szpiku kostnego, okostny,
żołądka i mózgu walce cholesterynowe, w których obecne były

1:2:5:6-dibenzantracen, metylcholantrén lub 1:2-benzopiryra.
Do doświadczeń użyto 244 zwierząt, przeważnie myszy i szczu-
rów. Najbardziej regularne wyniki uzyskano przez zastoso-
wanie dibenzantracenu w nerkach: u 41,3% zwierząt, które pozo-
stały przy życiu. Po kilku (6—10) miesiącach powstały guzy ra-
kowe, dające się przeszczepiać na inne zwierzęta — w jednym
przypadku uzyskano nawet 4 przeszczepy. Pochodziły te guzy
zapewne z nabłonka miedniczek nerkowych. Pod wpływem ob-
cego ciała, jaki stanowi walec cholesterynowy z dibenzantrace-
nem, powstaje w nerce w jego otoczeniu przewlekła sprawa
zapalna, w której przebiegu dochodzi do metaplazji komórek
i do wytwarzania się sprawy nowotworowej. W innych narzą-
dach tylko w pojedynczych przypadkach udało się wytworzyć
nowotwory, a więc włóknakiomiesak w śledzionie (prawdopo-
dobnie) — pod wpływem metylcholantrenu, rak macicy diben-
zantracenu i dwa guzy wątroby również pod wpływem di-
benzantracenu.

H. M a k o w e r (Łódź).

Kanematsu SUGIURA i Stanley R. BENEDICT. Wpływ diety, wywołującej niedokrewność na rozwój raków, mię- saków i czerniaków u zwierząt doświadczalnych. (Amer. Journ. of Cancer, 1936, t. 26, z. 1).

U młodych szczurów, żywionych pełnym mlekiem kro-
wim, wytwarza się po 6—8 tygodniach znacznego stopnia nie-
dokrewność. Zwierzętom takim wszczepiano raka szczurzego
F l e x n e r a - J o b l i n g a, który przyjmował się u nich
tak samo dobrze, jak u zwierząt kontrolnych. Guzy u zwierząt,
karmionych dostateczną ilością mleka, rosły w sposób podob-
ny, jak u kontrolnych; natomiast wzrost ich u szczurów, które
otrzymywały niedostateczną ilość mleka, był wyraźnie powol-
niejszy. Liczba cofających się nowotworów była znacznie
mniejsza u tych niedostatecznie żywionych zwierząt. Niedo-
krewność, wytwarzającą się pod wpływem diety mlecznej, moż-
na było uleczyć przez dodanie 0,25 mg żelaza i 0,05 mg miedzi
dziennie. W tych warunkach powstrzymanie rozwoju guzów
u zwierząt, niedostatecznie żywionych mlekiem, było takie sa-
me, jak u odpowiednich zwierząt anemicznych. Nie zależy więc
to zahamowanie wzrostu nowotworów od niedokrewności, ale
od ogólnego złego stanu zdrowia tych zwierząt. Wzrost mię-
saka mysiego 180 i czerniaka mysiego P a s s e y a u myszek,
które otrzymywały wystarczającą ilość mleka, był nieco powol-
niejszy, niż u myszek na diecie mieszaney.

H. M a k o w e r (Łódź).

Kanematsu SUGIURA, George T. PACK i Fred W. STE- WART. Badania nad zawartością zacyznów w gruczolako- raku mięsowym trzustki i porównanie z normalną trzustką ludzką. (Amer. Journ. of Cancer, 1936, t. 26, z. 2).

Zawartość zacyznów amylo-, proteo- i lipolitycznych
w trzustce całkowicie zmienionej nowotworowo, była taka sa-
ma, jak w 3 trzustkach ludzi normalnych. Nowotwór ten pod
względem fizjologicznym zachowywał się podobnie do tkanki
prawidłowej.

H. M a k o w e r (Łódź).

Lecznictwo.

E. LADECK. O leczeniu Calcio-Coraminą. (Der öster- reichische Arzt. 1936. Nr. 8).

W dotychczasowych pracach Calcio-Coramina zalecana
jest nie tylko jako środek wzmacniający układ krążenia, ale
także jako środek wykrztusny. Z tego względu od wielu lat
była stosowana w całym szeregu przypadków przy czym
zawsze, obok dodatniego wpływu na krążenie, występowało
rozrzedzenie płwociny i łatwiejsze wykrztuszanie. Nieprzy-
jemnych działań ubocznych nigdy nie stwierdzano, w przeci-
wieństwie do większości środków wykrztusnych, i dlatego Cal-
cio-Coramina jest chętnie zażywana przez chorych o wrażli-
wym przewodzie pokarmowym. Następnie autor podaje przy-

padek chronicznego zapalenia wsierdza, gdzie niezbędne było podawanie naparstnicy przez dłuższy czas, dawki musiano zmniejszyć. W tym przypadku okazała się najbardziej wskazana Calcio-Coramina przy dodaniu zupełnie małych dawek naparstnicy. To zjawisko może być wytłumaczone dzięki dwóm składnikom: wapń uczula serce na naparstnicę, coramina wzmacnia swoje działanie dzięki naparstnicy. Należy jeszcze dodać, że w danym przypadku Calcio-Coramina była znoszona jak najlepiej przy bardzo wrażliwym żołądku. Reasumując można powiedzieć, że w Calcio-Coraminie mamy nie tylko środek wykrztuśny, ale i wzmacniający narząd krążenia; dzięki niej można oszczędnie podawać leki wykrztuśne i naparstnicę. To jest ważne, że, gdy w przypadkach, w których żołądek źle oddziaływa przy dłuższym podawaniu środków wykrztuśnych i naparstnicy, to Calcio-Coramina jest zawsze dobrze znoszona.

F. Mikulska.

E. HOMANN. Ratowanie topielców (ze szczególnym uwzględnieniem dzisiejszych metod ratowniczych). (Med. Welt. 1936. Nr. 29).

Autor podaje obszerny referat o sposobach ratowania topielców. Oprócz fizykalnych podaje i farmakologiczne sposoby. Jako środki farmakologiczne, w tym celu używane, podaje adrenalinę, icoral, cardiazol, lobelinę. Na zakończenie autor wyraża się o coraminie w sposób następujący. „Wśród środków nasercowych w ostatnich latach góruje coramina. Wśród prac o niej wyróżniają się prace Schwaabego, Engla, Henricha, Hermannsena, Altmanna, Ludwiga i Hörtnagla. Coramina uważana jest obecnie za najlepszy środek, pobudzający oddech. W porównaniu z działaniem innych środków coramina je przewyższa”. Wreszcie autor proponuje, ażeby w szafkach opatrunkowych na plażach stale była coramina.

F. Mikulska.

Znieczulanie.

K. SISKÁ. O dożylnym uspianiu za pomocą evipanu. (Casopis Lékaru Ceských. 1936 Nr. 32).

Ponieważ po narkozie evipanowej nieraz występują krótszy lub dłuższy czas trwające zawroty i bóle głowy, senność, wymioty i osłabienie, z tego względu narkozy tej nie stosuje się ambulatoryjnie. Przy zastosowaniu normalnej dawki evipanu przebudzenie odbywa się na ogół spokojnie, przy zastosowaniu większych dawek występuje niepokój i zamroczenie. W tych stanach najlepszy skutek daje dożylnie wstrzyknięcie 4—5 cm³. coraminy „Ciba”, oddech staje się głębszy, szybsze przebudzenie się i niepokój mija.

F. Mikulska.

Choroby zakaźne.

Basilios ALVANIS. Skombinowane leczenie malarii chininą i phytiną. (Elleniki Jatriki, Rocznik 9, Nr. 4, kwiecień 1935 r.).

Niektóre przypadki malarii zachowują się opornie na leczenie chininą, co skłoniło do poszukiwania środka, zwalczającego wszystkie postacie malarii. Autor wymienia plasmochinę, atębrinę, połączenie chininy z arsenem, żelazem, błękitem metylenowym i t. d. Dobre wyniki otrzymał autor, stosując połączenie phytyny z chininą. Pierwszy przypadek dotyczy przewlekłej malarii, leczzonej dotychczas bezskutecznie — autor zapisał tutaj phytinę jako *roborans*. Po pewnym czasie ku swemu zdumieniu stwierdził, że gorączka spadła, a stan ogólny chorego znacznie poprawił się. Odtąd w każdym przypadku przewlekłej malarii zapisuje phytinę w ilości 1 grama dziennie — po kilku dniach choroby czują się znacznie lepiej, napady gorączki ustępują, powiększenie śledziony znika, apetyt się poprawia, a waga ciała

podnosi się. Z czasem autor zaczął stosować chininę i phytinę także w przypadkach ostrych z wynikiem równie dobrym, jak w przewlekłych przypadkach. Wszystkie postacie malarii leczono były z zadawalającym rezultatem, przy czym wstrzykiwania chininy zastąpiono leczeniem doustnym. Czas leczenia wynosił 12 dni, co dzień podawano 1 gram chininy i 1 gram phytyny. W przewlekłych postaciach ze znaczną anemią stosowano ponadto *ferrum reductum*. Autor sądzi, że phytyna pobudza ustrój do mobilizacji sił obronnych i produkcji związków obronnych, skierowanych wprost przeciw plasmodiom.

W. K u r o w s k i.

S. K. MIROSZCHINA. Wahania liczby płytek krwi i ich znaczenie w patogenezie krwotoków kiszkowych i skazy krwotocznej w durze brzusznej. (Terapietw. Arch. 1936, t. 14, z. 1).

Zbadano systematycznie płytki krwi u 34 chorych na dur brzuszny. Zmiany w liczbie płytek częściowo szły równolegle do zmian w liczbie leukocytów, częściowo zaś były od nich niezależne. W okresie gorączkowym stwierdzono trombopenię w przypadkach niezbyt ciężkich, a nawet ciężkich, lecz bez objawów zatrucia, w granicach niezbyt wielkich, przy czym liczba płytek zaczynała się wzmaczać jeszcze przed spadkiem gorączki. Znaczna trombopenia świadczy o dużej intoksykacji, wobec czego ma znaczenie dla oceny klinicznej przypadku. Mocny spadek liczby płytek jest przejawem skazy krwotocznej i uprzedza o niebezpieczeństwie krwotoku kiszkowego. Badanie zespołu krwotocznego, a zwłaszcza liczby płytek w durze brzusznej jest rzeczą ważną w tej ciężkiej chorobie.

H. Makower (Łódź).

Choroby krwi i narządów krwiotwórczych.

Arthur J. PATEK Jr. Chlorofil i odnowa krwi. Wpływ zastosowania pochodnych chlorofilu u chorych z przewlekłą niedokrewnością niedobarwliwą. (Arch. Intern. Med. 1936, t. 57, z. 1).

Lekiem klasycznym w niedokrewnościach niedobarwliwych jest żelazo, stanowiące tylko nieznaczną część cząsteczki hemoglobiny. Autorowi chodziło o wyświetlenie kwestii, czy inne czynniki nie mogłyby mieć tu działania przez oddziaływanie na niemetaliczną część barwnika krwi. W tym celu zbadał on wpływ chlorofilu i jego pochodnych, będących w ścisłym związku chemicznym i biologicznym z hemoglobiną. Doświadczenia w tym kierunku na zwierzętach robione były przez Bürgiego, J. M. D. Scotta, E. Scotta i Delora, Saundersa, Zihę i innych. U ludzi stosowali chlorofil Bürgiego i jego współpracownicy. Patek stosował chlorofil z liści alfalfy, feofitynę (chlorofil pozbawiony magnezu), sól sodową chlorofiliny i chlorynę e (produkt rozkładu, bez magnezu; do wstrzykiwań) w 15 przypadkach niedokrewności niedobarwliwej. W 9 przypadkach (12 obserwacji) stosowanie chlorofilu i jego pochodnych wywołało wyraźny i znaczny wzrost stężenia hemoglobiny i wtórny odczyn retikulocytarny. Wynik ten otrzymano zarówno przy stosowaniu preparatów chlorofilowych doustnym jak i pozajelitowym. Z badań tych wynika, że ustrój może użytkowywać preformowane substancje pyrrolowe dla budowania hemoglobiny.

H. Makower (Łódź).

R. KLIMA. Leczenie płamicy małopłytkowej. (Kl. Woch. Nr. 26, 1936).

Przyczynę krwawień w małopłytkowej płamicy upatruje się w zmniejszonej liczbie płytek a właściwie w znaczniejszym ich niszczeniu przez śledzionę. Na skutek tego w leczeniu tego cierpienia stosowano przetaczanie krwi (objawowo) i splenektomię (przyczynowo). W istocie oba te sposoby pomagają w niektórych przypadkach, w innych pozostają bez wpływu lub dają tylko krótkotrwałe. Ze względu na

ciężkość zabiegu operacyjnego poszukuje się stale wewnętrznych środków leczniczych. Opierając się na badaniach doświadczalnych, autor zastosował w 9-u przypadkach adrenalinę pod postacią preparatu stryphnon. Adrenalina wpływa na zmniejszenie przepuszczalności naczyń a także bodźcowo na układ megakariocytowy szpiku, — i tą drogą udało się autorowi wyleczyć szereg chorych, nawet w stanie rozpaczliwym. Zaletą stryphnonu jest możliwość podawania go doustnie. Dawki stosowane były nieduże: 5% roztwór stryphnonu 2×2 cm. podskórnie lub 5×5 cm. doustnie. Stan chorych poprawiał się szybko, krwawienia ustępowały, odczyn opaskowy stawał się ujemny. Kontrola hematologiczna potwierdziła obraz kliniczny, dając wzrost liczby płytek do normy.

Antoni Wajngot.

Choroby skóry, weneryczne i płciowe.

Giuseppe AURISICCHIO. **Nowe badania nad męskim hormonem płciowym.** (D. med. Wschr. 1936. Nr. 28, 1128—30).

Autor zwrócił główną uwagę na antagonistyczne działanie męskiego płciowego hormonu na ustrój kobiecy oraz zamierzał przenieść na króliki doświadczenie L e n d l e ze szczurami. L e n d l e, jak wiadomo, doszedł do wniosku, że męski hormon hamuje procesy owulacji przez wpływ na przysadkę mózgową. Autor brał do doświadczeń królice 3—4 miesięczne, którym wstrzykiwał codziennie 1 ccm erugonu Bayera, co odpowiada 2 jednostkom kogucim. Począwszy od 3 dnia każdej królicy dodano męskiego osobnika na 48 godzin, w tym czasie samica otrzymywała jeszcze jeden ccm. Erugonu. Samice okazywały wyraźną niechęć do kopulacji. Te same samice pozostawiono na 24 godziny z innymi samicami — po 20 dniach stwierdzono u tych ostatnich ciążę. W drugim doświadczeniu samice, które stały się niepłodne, po 20 dniach pokryto, i u tych, po normalnej ciąży, doszło do normalnego pomiotu. U samic zatem można wywołać przemijającą niepłodność za pomocą męskiego hormonu płciowego; chodziło teraz o stwierdzenie, że odbywa się to z udziałem przysadki mózgowej. Przy wykonywaniu odczynu ciążowego A s c h h e i m - Z o n d e k a autor był w możności wywołać zahamowanie drobnych wybroczyn krwawych po uprzednim podawaniu samiecze wyciągu z jąder. W doświadczeniach swych autor poszedł dalej: 3 miesięcznej samicy wstrzyknął moczu ciężarnej, drugiej samicy zaś na pół godziny przed wstrzyknięciem moczu dał domięśniowo dużą dawkę erugonu. Po 48 godzinach zwierzęta zabiło. W 1 przypadku stwierdzono liczne drobne wybroczyny, w II zaś małe pęcherzyki z surowiczą zawartością. Autor uważa tę metodę za nowy test dla męskiego hormonu płciowego. (Podobne wyniki daje Androstina — przyp. Refer.). W. K u r o w s k i.

K. PASCHKIS i A. SCHWONER. **Płciowo niespecyficzny wpływ męskiego hormonu płciowego na przemianę kreatynową.** (Arch. internat. de Pharmacodyn. et de Thér. Tom 52 zeszyt 2, styczeń 1936 r.).

Autorzy już dawniej donosili o wpływie hormonów płciowych na przemianę kreatyny. Niniejsze próby dotyczą starych kobiet. Przez podanie wraz z kreatyną hormonu (Menformon lub Androstina) udawało się znacznie podnieść tolerancję na kreatynę. Androście wstrzykiwano domięśniowo w ilości 5 ccm. Okazało się, że u kobiet, będących po przekwitaniu, nie tylko żeński, ale także i męski hormon ma wpływ na tolerancję kreatyny, czyniąc ustrój zdolnym do spożytkowania kreatyny, wprowadzonej z zewnątrz. Wpływ ten rozciąga się na kreatynę wytworzoną w ustroju z dostarczonego glikokolu. Takie samo działanie, jak Androstina, wykazuje syntetycznie otrzymany przez Cibę Androsteron.

W. K u r o w s k i.

Americo VALERIO. **Leczenie przerostu stercza męskim i żeńskim hormonem płciowym.** (D. med. Wschr. 1936. Nr. 28).

Autor leczył 35 przypadków przerostu stercza jednocześnie za pomocą Erugonu (w Polsce niedozwolony — odpowiednik Androstina „Ciba” — przyp. Ref.) i Undenu (odpowiednik Agomensina — przyp. Ref.). Pacjenci otrzymywali co dzień 1 iniekcję erugonu i 4 drażetki undenu. Z 35 przypadków było 30 klinicznych wyleczeń, 5 przypadków wykazało znaczną poprawę.

W. K u r o w s k i.

CLEVELAND. **Lichen simplex chronicus.** (Arch. of Derm. and Syphil. 32/2 luty 1936).

Jest to analiza 170 przypadków *lichen simplex chronicus* Vidala. Cierpienie to występuje częściej u kobiet, niż u mężczyzn, trzykrotnie częściej u brunetów, niż u blondynów, daleko częściej w Japonii i Chinach, niż w Europie. Czynniki neuropochodny nie występuje dostatecznie często, aby przypuszczać, że chodzi o neurozę skóry i aby usprawiedliwić nazwę *neurodermitis*. Miejscowe urazy minimalne, lecz stale i długo się powtarzające stanowią jedyny czynnik etiologiczny; są to tarcie, drapanie, ucisk garderoby, często w związku z pewnymi przyzwyczajeniami lub ruchami, stale powtarzanymi. Kiedy powstaną zmiany strukturalne skóry skłonność do podrażnień zwiększa się i powoduje jeszcze silniejsze drapanie.

Alfred E t t i n g e r.

A. TOURAINE. **Alopecje wrodzone.** (Bull. Med. 50/13 28 marzec 1936).

Tych spraw nie można zgrupować ani według ich przyczyn, ani fizjologii patologicznej, ani teratogenezy. Wobec tego autor klasyfikuje je podług wyglądu klinicznego i dzieli na: 1) dystrichozy wskutek niestálych zaburzeń czynności włosotwórczej wraz ze zmianami chorobowymi włosów, 2) alopecje umiejscowione spowodowane prawie zawsze umiejscowionymi zmianami wrodzonymi, 3) alopecje uogólnione, łączące się z innymi zaburzeniami wskutek zmian rozwojowych ektodermy. Autor bada wygląd zmian, przebieg kliniczny sprawy oraz łączące się z każdą z tych grup inne dysplazje ektodermalne. Spośród przyczyn etiologicznych główne znaczenie ma, zdaje się, kila dziedziczna drugiego i trzeciego pokolenia.

Alfred E t t i n g e r.

A. SEZARY, P. LEFEVRE i P. CHAUVILLON. **Urticaria pigmentosa, dermatografizm i mastocyty.** (Bull. de la Soc. Franç. de Derm. et de Syphil. Nr. 6 1936).

Jeden z autorów już uprzednio wyraził przypuszczenie, że objaw pokrzywki wywołanej, który powstaje na plamach barwnikowych, jak w *urticaria pigmentosa*, lub skórze zdrowej, jak przy dermatografizmie może zależeć od obecności różnych liczb komórek tucznych w skórze właściwej. Ucisk, wywierany na skórę, wyciskałby z tych komórek jakąś substancję, której rozlanie wywołuje odczyn pokrzywkowy, nie swędzący. Przy badaniu porównawczym odcinków skóry osobników zupełnie zdrowych ze skórą obarczonych dermatografizmem stwierdzono u zdrowych średnio 0,6—1 mastocytę w polu widzenia mikroskopowego, a 9 u osoby z dermatografizmem (liczby czerwonych ciałek krwi były jednakowo normalne). Poza tym zbadano skórę osobnika, dotkniętego *urticaria pigmentosa*, z wszystkimi charakterystycznymi dla niej cechami, który nie miał dermatografizmu w obrębie skóry zdrowej. Biopsja wykryła średnio w polu widzenia wśród plamy barwnikowej — 13 mastocytów, w miejscach zdrowych — 3,5. Autorowie są zdania, że dokładne zbadanie tych rzeczy może się przyczynić do wyjaśnienia kwestii występowania objawów pokrzywki.

Alfred E t t i n g e r.

Streszczenia pojedyncze.

Patologia kliniczna i doświadczalna.

STIRNIMAN. Przyczynek do rozpoznawania stanów hipowitaminozy. (Schweiz. med. Woch. Nr. 20, 1936).

Możliwość występowania ostrej awitaminozy C pod postacią skorbutu jest w warunkach racjonalnego odżywiania minimalna. Autor przez 31 lat praktyki w Lucernie widział wszystkiego 2 przypadki. Jednakże między rozwiniętym obrazem choroby a stanem zdrowia istnieje mnóstwo przejść, które znać należy, gdyż poprzedzają one wybuch rozwiniętego schorzenia. Takie stany przejściowe zjawiają się nierzadko w 2—3 półroczu życia dziecka. Charakteryzują się niedokrewnością, spadkiem napięcia tkanek i utratą łaknienia — bez jakichkolwiek objawów krwotocznych. Test Tilmanna na określenie witaminy C w moczu chorego wyjaśnia źródło choroby. Autor przytacza 2 przypadki ciężkiego niedożywienia z niedokrewnością, wyleczone podawaniem witaminy C po 50 mgr dziennie. Test Tilmanna wykazuje — jako przeciętną z prac różnych autorów — zapotrzebowanie witaminy C u dzieci ok. 25 mgr, u dorosłych — 50 mgr dziennie. Zapotrzebowanie większe wskazuje na uprzednio istniejący stan hipowitaminozy. Autor bardzo poleca w wątpliwych przypadkach obliczenie „bilansu witaminowego”. Pozwoli to zastosować leczenie przyczynowe i odsunąć możliwość wystąpienia ostrej awitaminozy lub towarzyszących jej cierpień, jak np. wczesnej próchnicy zębów.

Antoni Wajngot.

M. SCHUR. Związek między tarczycą a nadciśnieniem samorodnym. (Wien. kl. Woch. Nr. 19—1936).

Próby uzależnienia t. zw. nadciśnienia samorodnego od nadczynności tarczycy, dokonywane przez wielu autorów na płaszczyźnie oznaczania podstawowej przemiany materii nie dały pozytywnych wyników ze względu na znaczną zmienność jej i zależność od czynników psychicznych. Oznaczanie przemiany jodowej również nie doprowadziło do pewnych wyników. Tem niemniej autor podjął ponownie badanie zależności nadciśnienia od tarczycy, stosując czuły test nadtarczyczości, a mianowicie obliczając w krwi obwodowej procent barwionych przyżyciowo krwinek czerwonych w/g metody Trautenberg'a. We wszystkich prawie przypadkach samorodnego nadciśnienia stwierdzono częstoskurcz i zwiększenie liczby krwinek czerwonych barwionych przyżyciowo. Aby wykazać *ex juvantibus* słuszność poglądu o tarczycowej patogenezie nadciśnienia, podawano dijdetyrozinę i w przebiegu tego leczenia uzyskiwano nieznaczny spadek ciśnienia krwi i szybkości tętna obok wyraźnego spadku liczby krwinek barwionych przyżyciowo. Doświadczenia te przemawiają za udziałem tarczycy w patogenezie nadciśnienia. Udział ten nie jest pierwotny, lecz zależy od lepszego ukrwienia tarczycy, czego uprzednio dowiódł Bauer. Opis metody Trautenberg'a znajduje się w *Folia Haematologica* Nr. 36, 1932.

Antoni Wajngot.

Medycyna Społeczna, Higiena, Epidemiologia i Statystyka.

M. Z. TIER-OSIPOWA, B. E. KAUSZANSKAJA, W. N. KALININA, T. I. IWANOWA, I. A. MISZNE i W. N. SIENKO. O wchłanianiu jelitowym enterowakcyny rozmaicie przyrządzonej. (Żurn. mikrobiol., epidemiol. i immunobiol., 1936, t. 16, z. 3).

Autorzy badali wpływ stanu zawieszenia (tabletki lub płyn) enterowakcyny durowo-paradurowo-czerwonkowej, nagrzewanej i formalinizowanej, na stopień powstawania przeciwciał zlepných i wiążących dopełniacz u zdrowych robotników i studentów, którym podawano te szczepionki 3 dni z rzędu

rano na czczo. W odniesieniu do aglutynacji nie stwierdzono różnicy między tabletkami a zawiesiną, natomiast wiązanie dopełniacza stwierdzono w przeszło połowie przypadków po tabletkach formalinizowanych, a tylko w 3,7% po emulsji. Szczepionki ogrzewane miały słabsze działanie od formalinizowanych (średnio 35% dodatnich odczynów aglutynacyjnych wobec 58% ze szczepionkami z formaliną).

H. Makower (Łódź).

A. E. OZOŁ. W kwestii długotrwałości odporności po szczepieniu ospy. (Żurn. mikrobiol., epidemiol. i immunobiol., 1936, t. 16, z. 3).

W Centralnym Regionie Śródziemnomorskim 54,4% chorych w l. 1930—1933 na ospę było skutecznie szczepionych kilka miesięcy do 10 lat przed zachorowaniem. Rewakcynacja wszystkich dzieci, przeprowadzona w r. 1932, wykazała przyjęcie się krowianki u 42—58,8% szczepionych. Przyczyna tego tkwi w używaniu poprzednio zbyt słabych emulsji. Należy podnieść rozcieńczenie, dające odczyn dodatni na rogówce królika, z 1/5000 na 1/40000 i używać tylko świeżej emulsji. Po zastosowaniu krowianki mocnej uzyskano po 2 latach dodatni wynik przy ponownym szczepieniu tylko w 3,3% przypadków.

H. Makower (Łódź).

A. G. SZICHER. Próba czynnego uodparniania przeciw płonicy za pomocą aut szczepionki paciorkowcowej. (Żurn. mikrobiol., epidemiol. i immunobiol., 1936, t. 16, z. 3).

Woronin zastosował do uodparniania przeciwko płonicy szczepionkę z paciorkowców własnych osób uodparnianych. Szicher posługiwał się tą metodą w 145 przypadkach. Wyniki uzyskane nie były lepsze niż po zwykłej szczepionce paciorkowcowej, odczyny poszczepienne były co prawda mniejsze, ale skomplikowanie techniczne i tak nie pozwala na masowe stosowanie tej metody.

H. Makower (Łódź).

G. A. SINAJ i E. W. DAWYDOWA. Zakaźność moczu w durze płamistym. (Żurn. mikrobiol., epidemiol. i immunobiol., 1936, t. 16, z. 3).

Autorzy francuscy stwierdzili obecność jadu duru płamistego w moczu szczurów. Sinaj i Dawydowa przebadali w tym kierunku 10 chorych na typowy dur płamisty, mocz ich nie był w stanie wywołać zakażenia świnek morskich. Również mocz dzikich szczurów, których krew dawała dodatni odczyn Weill-Felix'a, nie zawierał jadu duru płamistego.

H. Makower (Łódź).

SCHWANDER. Dyfuzja węglowodorów chlorowanych przez skórę. (Arch. Gewerbepathol. 7/36)

Badania farmakologiczne Instytutu berneńskiego doprowadziły do ustalenia stopnia rezorpcji przez skórę chlorowcopochodnych węglowodorów. Związki te, mające szerokie zastosowanie w technice, kosmetyce i medycynie, bywają silnie trujące, a możliwość rezorpcji przez skórę bywa większa, niż się przypuszcza. Do ciał, mogących wskutek rezorpcji skórnej wywołać śmiertelne zatrucia, należą: 3-chloroetan, 4-chloroetan, 6-chloroetan, 3-chloroetylen i jodek etylowy. Nie rezorbują się przez skórę: eter winylowy i czterometyloolów. Najsilniejszą rezorbcję wykazuje 4-chloroetan, stosowany jako składnik płynnych mydeł do mycia głowy, środek przeciwpaśmożytniczy i rozpuszczalnik lakierów. Związek ten posiada, jak wiadomo, właściwości, działające szkodliwie szczególnie na wątrobę i nerki. Chlorowe pochodne węglowodorów, wrzące poniżej 80°C, nie wykazują działania narkotycznego, a działanie to wzrasta proporcjonalnie do wysokości punktu wrzenia. (Przyp. ref.: Duvoir i Coste podają, że i czterometyloolów, stosowany jako dodatek „antidetonacyjny” do benzyny lotniczej, rezorbuje się przez skórę — *Med. d. travail* 1935. Jest to środek,

który wywoływał śmiertelne zatrucia, głównie przez wdychanie, ale częściowo i przez skórę). J. H o z e r.

Choroby jamy ustnej, gardła, nosa i uszów.

I. ZANGE. **Badania histologiczne nad anginą nekrotyczną w agranulocytozie i innych niedomogach białego układu krwiotwórczego.** (Frankf. Z. f. Pathol. 1935. Nr. 4).

Autor badał histologicznie migdałki, wyluszczone u 8 chorych z anginą agranulocytową i u 1 chorego, dotkniętego biaczką szpikową. U 2 chorych zgorzel migdałków zaczęła się rozwijać dopiero po przybyciu do szpitala, na oczach lekarzy. Zgorzel rozpoczynała się w głębi migdałków, które miały wygląd zwykłej anginy z naciekiem okółmigdałkowym. Rozwijając się w przestrzeni zamkniętej, zgorzel ta stanowiła dobry grunt dla beztlenowców, niszczących tkankę. Te właściwości anatomiczne i bakteriologiczne objaśniają częstość i niebezpieczeństwo spraw nekrotycznych gardzieli i migdałków, i dlatego autor zaleca wyluszczenie migdałków w przypadkach agranulocytozy. S.

PIQUET i DECOULX. **Aspiracja zawartości oskrzeli w przypadku ich pooperacyjnego zatkania.** (Bronchoscopie 1936, Nr. 2).

W 36 godzin po operacji torakoplastyki u 40-letniej kobiety wystąpiła nagle duszność, stan ogólny niepokojący. Przyczyną duszności było zatkanie oskrzeli wydzieliną ciągnącą się, gęstą, jak syrop cukrowy. Wykonano bronchoskopię i wyssano 10—15 ctm.³ wydzieliny z obu oskrzeli, po czym nastąpiła natychmiastowa ulga. Autorzy zwracają uwagę, że po operacjach płucnych, a zwłaszcza po torakoplastyce, pierwsze 24—48 godzin stanowią krytyczny termin, w którym taka niedrożność oskrzeli się zdarza. Okres ten wymaga przeto szczególnej czujności, aby we właściwym czasie wykonać aspirację zawartości oskrzeli. S.

R. BERTOIN. **Nakłucie lędźwiowe w leczeniu zespołu objawów „bładości hipertermicznej” po zabiegach na wyrostku sutkowym.** (Ann. Oto-Laryng. 1936, Nr. 3).

Niezwykle wysokie stany gorączkowe do 42°, połączone z uderzającą błądzą i zapaścią, zdarzają się u dzieci poniżej roku życia po lekkich zabiegach na wyrostku sutkowym. Stan ich jest zawsze bardzo groźny. Na zasadzie swego przypadku i danych z piśmiennictwa uważa autor za przyczynę tego stanu wzmocnienie ciśnienia wewnątrzczaszkowego natury toksycznej. Bezpośrednio po nakłuciu lędźwiowym ciepłota spada, i ogólny stan ulega poprawie. Płyn nie wykazuje zmian chemicznych, ani cytologicznych. Nakłucie ratuje życie. S.

Choroby serca i naczyń.

Charles W. GREENE. **Rozszerzenie naczyń wieńcowych wywołane niektórymi wyciągami z narządów i lekami.** (Journ. of Pharmac. and Experimental Therap. Tom. 57 Nr. 1936 r.).

W doświadczeniach na psach autor badał następujące związki, działające na serce: Padutinę (świeży hormon sercowy, wyciąg z trzustki), Lacarnol (wyciąg z mięśni), Adenosinę i Coraminę. Omówiony został szczegółowo mechanizm działania tych leków na krążenie w naczyniach wieńcowych, a kilka krzywych ilustruje wpływ wymienionych środków na ciśnienie krwi i ukrwienie naczyń wieńcowych. Coramina wywołuje szybkie i intensywne rozszerzenie naczyń wieńcowych ponad 60% przy jednoczesnym spadku ciśnienia tętniczego o 16%. W przeciwieństwie do t. zw. hormonów sercowych coramina nieznacznie tylko obniża ogólne ciśnienie krwi. Wyciągi z trzustki i mięśni wywołują ostry i głęboki spadek ciśnienia krwi przy mniej lub więcej zaznaczonym rozszerzeniu naczyń wieńcowych. W. K u r o w s k i.

H. SCHÜLTEN. **Co możemy uczynić w endocarditis lenta?** (Med. Kl. 1935, 29)

Ankieta ogłoszona przez autora, na którą odpowiedzieli T. Brugsch, W. Nonnenbruch, R. Schmidt, R. Boller, W. Falta i inni. Niemal we wszystkich punktach odpowiedzi zgadzały się i były jednobrzmiące. Sprawa chorobowa w 100% daje śmierć. Przebiegu i czasu trwania choroby nigdy nie możemy określić. Wielu autorów nie stosuje żadnych środków leczniczych, gdyż mają one rzekomo tylko szkodzić. Objawowo radzą stosować Piramidon, transfuzje krwi, arsen i wyciągi wątrobowe, w przypadkach wad zastawkowych preparaty naparstnicy i strofantynę. Wszystkie te środki mogą nie dać żadnego wyniku. Wyhodowanie paciorkowca zielonego ze krwi nie upoważnia nas jeszcze do postawienia rozpoznania *endocarditis lenta*, o ile pozostałe objawy kliniczne nie są charakterystyczne dla tego cierpienia. S. G u z m a n.

Choroby kobiet i położnictwo.

ADAIR i DAVIS. **Przewlekłe zanikowe zapalenie skóry sromu.** (Surg. Gyn. Obst. 1935 str. 433—442).

Zdaniem autorów, schorzenia, opisywane jako *craurosis*, *leucoplakia vulvae*, *leucocraurosis* i t. d. stanowią jedynie różne okresy tej samej choroby — przewlekłego zapalenia zanikowego skóry sromu. Na 9682 chore ginekologiczne spostrzegali 23 takie przypadki. W 9 przypadkach wykonana została *vulvoectomy* z doskonałym wynikiem. Leczenie może być tylko chirurgiczne, inne sposoby lecznicze zawodzą. Schorzenie to uważać należy jako przedrakowe, albowiem w 50% przechodzi w raka. Dlatego też leczenie chirurgiczne stanowi tu zabieg zapobiegawczy przeciwko rakowi. S.

A. ACKERMANN. **Zakażenie trichomonas vaginalis.** (Derm. Ztschr. 1935 str. 132).

Najczęściej powstaje zakażenie u ciężarnych, chorych na rzeżączkę, po porodzie i u kobiet, żyjących płciowo z wieloma mężczyznami. Oprócz pochwy i szyi macicznej bywają zajęte cewka moczowa i gruczoły płciowe. Leczenie polega na wprowadzeniu do pochwy tabletek spirocidu lub sproszkowanego kwasu borowego, do cewki moczowej — sztyfty z 3—10% jatrofem i przemywania 3% roztworem tegoż. S.

AVELLA. **Leczenie krwotoków macicznych za pomocą diatermii przysadki.** (Gynecol. 1935 str. 729—760).

19 kobiet w wieku od 26 do 44 lat (jedna miała 59 lat), cierpiących na krwotoku maciczne, połączone z bólami głowy, podczas periodu, było poddanych leczeniu diatermią przysadki z wynikiem pomyślnym. Stosowano małe dawki, liczba sesji 6—10, w niektórych przypadkach po miesiącu leczenie powtarzano. Jedna elektroda była pomieszczona na czole, druga na potylicy, w niektórych przypadkach dodawano diatermię gruczołów piersiowych i tarczycy. Według autora, diatermia przysadki sprzyja kurczliwości muskulatury macicy, wywołuje działanie zwężające na naczynia krwionośne macicy i jajników i wzmacnia krzepliwość krwi. Z tych względów może być stosowana do tamowania krwotoków macicznych. Nowotwory niezłośliwe macicy (włókniaki) zmniejszają się po diatermii przysadki. S.

Choroby dzieci.

HOHMANN. **Leczenie przewlekłych zapaleń stawów u dzieci.** (Med. Kl. Nr. 35 — 1936 r.).

Odsetek przewlekłych zapaleń stawów, które z powodu niewłaściwego leczenia kończą się nieusuwalnymi zniekształceniami jest bardzo wielki. Zwykle stwierdzamy: zesztynienia wielu stawów, przykurcze, nieprawidłowe ustawienia kończyn. Los tych chorych jest straszny. W wielu przypadkach

tego rodzaju końcowe, nieodwracalne już stany dałyby się unikać, gdyby zawczasu przez odpowiednie leczenie zapobiec ich powstawaniu. W tym celu należy jeszcze we wczesnych okresach, zanim doszło do zniekształceń, ułożyć kończyny w pozycji prawidłowej. A więc, stopę można utrzymać w pozycji normalnej za pomocą szyny Volkmana lub opatrunku gipsowego w postaci szyny. W podobny sposób można zabezpieczyć stawy kolanowe przed przykurczami. Stawy biodrowe mają tendencję do abdukcji lub addukcji, niekiedy do przykurczu: Ułożenie kończyny w lekkim zgięciu i zabezpieczenie szyną gipsową przeciwdziała wadliwemu jej ustawieniu. Podobnie staw barkowy narażony jest na przykurcz w addukcji: ułożenie właściwe — w abdukcji, odpowiednio zabezpieczone. Dłoń winna być ułożona na szynie gipsowej celem zmniejszenia dolegliwości oraz zabezpieczenia przed przykurczem. Wobec tego, że stawy chore mają tendencję do zeszytywnienia, należy się starać o utrzymaniu ich ruchomości. W tym celu należy poruszać stawami. Dlatego też ułożenie stawów w pozycjach, o których wyżej była mowa, a które mają na celu zabezpieczenie kończyn przed przykurczami, nie powinno doprowadzić do unieruchomienia stawów. W tym celu należy wykonywać ruchy bierne i czynne w kąpieli (t. 37—38°C.), która zmniejsza napięcie mięśni i czyni ruchy mniej bolesnymi. Obok tego autor zaleca mięsienie pod wodą wg. Trautwein'a. Dozwolone są również ruchy czynne, wykonywane przez samego chorego, który najlepiej sam potrafi tymi ruchami kierować bez szkody dla siebie. Autor twierdzi, że tego rodzaju gimnastyka nie tylko zachowuje ruchomość stawów, ale przyspiesza proces gojenia się stawów zapalnych. Przemawiają za tym również zmiany anatomiczno-patologiczne w stawach: stwierdzamy tam zgrubienie torebki maziowej, guzkowate nacieki zapalne w tkance dookoła stawu, znaczne zwężenie światła tętnic z powodu przerostu błony wewnętrznej naczyń, zwyrodnienie mięśni, ogniska bliznowate. Otóż stwierdzono, że przy zachowaniu ruchomości stawów następuje przekrwienie tkanek w okolicy chorych stawów, to zaś sprzyja procesowi regeneracji i cofaniu się sprawy chorobowej. Gdy poruszanie stawami nie jest bolesne, chory powinien wstawać z łóżka, gdyż obciążenie stanowi bodziec, który sprzyja przywróceniu należytej czynności chorym stawom. Przyspieszone opadanie krwinek nie jest przeciwwskazaniem do wstawania. Mięśnie należy pilnie masować. Rzecz naturalna, że obok tych środków mechano-ortopedycznych nie należy zaniedbywać stosowania leków, jak salicyl, pyramidon, okłady i t. d. Leczenie przewlekłych zapaleń stawów jest bardzo długotrwałe i wymaga dużej cierpliwości, jest jednak bardzo skuteczne, gdyż umożliwia przywrócenie chorym kończynom należytej ich sprawności. Należy tylko pamiętać o kardynalnej zasadzie leczenia przewlekłych zapaleń stawów: o d początku stosować leczenie czynne.

A. Kirszbrown.

Choroby skóry, weneryczne i płciowe.

RITTER i WADEL. Wyciąg z kory nadnercza w leczeniu trądzika pospolitego (acne rosacea). (Derm. Woch. Nr. 19. 1936 r.).

Tylna część przysadki i wyciąg z kory nadnerczy wołów działają bardzo skutecznie w trądziku pospolitym. Dawno już stosowano wyciągi te z dobrym skutkiem w postaci proszków do wachania. Autorzy podawali w przypadkach, nie poddających się żadnemu leczeniu, wyciąg z kory nadnercza podskórnie. Stosowali oni preparat Cortidyn-Prumont'a co drugi dzień po 1 cm sz. Razem wstrzykiwali 60—70 ampulek. Wyniki były doskonałe. O działaniu farmakodynamicznym tego preparatu nie pewnego powiedzieć nie można.

Cajlingold.

SCHUBERT i KITTEL. Porównanie kilku sposobów postępowania w rzeżączce kobiet. (Derm. Woch. Nr. 20 1936 r.).

Autorzy badali porównawczo działanie 2% flawadyny,

10% tagresiny i 5% agesulu. Stwierdzili oni, że flawadina skracająca nieco okres leczenia, ale prowadzi często do powikłań i wywołuje nadżerki części pachwowej. Powyższe trzy preparaty autorzy wstrzykiwali do szyi macicy, przy czym wlewali powyżej 2—2,5 cm. sz. leku, większe ilości wywoływały bóle brzucha, wymioty i krwawienia. Wszystkie trzy metody dały jednakowe wyniki: 73% pacjentek po 10 dniach leczenia nie wykazywało objawów chorobowych, badania bakterioskopowe i w hodowlach gonokoków nie wykrywały. W ten sposób czas pobytu pacjentki w szpitalu łącznie z czasem koniecznym do ustalenia diagnozy i do prowokacji po ukończonej kuracji nie przewyższał 25 dni. W przypadkach, w których metodą powyższą zawodziła, autorzy stosowali do mięszu szyi Compligon. Po wstrzyknięciu czasami podnosiła się temperatura, na ogół jednak zabieg był dobrze znoszony. Wyniki leczenia tą metodą były dobre. Badania po prowokacji Arthigonem i po miesieczce gonokoków nie wykazywały. Cajlingold.

A. SÉZARY. W sprawie nozologii pokrzywki barwnikowej. Mastocytomy. (Bull. de Dermat. et Syphil. 1936 Nr. 2).

Pod nazwą pokrzywki barwnikowej rozpoznajemy zazwyczaj schorzenie, polegające na obecności stałych plam barwnikowych w skórze, które przy podrażnieniu mechanicznym stają się pokrzywkowymi. Można podciągnąć pod nazwę pokrzywki barwnikowej również przypadki, w których zamiast plam występują grudki lub guzki. Natomiast, zdaniem autora, nazwa „pokrzywki barwnikowej bez zabarwienia” dla małych nowotworów różowawych, które również nabierają cech pokrzywkowych przy potarciu i przypominają klinicznie torbielowe gruczolaki potowe, jest nieścisła i sprzeczna z samym brzmieniem. Autor proponuje zatem nazwać te nowotwory „mastocytomami” wobec stwierdzenia pod drobnowidzem licznych skupień komórek tucznych. Tak więc pokrzywka barwnikowa grudkowa lub guzkowa jest niczym innym, zdaniem autora jak mastocytomą barwnikową.

H. Gabałowa.

PHOTINOS. Wyjątkowy przypadek przerosłych łepięży. datujących od 2½ lat przy ujemnym odczynie BW. (Bulletin de Dermat. et Syphil. 1936 Nr. 2).

Autor opisuje przypadek, dotyczący chorego lat 66, u którego w pachwinach, na wewnętrznej powierzchni uda lewego oraz na kroczu stwierdzono przerosłe twarde grudki koloru czerwonego z odcieniem miedzianym, wielkości od grochu do orzecha laskowego, o powierzchni gładkiej, miejscami owrzodzonej lub pokrytej białym nalotem. Pomimo, że obraz kliniczny przemawiał za kiłą, to jednak kilkakrotne badania krwi na odczyn BW, jak również początkowe badanie na krętki blade dały wynik ujemny. Nikt z otoczenia chorego nie był zarażony. Dopiero po pobraniu surowicy z głębiej leżących warstw stwierdzono bardzo liczne krętki blade. Wyżej opisane zjawisko można wytłumaczyć stosowaniem przez dłuższy czas różnych odkażających maści, które mogły zniszczyć całkowicie krętki, leżące powierzchownie.

H. Gabałowa.

M. G. MILIAN. Łupież pstry przebarwiony. (Bull. de Dermat. et Syphil. 1936 Nr. 2).

Autor opisuje przypadek łupieżu pstrego u murzyna, u którego na tle skóry jaśniejszej, niż mają zazwyczaj murzyni, na przykład z Sudanu albo z Senegalu, można było zaobserwować na klatce piersiowej, na szyi i w górnej części ud plamy czarne, jak tusz, wielkości od soczewicy do monety 1-frankowej. Przy zdrapaniu paznokciem występowały drobne łuseczki, w których pod drobnowidzem stwierdzono bardzo liczne zarodniki *microsporum minutissimum*. Zatem obok łupieżu pstrego odbarwionego istnieje również łupież pstry przebarwiony, co bynajmniej nie upraszcza wytłumaczenia istoty tych różnych zabarwień.

H. Gabałowa.

I. DESNEUX. O tak zwanym dodatnim odczynie Wassermanna w płynie mózgowo-rdzeniowym chorych na nowotwory układu nerwowego. (Presse Méd. 1936 Nr. 32).

Sézary i Terrasse, opierając się na licznych

obserwacjach, stwierdzili odczyn WR dodatni w płynie mózgowo-rdzeniowym chorych na nowotwory układu nerwowego. Autor uważa, że wynik obserwacji jest niesłuszny, wynika z błędnej techniki laboratoryjnej i zależy od używanego antygeny. Otóż antygen, który zawiera proteiny, nie będąc uprzednio podgrzany do 56°, posiada właściwość utrwalającą, niespecyficzną w stosunku do surowicy ludzkiej. Ponieważ nie ma potrzeby podgrzewania płynu mózgowo-rdzeniowego, jako że nie zawiera dopełniacza, stąd możliwość błędu przy użyciu antygeny proteinowego. W przypadkach zatem nowotworu układu nerwowego, o ile chory nie ma kiły, zdaniem autora, odczyn Wassermana jest zawsze ujemny.

H. G a b a y o w a.

Choroby nerwowe i psychiczne.

Paul HONEKAMP. Rozważania nad powstawaniem i próby leczenia zaburzeń w układzie wegetatywno-wewnątrzwydzielniczym. (Fortschr. Ther. 1935 Z. 1—5).;

Paul HONEKAMP. Zaburzenia harmonii układu wegetatywno-wewnątrzwydzielniczego, ich przyczyna i leczenie środkami naturalnymi. 1935. (Nakład własny. Str. 64).

Paul HONEKAMP. Leczenie chorych psychicznych uzdrawianiem układu wewnątrzwydzielniczo-wegetatywnego za pomocą naturalnych środków leczniczych. 1936. (Nakład C. Marholda. Str. 150).

H o n e k a m p, lekarz brandenburski, ordynator miejskiego zakładu psychiatrycznego Görden, w krótkim artykule i w 2-ch monografiach z r. 1935 i 1936 wypowiada dosyć oryginalne i mocno hipotetyczne koncepcje z dziedziny patogeny, które nielatwo w kilku zdaniach zreferować, a jeszcze trudniej realności ich dowieść. W grubych zarysach wszystko sprowadza się do tego, że autor twierdzi — nie wiem, czy słusznie, — iż choroby układu dokrewno-wegetatywnego na całym globie ziemskim mnożą się w najróżnorodniejszych zespolach i kombinacjach. Osobiście mam wrażenie, że nie tyle się mnożą, ile lepiej się dają wyodrębnić biologicznie oraz poznać i tłumaczyć klinicznie. Doszukując się przyczyny tego zjawiska, autor sięga do kolebki ludzkości, do antropoidów człekopodobnych, do *homo ferus*, do *homo sapiens* i śledzi sposób żywienia się naszych praocjów w epoce geologicznej trzeciorzędowej, w epoce dyluwialnej, gdy z odkryciem sztucznego ognia porzucono stopniowo prymitywny wegetarianizm, w okresie polodowcowego *alluvium* z wiekopomnym przedhistorycznym wynalazkiem naczynia glinianego do gotowania naturalnych produktów spożywczych świata roślinnego. Istnieją według H o n e k a m p a poważne dane, że człowiek pierwotny, karmiący się surowizną (Rohkost), gdy zaczął korzystać z ognia i garnka glinianego, pozbawił się dobrowolnie i świadomie przez setki tysięcy lat różnych niesmacznych i przykrych części składowych surowizny, ale jednocześnie nieświadomie i licznych pożądaných a niezbędnych dla organizmu substancji, zwłaszcza witaminowych. Rozwijała się stopniowo pod wpływem zmiany środowiska żywicielskiego (Ernährungsmilieu) w biegu tysięcy pokoleń swoista dyswitaminoza powszechna wraz z „funkcjonalnym zaburzeniem wkrewno-wegetatywnego układu i odnośnych ośrodków między- i śródmózgowia, ośrodków rządzących gospodarką przemiany materii ustroju i regulujących ją“. — Tyle mówi hipoteza, której zarzucićby się dało niejedno. — Jak leczyć tę chorobę, prawie odwieczną, ten wynik postępującego prądu cywilizacyjno-kulturalnego? Jak leczyć cierpienie, z winy praszczurów naszych powstałe, nie oszczędzające żadnego wieku i płci, żadnej rasy i narządu w dziedzinie somatyki i psychicznej? Autor, pracując nad tym problemem kilka lat, skombinował i spreparował przy pomocy firmy chemicznej (J. B l a e s

et C-ie A. S. München 25) mieszaninę pewnych substancji roślinnych i produktów drożdży piwnych o stałym składzie i stałym działaniu biologicznym. Preparat ten nie działa jako drażniący, lecz przez bardzo długi okres czasu i działa jedynie, gdzie przypuszczać należy, że wyżej wzmiankowane ośrodki regulacyjne ustroju u podstawy mózgu uległy zaburzeniu jedynie funkcjonalnemu, nie zaś, gdzie zostały zniszczone przez sprawy zapalne, infekcyjne, wylewowe, degeneracyjne. Środek ten w proszku — e u g e n o z y m — daje się u dorosłych dziennie w ilości 50, u dziatwy 25, u dzieci 12 g. Zawiera on liczne witaminy B, znane ze swego powinowactwa do układu nerwowego, nie zawiera zaś żadnych hormonów, żadnych leków farmakologicznych z grup wago- lub sympatykotonicznych. — Pierwsza monografia H. z r. 1935 podaje materiał 86 osób, wśród których było 65 dorosłych, z najróżnorodniejszymi zaburzeniami — przeważnie, ale nie wyłącznie — natury wewnątrzsekrecyjnej. Leczenie, które trwało od 2 do 12 miesięcy, stwierdziło poprawę lub wyleczenie prawie u wszystkich z wyjątkiem jednego syfilityka układu ośrodkowego i jednego arteriosklerotyka mózgowego. Harmonia na terenie wegetatywno-dokrewnym stopniowo ustalała się: znikły hiper- i hipotonia, przewlekłe zatwardzenie i biegunka u dzieci, artretyczne i gośćcowe objawy; waga i wzrost u dzieci, wydzieliny i wydaliny normowały się. — Jeszcze bardziej rewelacyjnego materiału dostarcza 2-ga 150-stronicowa monografia z r. 1936, którą ozdabia 161 fotografii pacjentów, leczonych z powodu psychoz w miejskim zakładzie psychiatrycznym pod auspicjami ordynatora D-ra H o n e k a m p a w r. 1932 i obserwowanych przez kilka lat podczas i po leczeniu. Podane są historie chorób wraz z fotografią i wagą chorych przy wstąpieniu i wypisaniu się ze szpitala, i wszystko świadczy o ogromnej poprawie somatycznej i psychicznej. Materiał obejmuje 32 świeżych i 33 starych schizofreników, 8 z psychozą okresową, przynębieniowo-podnieceniową, 8 z padaczką przewlekłą psychiczną. Wszelkie preparaty zostały odstawione z wyjątkiem eugenozymu, który chorzy otrzymywali dziennie w szpitalu po 50 g, w domu przez długi okres czasu po 25 g. Wszelkie nawroty — a było ich niewiele — następowały, o ile chorzy przestawali w domu brać swój eugenozym. Wszyscy prawie chorzy przybrali dużo na wadze, menstruacja u kobiet wracała. W epikryzie uderzało mnie kilkakrotnie zdanie: Sanation der Rindensystems oder der bewussten Person, Sanation des endokrin-vegetativen Systems oder der Tiefenperson. Zastanawiał mnie także zbyt krótki czas obserwacyjny cyklotymików z psychozą maniako-depresyjną. — Czując zbliżający się ze strony specjalistów psychiatrów szturm opozycji, autor w pewnym miejscu zgóry broni, że nie posiada bynajmniej środka uniwersalnego. *panaceum* średniowiecznego na wszelkie zachorzenia. Eugenozym nie leczy schizofrenii, owrzodzenia żołądka, tężyczki i stu innych chorób, „sondern ist Heilstoff für das System der inneren Drüsen und der Lebensnerven, das man im Begriff der Tiefenperson zusammenfasst.“ — Mimo spontanicznie nasuwającego się sceptycyzmu wypadnie przecze-kać lub sprawdzać. Chętnie zwalczam hipotezę, metodykę, sposoby eksperymentowania lub analizowania, ale nigdy nie tykam wyników terapeutycznych. Jeśli setki ostatnio zachwalanych metod leczniczych zawiodły, to dowodzi to pośpiechu we wnioskowaniu, braku krytycyzmu lub nieuczciwości obserwatora. Gdzie środek leczniczy jest oparty na apriorystycznej i nieco problematycznej hipotezie, tam pamiętać należy, w moim mniemaniu, o 4-ch możliwościach, że hipoteza i leki są dobre lub złe, ewentualnie jedno z nich jest dobre lub złe. Nie wyłączona przeto jest możliwość, że przy sztucznie wykoncypowanej błędnej teorii geologiczno-biologicznej środek leczniczy przypadkowo okaże się bez zarzutu, czego życzyć należy bardzo pilnemu, narazie odosobnionemu w pochwałach autorowi i jednocześnie obserwatorowi.

H. H i g i e r.

Streszczenia pojedyncze.

Bakteriologia i Serologia.

E. COULAND. Próby szczepienia świnek i królików przeciwko gruźlicy zabitemi pr. Kocha, mieszanymi z parafiną. (Rev. Tuberc t. I 1935).

Z badań wynika, że pr. Kocha zabite, mieszane z parafiną i wstrzyknięte domięśniowo lub podskórnie wywołują u świnek i królików długotrwały stan alergii. Alergii towarzyszy wyraźna odporność na zakażenie. Odporność jest wyraźniejsza, o ile zakażenie wywołane było mniejszymi dawkami. Autor jest zdania, że odporność ta posiada większe znaczenie od tej, która wywołana zostaje u zwierząt przez wstrzyknięcie pr. zabitych, osłabionych lub przez B, C, G. Jest ona bezwzględnie trwała. Oczywiście, że ta metoda szczepienia nie może być stosowana u człowieka, wobec tego, że cząsteczki parafiny mogą przedostać się do krwiobiegu. Zdaniem autora, u zwierząt wszystkie inne sposoby szczepień powinny być zastąpione przez tę metodę, gdyż daje najsukuteczniejsze wyniki.

J. S e y d e l.

E. COULAND, DUGAS i NEUMAN. Alergia trwała otrzymana u świnek zapomocą wyciągu chloroformowego pr. gruźliczych. (Rev. Tuberc t. 1935).

Autorzy próbowali wywołać u świnek trwały stan alergiczny, wstrzykując im podskórnie tuberkulinę nieoczyszczoną, zmieszaną bądź z parafiną, bądź z lanoliną, lub białym woskiem. Otrzymali oni następujące wyniki. Tuberkulina oczyszczona lub nieoczyszczona, zmieszana z parafiną, lanoliną lub białym woskiem, nie powoduje alergii, ponieważ masa wstrzyknięta pozostaje pod skórą jako ciało obce. Natomiast używając wyciągu chloroformowego pr. gruźliczych, który daje się mieszać z parafiną, wywołuje on u świnek stan alergiczny wyraźny i trwały. Zwierzęta tuberkulinowane dają po 30—35 dniach typowy odczyn. Tuberkulinizacja wykonana powtórnie po miesiącu daje odczyn silnie dodatni.

J. S e y d e l.

M. MOZER i M. POIDEVIN. Odczyn Vernesa z rezorcyną w gruźlicy kostno-stawowej u dziecka. (Rev. Med. Franç. 1935 str. 839.)

Autorzy zbadali wartość odczynu Vernesa z rezorcyną w gruźlicy kostno-stawowej u dzieci. Z badań ich wynika, że wartość tego odczynu jest pod względem rozpoznawczym minimalna. Ale wynik dodatni stanowi ważny wskaźnik, przemawiający za gruźliczym pochodzeniem schorzenia (z pominięciem zapalenia szpiku). Odczyn ten jest mało czuły, gdyż z surowicami osobników z wyraźnymi zmianami gruźliczymi daje 75% wyników ujemnych. Odczyn ten nie posiada również wartości prognostycznej, gdyż w większości przypadków nie tłumaczy obojętne zmiany, a w przypadkach dodatnich odczyn ten jest bardziej spóźniony, niż objawy kliniczne lub badanie radiologiczne.

J. S e y d e l.

Kurt MEYER i FROGEZ-REDERER. Odczyn wiązania dopełniacza w gruźlicy kostno-stawowej zapomocą antygeny Besredki. (Presse Medic. 1935 str. 2120).

Przy pomocy nowego antygeny Besredki z jajkiem zbadano surowicę osobników chorych na gruźlicę kostno-stawową. Ogółem zbadano 322 surowice; 124 pochodziły od osobników z klinicznymi zmianami gruźliczymi, 52 od osobników uważanych za wyleczonych, 146 od osobników normalnych, lub chorych na różne cierpienia. Wyniki otrzymane były następujące: a) z 124 surowicami osobników z rozwijającą się gruźlicą otrzymano 95 odczynów dodatnich, co daje przeciętnie 76,6%; b) surowice z przypadków świeżo wyleczonych dały następujące wyniki: od 29 osobników w ciągu pierwszego roku po wyleczeniu 15 wyników dodatnich, 4 wątpliwe, 10 ujemnych, czyli 51,6 wyników dodatnich; c) surowice z przypadków gruźlicy

powyżej roku po wyleczeniu: 5 odczynów dodatnich, 3 wątpliwe, 15 ujemnych, czyli 21,7% dodatnich wyników; d) z 146 surowicami osobników niegruźliczych zanotowano zaledwie 6 wyników dodatnich, czyli 4,1%.

J. S e y d e l.

C. BACANU. Zakażenie nerek w gruźlicy doświadczalnej u świnki morskiej. (CR. Soc. Biol. t. 120 1935.)

Na podłożu Loe w e n s t e i n a posiano moczu lub kawalki nerek świnek zakażonych dożylnie 0,001 mgr pr. Kocha typu bydłowego, 0,1 mgr pr. typu ludzkiego lub 0,1 mgr pr. typu ptasiego. Na 21 zwierząt zakażonych u 11 stwierdzono w posiewach obecność pr. Kocha. Zakażając 2 partie świnek pr. typu bydłowego (szczep Laporte) i pr. typu ludzkiego (szczep Katti) otrzymał autor jedynie 28,57% wyników dodatnich. W trzeciej partii świnek, zakażonych dożylnie pr. typu ptasiego, wykryto w posiewach w 100% obecność pr. Kocha.

J. S e y d e l.

Nowotwory.

E. L. BURNS, Marian MOSKOP, V. SUNTZEFF i Leo LOEB. Stosunek między częstością raka sutka i cyklem płciowym u różnych szczepów mysich. (Amer. Journ. of Cancer, 1936, t. 26, z. 1).

Istnieją różne szczepy mysie, u których częstość powstawania samoistnego raka sutka (u samiczek) waha się w granicach od 0 do 100%, stanowiąc cechę dziedziczną, a nawet mendlującą. Badania Loeba wykazały, że rozwój raka sutka jest tu zależny od działania wewnątrzwydzielniczego jajników; u myszy, najbardziej do powstania samoistnego raka sutka skłonnych, nie powstaje on, jeżeli się je w odpowiednim wieku wytrzebi. Ostatnio Laca s s a g n e wypowiedział twierdzenie, że okresy rui u samiczek mysich, należących do szczepów z częstymi rakami, są dłuższe i regularniejsze niż u samiczek ze szczepów z rzadko występującymi rakami. Bonser, Loeb na małym materiale nie znaleźli tego. W pracy niniejszej autorzy przebadali wielką liczbę myszek, należących do 10 różnych szczepów, poddając wyniki tych badań analizie statystycznej. Istnieją duże różnice między cyklami płciowymi różnych szczepów, ale w obrębie jednego szczepu charakter cyklu jest cechą stałą. Nie istnieje żadna równoległość między cechami cyklu płciowego jakiegoś szczepu, a częstością powstawania raka w tych szczepach. Tendencja dziedziczna do powstawania raka nie jest więc związana z rodzajem cyklu płciowego, istniejącym w danym szczepie. Duży wpływ na cechy cyklu płciowego wywiera rodzaj pożywienia.

H. M a k o w e r (Łódź).

R. B. ENGELSTAD. Wytwarzanie tyroksyny w przerzutach raka tarczycy. (Amer. Journ. of Cancer, 1936, t. 26, z. 4).

Wytwarzanie tyroksyny przez tkankę rakową pochodzenia tarczycznego uważano za udowodnione, opierając się na nieobecności objawów obrzęku śluzakowego w przypadkach, w których wycięto całkowicie wole rakowe, pozostały natomiast przerzuty raka tarczycy. Eng el s t a d podszedł do tego zagadnienia z innej strony. Starał się mianowicie wykazać obecność tyroksyny w tkance przerzutowego raka tarczycy, posługując się w tym celu próbą Reid Hunta. Okazało się w 2 przypadkach zbadanych, że zawiesina odpowiednio spreparowanej tkanki nowotworowej posiadała w dużym stopniu zdolności chronienia myszek przed acetonitrem. W pierwszym przypadku było przeszło 1,25 mg tyroksyny w gramie wysuszonej tkanki, w drugim — 1,25 mg. Przypadki, zreferowane przez autora, są jeszcze o tyle ciekawe, że badanie histologiczne wycinków guzów nie było wcale typowe dla raka przerzutowego tarczycy, a że wole — obecne w obu przypadkach —

było od wielu lat w stanie spoczynku, próba biologiczna miała tu również wybitne znaczenie rozpoznawcze.

H. Małkowski (Łódź).

William CARPENTER, Mac CARTY. **Znaczenie macro-nucleolus w zagadnieniu raka.** (Amer. Journ. of Cancer, 1936, t. 26, z. 3).

Już w r. 1907 autor zaobserwował istnienie dużego jąderka jako cechy charakterystycznej komórki nowotworowej, dającej się stwierdzić w tkankach świeżych przy badaniu pod immersją, w r. 1914 ogłosił pierwszą serię odnośnych obrazów. Od tego czasu zjawiał się szereg prac z jego pracowni na ten temat. Stwierdzono fakty następujące: 1) Jąderko jest w stosunku do jądra znacznie większe we wszystkich komórkach złośliwych, niezależnie od typu i pochodzenia nowotworu, co umożliwia łatwe zróżniczkowanie badanych komórek, o ile się tylko posiada wprawę w badaniu tkanek świeżych. 2) To zwiększenie rozmiarów jąderka widoczne jest tylko w tkankach, badanych bez utrwalenia za pomocą obecnie stosowanej techniki histologicznej. 3) Neurocyty i jaja stanowią jedyne komórki nienowotworowe, posiadające duże jąderka, co praktycznie nie stwarza żadnych trudności. 4) Jest to ważna metoda dla wczesnego rozpoznawania zmian nowotworowych. 5) Za jej pomocą można stwierdzić istnienie komórek nowotworowych w przewlekłych zmianach zapalnych, mających tendencję do przekształcenia się nowotworowego. Obszerna tablica, wykazująca stosunek powierzchni zajmowanej przez jądro do powierzchni jąderka w różnych narządach, zmienionych regeneracyjnie i nowotworowo, dopełnia tę ciekawą pracę.

H. Małkowski (Łódź).

Gruźlica.

NOBECOURT i BRISKAS. **Odczyn tuberkulinowy u niemowląt.** (Pr. med. Nr. 76 — 1936).

Autorzy badali odczyn tuberkulinowy u dzieci w I i II-m roku życia. Ogółem badano 6.607 dzieci. Wynik dodatni otrzymano w 401 przypadkach (6%), zaś po odliczeniu szczepionych B. C. G. otrzymano 5,6% odczynów dodatnich. W I-ym kwartale pierwszego roku procent wyników dodatnich jest bardzo mały (0,4%), urasta on z wiekiem i w II-m roku życia wynosi już 11—13%. Na 6.607 dzieci było 358 chorych na gruźlicę, z których 8,9% miało odczyn tuberkulinowy ujemny. Są to przypadki anergii końcowej. Przypadki z odczynem dodatnim są wyrazem gruźlicy czynnej lub ukrytej (szczepione BCG należy wykluczyć). Gruźlicę czynną stwierdzono w 6,4%, zaś nieczynną w 0,7% przypadków. W I-m półroczu nieczynna gruźlica z odczynem dodatnim się nie zdarza; w II-m półroczu stwierdzono 1,3% gruźlicy nieczynnej z odczynem dodatnim. W drugim roku życia wśród dzieci z odczynem dodatnim procent gruźlicy nieczynnej wzrasta: w I półroczu drugiego roku wynosi — 20%, w II-m — 45%. Praktycznie biorąc, wszystkie przypadki gruźlicy niemowląt w I półroczu są czynne, w II-m półroczu postaci nieczynne należą do wyjątków, w II-m roku stają się coraz częstsze.

A. Kirszbaur.

Choroby krwi i narządów krwiotwórczych.

BOHNENKAMP, UHLENHUTH i WURM. **W sprawie ziarnicy złośliwej.** (Klin. Woch., 29, 1936).

W pierwszej części pracy autorzy omawiają dotychczasowe poglądy na istotę tego cierpienia, stwierdzając, że nawet najbardziej rozpowszechniona teoria o gruźliczym pochodzeniu ziarnicy nie ma bezwzględnych podstaw. Autorzy posługiwali się testem Gordona, który polega na wywołaniu swoistego cierpienia u królików i świnek morskich przez wprowadzenie domózgowe zawiesiny, odpowiednio przygotowanej z gruczołów, dotkniętych histopatologicznie stwierdzoną ziarnicą. Badania własnych pięciu przypadków przy olbrzymiej liczbie prób kontrolnych doprowadzają autorów do następujących wniosków: 1) Jedynie w gruczołach chorych na ziarnicę złośliwą

znajduje się czynnik, wywołujący u królików i świnek morskich chorobę, zbliżoną do *meningoencephalitis*, zawsze kończącą się śmiercią. 2) Próby z gruczołami, chorobowo ale nie ziarniczo zmienionymi — wypadły ujemnie. 3) Test Gordona może służyć jako badanie rozpoznawcze w przypadkach histologicznie lub klinicznie niepewnych. 4) Czynnik etiologiczny jest niewidzialny, ultra-przesączalny, bardzo oporny na działanie czynników fizycznych i chemicznych. 5) Nie udało się dowieść jego zdolności do rozmnażania, ani też określić jego charakteru biologicznego (czy jest toksyną, fermentem czy wirusem). 6) Dotychczasowy materiał, pomimo zgodnych wyników, jest jeszcze zbyt szczupły dla wypowiedzenia ostatniego słowa, dlatego też autorzy proszą o nadsyłanie jałowego materiału z całego świata dla kontynuowania ich badań.

Antoni Wajngot.

K. SINGER, L. WECHSLER. **Pepsyna, czynnik Castlea i odczyn retikulocytny u szczurów.** (Klin. Woch. N. 19—1936).

Aby przekonać się o zawartości czynnika Castlea w żołądku należy przeprowadzić b. zawiąlane badanie, wymagające jako testu chorego z niewątpliwą anemią złośliwą, która dotąd nie była leczona; pozatem chory musi codzień spożywać duże ilości soku żołądkowego osoby badanej, co natrafia na duże trudności. Singer podał prostą metodę, polegającą na wstrzykiwaniu 3—5 cm³ soku żołądkowego badanej osoby szczurom, co wywołuje po paru dniach wyraźną retikulozę; sok żołądkowy chorego z anemią złośliwą nie daje odczynu Singera. Autorzy pozatem dowiedli, że sok żołądkowy pohistaminowy psów nie daje odczynu Singera; zgadza się to ze spostrzeżeniami Ivy, Richenza i Kimma, że wentriculina, przygotowana z żołądków psich, nie daje wyników leczniczych w anemii złośliwej. Singer sądzi, że czynnik, dający retikulozę u szczurów, jest identyczny z czynnikiem Castlea. Przeciwno temu pogładowi wystąpili Fleischhaker, Schlesinger i Kammerling, którzy dowiedli, że roztwory pepsyny z kwasem solnym również wywołują dodatni odczyn Singera. Autorzy badali cztery gatunki pepsyny i okazało się, że acidol-pepsyna i Wittepepsyna dają wynik dodatni, inne natomiast gatunki pepsyny nie wywołują retikulozy u szczurów. Autorzy sądzą, że ta rozbieżność wyników zależy od domieszki czynnika Castlea do pewnych gatunków pepsyny; za tem przemawia również fakt, że acidol-pepsyna, pozbawiona w zupełności pepsyny, daje dodatni odczyn Singera. Leiner dowiódł, że również wstrzykiwanie moczu wywołuje retikulozę u szczurów; natomiast mocz chorych z anemią złośliwą nie posiada tego działania. Podkreślić trzeba, że mocz chorych na anemię złośliwą, którzy są leczeni wątrobą, daje dodatni odczyn Singera; gotowany mocz nie traci zdolności wywoływania retikulozy. Autorzy sądzą, że mocz nie zawiera czynnika Castlea, lecz gotową substancję wytworzoną w ustroju dzięki leczeniu wątrobą. Próbe Singera za pomocą wstrzykiwania moczu chorych szczurom należy ograniczyć jedynie do przypadków anemii złośliwej nieleczonych wątrobą.

Jakób Penson.

Choroby przemiany materii i gruczołów wewnątrzwydzielniczych.

F. MAINZER. **Udział przysadki w patogenezie cukrzycy.** (Schweiz. med. Woch. 1936, 23).

W poszukiwaniu patogeny ciężkiej insulinoopornej cukrzycy ludzi starszych, otyłych, hipertoniców autor zatrzymuje się na pewnych analogiach między tą sprawą i niektórymi przypadkami choroby Cushinga. Niektóre składniki powyższego zespołu (otyłość, glikemia i hiperglikemia, nadciśnienie — „triada Cushinga”) wskazują na to, że dawno już znane obrazy „cukrzycy stenicznej” lub „diabète gras” mają za tło cierpienie przysadki — prawdziwy zasadochłonny

gruczołak w postaci poronnej, względnie nadczynność zasadochłonnej grupy komórkowej. Współdziałł przysadki w patogenezie cukrzycy nie kończy się na zespolach podobnych do choroby Cushinga. Również w gruczołaku kwasochłonnym przysadki, który odpowiada akromegalii, spotyka się prawdziwą cukrzycę, którą z formą poprzednią łączy insulinooporność. Wreszcie trzecią formą cukrzycy, w której prawdopodobny jest udział przysadki, jest cukrzyca w nowotworach nadnercza. Obraz kliniczny tej sprawy ma duże podobieństwo do choroby Cushinga, a niektóre dane z patologii doświadczalnej przemawiają za tem, że nowotwór nadnercza może się rozwinąć pod wpływem nadczynności przedniego płata przysadki; w każdym razie w warunkach doświadczalnych osiągnięto przez podawanie wyciągu z przedniego płata wybitny przerost nadnercza. Wobec powyższych danych unitarna „trzustkorodna” teoria cukrzycy nie może się ostać. Autor proponuje nast. podział różnych form cukrzycy z punktu widzenia ich patogenety: 1) Pierwotna cukrzyca trzustkowa (postaci doświadczalne po wycięciu trzustki, cukrzyca ludzi młodych, cukrzyca przy zapaleniach i guzach trzustki, „diabète bronzé”). 2) Pierwotna cukrzyca przysadkowa (pochodząca z komórek zasadochłonnych — w chor. Cushinga, z kwasochłonnych — w akromegalii), wreszcie postać cukrzycy starców z otyłością i nadciśnieniem, jako postać poronna chor. Cushinga. 3) Pierwotna cukrzyca nadnerczowa przy guzach kory lub rdzenia. Jej związek z przysadką nie jest pewny, aczkolwiek prawdopodobny. Antoni Wajngot

Choroby kości i stawów.

N. S. ZWONICKIJ, Ł. M. SIENIK, E. F. JANICKAJA, M. Ł. GORINSZEJN i M. P. KOTIELIEWSKIJ. **Pozafiołkowe leczenie rumieniowe zapalenia stawów.** (Terapiaw. Arch. 1936, t. 14, z. 1.)

Wbrew poglądom Laqueura, leczenie promieniami pozafiołkowymi ma duże znaczenie w przewlekłych chorobach stawowych; obszerne rumienie są miejscem powstawania dużej ilości histaminy i pokrewnych aminów biogennych. Autorzy zastosowali leczenie w 425 przypadkach, stosując rumienie okrężne na porażone stawy („branzolety”) w ten sposób, żeby powierzchnia rumieniowa zajmowała nie mniej, niż 600 cm² (gdy to ze względów lokalnych nie dawało się skutecznie, dawano odpowiedni pas na plecy). Dawkę tę powtarzano 5—6 razy. Uzyskano całkowite wyleczenie w 1,3% przypadków, znaczne polepszenie w 19%, polepszenie wyraźne w 56%, brak zmian w 21%; pogorszenie w 2,6%. Wyniki procentowo nie są lepsze od innych metod fizykalnego i balneologicznego leczenia, jednakże leczenie trwa tu krócej i nie wymaga częstych przerw w pracy, umożliwiając przeprowadzenie go bez zwolnienia chorych z pracy. H. Makower (Łódź).

Choroby skóry, weneryczne i płciowe.

Arthur W. BUSSE. **Rak skóry powstały wskutek stosowania „kukirołu”.** (Münch. med. Woch. 31 lipca 1936).

Stosowanie preparatów, zawierających środki chemiczne często o silnym działaniu, bez zalecenia lekarza, co często się zdarza wśród laików, nie zawsze jest całkiem niewinne. Przypadek autora potwierdza ten pogląd. Chory 40-letni nie odznacza się dziedzicznością rakową. Od dłuższego czasu cierpiał na odcisk na małym palcu stopy prawej. Stosował na to pastę salicylową, a następnie kukirol (bardzo szumnie reklamowany niemiecki środek na odciski — ref.). W ciągu kilku tygodni stosowania tego preparatu palec zgrubiał, stał się bolesny i uległ częściowemu owrzodzeniu. Wezwany lekarz usiłował sprawę złagodzić z pomocą maści obojętnej, co się jednak nie udało. Rana szerzyła się, i chorego skierowano do szpitala. Podczas badania stwierdzono u zdrowo wyglądającego i dobrze zbudowanego mężczyzny powiększenie objętości małego palca prawej stopy, na powierzchni ubytek skóry o dnie bujającym, przy ucisku mierna bolesność. Nie było zapalenia naczyń chłonnych,

gruczoły pachwinowe nie uległy powiększeniu, badanie rentgenowskie nie wykazały zmian kostnych. Wobec podejrzenia o zmiany rakowe dokonano wyluszczenia palca. Badanie histologiczne stwierdziło, że ma się do czynienia z typowym, silnie rogowiejącym kankroidem, który wrósł aż pod okostną 3-ej falangi, pozostawiając jednak kość wolną. Co się tyczy samego guza, to jeszcze jest dla autora wątpliwe, czy był to zwyrodniały *clavus*, czy rak skóry powstały na tle podrażnienia chemicznego. Alfred Ettinger.

W. DICK. **Czy lymphogranuloma inguinale przenosi się na potomstwo?** (Mediz. Klinik. 6 marzec 1936).

Z dwu przypadków, obserwowanych przez autora, w jednym oboje rodzice przechodzili l. i. Matka zaszła w ciążę i urodziła w prawidłowym czasie zdrową dziewczynkę. Gdy dziecko miało dwa tygodnie, autor wykonał odczyn F r e i a. Powstał naciek, który utrzymywał się przez kilka tygodni. Kiedy dziecko osiągnęło pięć miesięcy, odczyn powtórzono i znów otrzymano wynik dodatni, choć o słabszym natężeniu. W drugim przypadku chora leżała w 1906 roku w klinice chirurgicznej z objawami zwężenia odbytnicy. Autor uważa je za niewątpliwą l. i. (oczywiście nie znano jeszcze wtedy odczynu F r e i a). Jej córka w 1913 roku znalazła się w klinice z takimi samymi objawami zwężenia odbytnicy. W 1932 roku ta ostatnia chora była badana powtórnie i stwierdzono u niej wybitnie dodatni odczyn F r e i a. Alfred Ettinger.

TZANCK i FERROIR. **Mnogie nietolerancje na novarsenobensol charakteryzujące się odczynami skórnymi, wątrobowymi i ze strony krwi.** (Bull. de la Soc. Franç. de Derm. et de Syphil. Nr. 6 r. 1936).

Za poli-nietolerancje autorowie uważają te, które wyrażają się jednakowymi zaburzeniami ze strony ustroju w stosunku do różnych czynników działających. Są więc np. niektórzy ludzie reagujący erytrodermią na złoto, neo i bizmut. Mnogie nietolerancje charakteryzują się rozmaitym odczynem względem tego samego czynnika. Ci chorzy reagują rumieniem, żółtaczką i erytrodermią na neo. Bywają zresztą i osobniki reagujące mnogimi poli-nietolerancjami. 29-letni chory na drugi dzień po piątym wlewaniu w 1-ej kuracji 0,75 neo dostał wysypki, przypominającej odrową, ale ze skłonnością do zlewania się i zajmowania wielkich powierzchni. Rozpoznano erytrodermię toksyczną. Chory miał w moczu białko, we krwi 17% eozynofiliów. Z działań nieznaczne krwawienia. Przy następnym badaniu: leukopenia ze zmniejszeniem odsetka wielojądrazystych, zmiany czasu krwawienia i krzepnięcia. Wreszcie (już w okresie ustępowania erytrodermii) dołączyła się żółtaczka, szczególnie wyraźna na śluzówkach. Żółtaczce towarzyszyła urobilinuria. W dyskusji M i l i a n twierdzi, że żółtaczka jest tu objawem kily, a nie nietolerancji. Alfred Ettinger.

W. SAFONOW. **Ocena perównawcza różnych metod leczenia szankra miękkiego.** (Sowietskij Wraczebnij Żurnal 1936/2).

Autor jest zdania, że próby leczenia miękkiego szankra metodami, stosowanymi przez współczesną immunoterapię, zawiodły (? — ref.). Dla oceny wartości środków przyżegających używano szeregu sposobów działających miejscowo. Celem uniknięcia wpływu rozmaitych czynników zewnętrznych wybrano jedynie przypadki niepowikłane i poddano je leczeniu stacjonarnemu. Materiał był obfity (68 przypadków). Z całego arsenału środków przyżegających zostały wybrane 20% *ac. carbol liquef.* i 30% *cuprum sulfuricum*. Opatrunki robiono dwa razy dziennie, poprzedzając je gorącą kąpielą w *kali hypermanganicum*. Prócz tego stosowano leczenie jodoformem i okładami z 1/2% roztworu siarczanu miedzi. W rezultacie otrzymano 4 kombinacje lecznicze: a) leczenie jodoformowe i przyżeganie *acid. carbol. liquef.* b) leczenie jodoformowe i przyżeganie 30% siarczanem miedzi, c) okłady z 1/2% siarczanu miedzi i przyżeganie 30% siarczanem miedzi, d) leczenie jodoformowe. W 8 przypadkach te sposoby leczenia nie dały pożądaných wy-

ników—były to przeważnie ciężkie postaci szankrów fagedenicznych. Z tego 5-krotnie zastosowano naświetlanie lampą kwarcową (co drugi dzień po 1/2 dawki rumieniowej), a trzy razy kauteryzację brzegów wrzodów wg. A u d r y. Wynik tych zabiegów był zadawalający. Według autora, działanie środków przyżegających jest dość ograniczone, i wpływ ich na skrócenie czasu trwania leczenia jest jedynie nieznaczny. Tylko w przypadkach, uchwyconych w pierwszych okresach rozwoju, efekt leczniczy jest wybitny. Pozatem użycie ich jest wskazane tam, gdzie proces gojenia szankra jest leniwy; środki przyżegające pobudzają go. Autor oddaje pierwszeństwo roztworom siarczanu miedzi przed kwasem karbolowym.

Alfred E t t i n g e r.

A. TZANCK, H. P. KLOTZ i A. NEGREANU. I. Przyczynę do badań nad leczeniem gronkowcowych spraw skórnych anatoksyna. Wyniki, powikłania, dawkowanie. II. Badanie porównawcze wyników klinicznych i serologicznych w czasie leczenia gronkowcowych spraw skórnych anatoksyną. (Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. 1936, t. 52, z. 8).

I. Autorzy leczyli anatoksyną gronkowcową 76 chorych w szpitalu Broca, z tego 62 razy choroby skóry. Wyniki były bardzo zachęcające, a mianowicie bardzo korzystne w 18 przypadkach, korzystne w 35, brak zmian w 3, pogorszenie — 0 (w okresie leczenia — 6). Najlepiej reagowały czyraczności i uporczywe pyodermie. Z 42 przypadków uzyskano szybką poprawę w 40. Hydroadenity dały w niektórych przypadkach brak poprawy. Zwykle widzi się efekt już po pierwszym wstrzyknięciu, czasami dopiero po 2-im, wyjątkowo po 3-im. W 6 przypadkach powstały nawroty, zresztą niewielkie. Odczyny ogólne były rzadkie (10 na 40 przypadków), lekkie; tylko w 3 przypadkach temperatura osiągnęła 40°. Odczyny miejscowe były natomiast bardzo częste, ale nieznaczne: nieco wzniesiony rumień, gorący, bolesny, po kilku dniach ustępujący. Tylko w 2 przypadkach trwał on kilka tygodni. Ustrzec się od większych odczynów można zapomocą przeprowadzenia próby doskórnej (0,025 cm³). II. Autorzy badali systematycznie poziom antytoksyn we krwi leczonych zapomocą anatoksyny gronkowcowej chorych. Jednocześnie przeprowadzano systematyczne badania na odchylenie dopełniacza. Prawie stale stwierdzano powiększenie miana antytoksyn. Stwierdzono jednakże wyleczenie przy stosunkowo niskim poziomie antytoksyn i dużą ich ilość w przypadkach, które nie reagowały dobrze na leczenie. Jeżeli istniała równoległość między stanem poprawy a mianem antytoksyn, to nie była ona ścisła, tembardziej, że poprawa występowała już zwykle po pierwszym wstrzyknięciu anatoksyny, a antytoksyny zjawiały się dopiero po późniejszych wstrzyknięciach. W ten sposób wydaje się autorom wątpliwe, czy efekt leczniczy anatoksyny przypisać należy uodpornieniu, przez nią wywołanemu, a raczej myśłą o działaniu wakcynoterapeutycznym.

H. M a k o w e r (Łódź).

Choroby nerwowe i psychiczne.

K. ŁOPATYŃSKI. Czynność mózgu i przeżycia psychiczne w świetle teorii regresji. (Weterynaria Współczesna 1936. Nr. 4).

Coraz bardziej powiększa się zasięg nauki F r e u d a. Już nie ogranicza się ona do wiedzy o duszy ludzkiej, przenika nawet do psychologii zwierząt. Autor referowanej tu pracy na 65 stronicach daje skrót wiadomości z anatomii, fizjologii i patologii układu nerwowego, przeprowadzając w miarę możliwości analogię pomiędzy chorobami nerwowymi u ludzi i zwierząt. Stał się on uwzględnić najnowsze wiadomości z tej dziedziny, co mu się w zupełności udało. Najważniejsza jest część, omawiająca dynamikę duszy, poznaną dzięki metodzie F r e u d a. Autor wykrywa u zwierząt taki sam mechanizm psychiczny, jak u ludzi. Cenzura wewnętrzna, hamująca życie instynktowe ludzi, o ile jest ono w niezgodzie z moralną ich istotą, bywa u zwierząt domowych i obłaskawionych zastępowana przez autorytet człowieka, do którego zwierzę jest przywiązane. Pod wpływem tym popędy zwierzęce ulegają zahamowaniu lub spaceniu, wykazując nieraz perwersje, przypominające zboczenia ludzkie. Praca jest ciekawa, dobrze napisana i w piśmiennictwie weterynaryjnym polskim całkowicie nowa. Dowodzi ona, że nie ma dziedzin wiedzy wąskich, o ile zainteresowania uczonego są szerokie. N. Z a n d o w a.

H. HOFF i L. SCHÖNBAUER. O pooperacyjnym obrzęku mózgu. (Deut. mediz. Wochen. 786. 1935).

Tytuł pracy obu autorów brzmić powinien: guzy mózgu a R o e n t g e n. — Przed laty blisko 10-ciu bardzo aktualna była sprawa naświetlania leczniczego czaszki i mózgu. Zabrałem wówczas również głos w tej dyskusji na terenie demonstracji Towarzystw Lekarskich oraz na łamach Warsz. Ozas. Lek. i Berlińskiego „Nervenarzts”. Uważałem, 1) że promienie działają prawdopodobnie na *plexus chorioideus*, potęgując resorpcję płynu komórkowego, jednocześnie wywołując niebezpieczne obrzmienie mózgu, 2) że należy uważać za błąd w postępowaniu lekarskim rozpoczynanie leczenia guza od naświetlań, 3) że na pierwszym planie pozostaje nóż w rękach doświadczonego chirurga, czyli, jakby się obecnie mówiło, w rękach neurochirurga, 4) „że gdzie szanse operacyjne są minimalne, przerzuty liczne, dostęp utrudniony, tam rentgenoterapia wkraczać może bez zastrzeżeń”. — Ostatnio wpadło w ręce moje kilka prac na tenże temat, wybieram jedną, krótką, rozporządzającą ogromnym materiałem (700 guzów), specjalnie w tym kierunku porównawczo badanym przez świetnego neurochirurga i doskonałego neuropatologa wiedeńskiego szpitala miejskiego. — Co mówi ostatnie 10-lecie? „Naświetlanie rentgenem i radem jest najczęstszą i najważniejszą przyczyną groźnego obrzmienia mózgu”. Na 110 przypadków, w których operację poprzedziło systematyczne lub serio-we naświetlanie, 95 razy nie dało ono nic, 3 razy dało zgon, 2 razy poprawę zaledwie roczną, przy czym wybitną tendencję obrzękową wykazała przede wszystkim substancja biała, na drugim miejscu guzy usadowione w środkowej jamie czaszkowej. — „Rentgenizowanie zamkniętej czaszki w guzach jest absolutnie przeciwwskazane jako bezskuteczne i niebezpieczne”, wywołując coś w rodzaju „*encephalitis serosa*”, jak ją formuluje E p p i n g e r w swojej monografii „o stanie surowiczym”. Rentgenizowanie utrudnia bardzo całą sprawę: opóźnia niepotrzebnie zabieg, pogarsza warunki operacyjne, zmniejsza pomyślne szanse zabiegu, daje asumpt do ciężkiego obrzmienia pooperacyjnego, nawet, gdy się usuwa dużo substancji nowotworowej i sąsiedniej zdrowej tkanki i gdy się działa zapobiegawczo przed operacją dietą bezsolną a po operacji dużymi dawkami piramidonu, zazwyczaj dobrze na obrzęk działającymi. — „W 120 zabiegach na niezupełnie usuwalnych glejakach następce naświetlania prawie nic nie zdziałały, a powtórne po tym naświetlaniu wskazane wyluszczenie stwierdziło nie zmniejszenie, lecz raczej ogromny rozrost guza”. — Naświetlane guzy dawały w porównaniu z nienaświetlanymi „o wiele częściej pogorszenie wskutek wylewów krwawych”, bardziej groźnych dla chorego od rozrastania się guza. — I przy otwartej czaszce następce naświetlania odbarczonego mózgu dają wysiękowe stany zapalne z infiltracją komórkową okolonaczyniową, prowadzące do śmiertelnego obrzmienia istoty mózgu. „Jedynie w nieuleczalnych lub niedostępnych glejakach można ryzykować promienie katodalne”. — Nawet w guzach przysadki, gdzie szanse naświetlań są najlepsze, a komplikacje najłagodniejsze, w 11 przypadkach po pewnym czasie 3 chorych zmarło, a 8 musiało się jednak poddać operacji radykalnej — Reasumując wyniki wieloletniej obserwacji neurochirurga, powiedziałem sobie w duchu, że obawa moja przed rentgenem w guzach mózgu była przed laty 10-ciu zupełnie uzasadniona, że maksyma moja „najpierw nóż, a później rentgen” prawdopodobnie w ustach H o f f a i S c h ö n b a u e r a uległaby jeszcze drobnej korekcie w myśl „najpierw nóż i później nóż”.

H. H i g i e r.

Streszczenia pojedyncze.

Fizjologia normalna i patologiczna.

Edwin E. OSGOOD. **Normalne dane hematologiczne.** (Arch. Intern. Med. 1935, t. 56, z. 5).

Autor zbadał pod względem hematologicznym za pomocą jednolitej metodyki — prostej, ale dostatecznie ścisłej, by mieć wartość naukową — przeszło 500 osób zdrowych. Wiek: 4 do 30 lat. Rasa: biała, wszyscy urodzeni w U. S. A. Większość mężczyzn stanowili studenci medycy, większość kobiet — pielęgniarki. Nie stwierdzono większych różnic między przedstawicielami różnych warstw społecznych. Używana metodyka była opisana poprzednio przez autora i jego współpracowników. Następująca tabelka streszcza wyniki, uzyskane przez autora (wartości średnie podane zostały tylko w ich postaci uproszczonej do użytku klinicznego):

	Wiek, lata	Płeć	Wartość średnia	Granice wartości
Liczba czerw. krw. (w milionach)	4—13	M & F	5,0	4,2—5,8
	14—30+	M	5,4	4,6—6,2
	14—30+	F	4,8	4,2—5,4
Hemoglobina (procenty)	4—13	M & F	100	70—100
	14—30+	M	115	100—130
	14—30+	F	85	85—115
Hemoglobina (gramy)	4—13	M & F	12,0	10,0—14,0
	14—30+	M	15,8	14,0—18,0
	14—30+	F	13,8	11,5—16,0
Objętość kom. (cm ³ na 100 cm ³)	4—13	M & F	36	31—41
	14—17	F	36	31—41
	14—19	M	41	36—45
	18—30+	F	41	36—45
	20—30+	M	45	40—50
Współcz. objętości	4—17	M & F	36	31—41
	18—30+	M	41	35—45
	18—30+	F	43	38—47
Wskaźnik barwnikowy	4—30+	M & F	1	0,85—1,15
Wskaźnik objętości	4—30+	M & F	1	0,85—1,15
Retikulocyty (%)	4—30+	M & F	1,5	0,50—3,00
Liczba leukocytów	4—7	M & F	10400	6—15 tys.
	8—18	M & F	8300	4,5—13,5 "
	19—30+	M & F	7400	4,5—11,5 "
Neutrofile segm. (%)	4—14	M & F	38	18—58
	15—19	M & F	48	25—75
	20—30+	M & F	54	33—78
Limfocyty (%)	4—14	M & F	48	21—71
	15—19	M & F	42	22—62
	20—30+	M & F	38	18—68
Monocyty (%)	4—13	M & F	3	0,5—7
	14—30+	M & F	4	0—9
Eozynofile	4—13	M & F	2,8	0—8
	14—30+	M & F	1,9	0—6
Bazofile	4—30+	M & F	0,5	0—2
Komórki rozpadające się	4—13	M & F	5,0	0—10
	14—30+	M & F	3,5	0—7
Opadanie, mm w 15 min.	4—30+	M & F	—	0—5
Opadanie, mm w 45 min.	4—30+	M & F	—	1—30

H. Makower (Łódź).

J. MARION READ i CHARLES W. BARNETT. **Nowe wzory dla przepowiadania wielkości przemiany podstawowej z tętna i ciśnienia pulsowego.** (Arch. Intern. Méd. 1936, t. 57, z. 3).

Read opracował w r. 1922 wzór dla określania przemiany podstawowej, opierając się na częstości tętna i wielkości ciśnienia pulsowego; wzór ten został wypracowany na zasadzie empirycznej. Szereg autorów sprawdzał na dużym materiale wzór Read'a, przy czym wyniki były niezupełnie zgodne. Niektórzy autorzy wprowadzili poprawki do wzoru, które mu specjalnie na dobre nie wyszły. W rezultacie Read i Barnett postanowili zabrać się ponownie do tej sprawy, ale już nie na podstawie empirycznej, ale rozumowej. Wychodzą oni z następujących założeń: 1) całkowite wytwarzanie ciepła jest proporcjonalne do ilości tlenu, zużytego w tym samym okresie (co stanowi podstawę kalorymetrii pośredniej); 2) zużycie tlenu jest proporcjonalne do obiegu krwi dlatego, że a) obieg krwi (rzut minutowy) jest zwiększony proporcjonalnie do zużycia tlenu (Grollman), b) współczynnik zużycia tlenu jest w przypadkach tyreotoksykozy niezmienny, nawet w przypadkach zużywania wielkich ilości tlenu. Prawdziwość też 1) i 2) została sprawdzona na 102 obserwacjach obiegu krwi w przypadkach chorób tarczycy. Teza 3): Obieg krwi jest równy iloczynowi częstości tętna przez objętość rzutu serca, która znów jest proporcjonalna do ciśnienia pulsowego, ale tylko u jednego i tego samego osobnika; u różnych ludzi natomiast wchodzi w rachubę jeszcze kwestia wielkości organizmu i serca (serce większe pompuje przy tym samym ciśnieniu pulsowym więcej krwi, niż male), najlepiej dająca się wprowadzić do wzoru jako powierzchnia ciała, skąd — 4) objętość rzutu serca jest proporcjonalna do iloczynu ciśnienia pulsowego przez powierzchnię ciała. Z powyższego dają się ułożyć następujące równania (K jest stałą, która w każdym równaniu jest odmienną): (I) Całkowite wytwarzanie ciepła = $K \times$ zużyty tlen. (II) Zużyty tlen = $K \times$ obieg krwi, a przeto (IIa) Całkowite wytwarzanie ciepła = $K \times$ obieg krwi. (III) Obieg krwi = częstość tętna (C. T.) $\times$ objętość rzutu serca. (IV). Objętość rzutu serca = $K \times$ C. T. $\times$ P. C. (pow. ciała), skąd (V) Obieg krwi = $K \times$ C. T. $\times$ P. C. (ciśn. puls.) $\times$ P. C. Równanie V zgadza się z rzeczywistością, jak wykazały wykresy autorów, oparte na materiale, zebranym przez nich i opracowanym z piśmiennictwa, aczkolwiek nie ma tu takiej ścisłej funkcji liniowej, jak przy równaniu IIa. Przez podstawienie tego ostatniego w równanie V otrzymujemy równanie: (VI) Całkowite wytwarzanie ciepła = $K \times$ C. T. $\times$ P. C. $\times$ P. C. Przez podział obu stron tego równania przez powierzchnię ciała otrzymuje się ostateczne równanie: VII) $\frac{\text{wytwarzanie ciepła}}{\text{powierzchnia ciała}} = K \times \text{C. T.} \times \text{P. C.}$ Albo: liczba kalorii na metr kwadr. ciała na godz. = $K \times \text{C. T.} \times \text{P. C.}$ Celem sprawdzenia, czy nowy wzór zgadza się z rzeczywistością, poczynili autorzy 276 obserwacji porównawczych, sprawdzając korelację iloczynu C. T. i P. C. z liczbą kaloryj na metr kwadr. i godz. Oddzielne tablice korelacyjne ułożono dla mężczyzn i dla kobiet. W rezultacie otrzymano wzory następujące: dla kobiet: liczba kaloryj na metr kwadr. na godz. = $0.0047 \times \text{P. C.} \times \text{C. T.} + 23$; dla mężczyzn: liczba kaloryj na metr kwadr. na godz. = $0.0055 \times \text{P. C.} \times \text{C. T.} + 24$. Następnie porównano wyniki otrzymane za pomocą tych wzorów z liczbami, uzyskanymi za pomocą kalorymetrii pośredniej. Liczby przepowiedziane w dużym stopniu zgadzały się z liczbami rzeczywistymi uzyskanymi, jednakże całkowitej zgodności tu nie było. Zależy to m. in. od tego, że kalorymetria pośrednia sama nie jest metodą zbyt ścisłą i między

2 oznaczeniami, przeprowadzonymi w krótkim czasie u tego samego osobnika, mogą powstać różnice, dochodzące do 7,5%. Zresztą większą niezgodność między liczbami, uzyskanymi na podstawie obliczenia i na podstawie wymiaru przemiany podstawowej, stwierdza się tylko przy wartościach bardzo dużych lub bardzo małych, gdzie różnice te nie mają większego znaczenia (jest np. obojętne, czy chory ma przemianę +55%, czy +65%). Specjalna tablica, opracowana przez autorów, umożliwia przeprowadzenie obliczeń bez uciekania się do tablic z wielkościami normalnymi.

H. M a k o w e r (Łódź).

Lecznictwo.

Irwing S. WRIGHT i Alfred LILIENFELD. Własności farmakologiczne i lecznicze krystalicznej witaminy C (kwasu cewitامowego), ze szczególnym uwzględnieniem jej wpływu na łamliwość naczyń włosowatych. (Arch. Intern. Med. 1936, t. 57, z. 2).

Kwas cewitامowy jest białym lub żółtawo-białym proszkiem krystalicznym, bez zapachu, o temp. topnienia 189—192° C, o wzorze chemicznym $C_6H_8O_6$, rozp. we wodzie, ocetonie, eterze octowym, alkoholu propylowym, nierozp. w eterze etylowym i w benzynie; posiada duże zdolności redukcyjne, może się utleniać i redukować naprzemiennie; przechodzi łatwo przez błony kolloidowe; hamuje powstawanie barwika w surowicach tkankowych. Syntezę wykonali w r. 1933 R e i c h s t e i n, G r u s s n e r i O p p e n a u e r. Klinicznie próbowano stosować krystaliczną witaminę C w różnych sprawach chorobowych, z których najciekawsze wyniki uzyskano we wszelkiego rodzaju skazach krwotocznych. Niekiedy otrzymywano dobre wyniki po stosowaniu dożylnym, podczas gdy duże dawki, doustnie podawane, okazały się zupełnie nieskutecznymi. Pozostaje to zapewne w związku z zaburzeniami wchłaniania, co tłumaczy również powstawanie awitaminoz C u niektórych ludzi, którzy pobierali bogate w witaminę C pokarmy w ilości dostatecznej. Wright i Lilienfeld wypróbowali kwas cewitامowy na dużej liczbie chorych. Najlepsze wyniki uzyskuje się w gnilecu i innych postaciach awitaminozy C; przypadki „subklinicznego” gnileca, mogące się manifestować ewent. tylko w postaci krwawienia z dziąseł, wcale nie należą do rzadkich. Od czasu, kiedy zaczęło się w tym kierunku zwracać uwagę, spostrzegano cały szereg takich chorych, u których momentem wywołującym było jednostronne odżywianie, częściowo wywołane przez niedzę, częściowo przez zalecenia dietetyczne (wrzód żołądka, nieżyt okrężnicy etc.). Wyniki badania krwi — przed oraz po zastosowaniu leczenia witaminowego — nie są tu charakterystyczne. Największe znaczenie kliniczne ma odczyn opaskowy; zwłaszcza w postaci standardyzowanej, opracowanej przez autorów: 15-minutowe pozostawianie mankieta od aparatu do mierzenia ciśnienia krwi na poziomie pośrednim między ciśnieniem skurczowym i rozkurczowym, określanie ilości wybroczyn w kole o średnicy 25 cm, którego górny biegun jest odległy od dołu łokciowego o 4 cm. W normie stwierdza się do 10 wybroczyn, od 10 do 20 stanowią pas pośredni, powyżej 20 jest wynikiem zdecydowanie patologicznym. Pod wpływem kwasu cewitامowego ilość wybroczyn spada do normy. Autorzy stosowali leczniczo 0,06—0,12 doustnie, dożylnie 0,20. Stosowanie nawet znacznie większych dawek nie jest szkodliwe. Zapobiegawczo wystarczy 0,02—0,03. W sprawach chorobowych innego pochodzenia, nie C — awitaminowego, korzystny wpływ kwasu cewitامowego jest wątpliwy, w szczególności w płamicy małopłytkowej i krwawiącej rodzinnej; do rozstrzygnięcia tych spraw konieczne są zresztą dalsze dokładne badania. Kwas cewitامowy może być bezpiecznie stosowany w *ulcus ventriculi et duodeni* oraz w *colitis exulcerativa*. Można go stosować u osobników, będących nadwrażliwymi na owoce cytrusowe. Należy go dodawać do wszystkich diet, biednych w witaminę

C (środek zapobiegawczy). Kilka dokładnych historii chorób ilustruje działanie krystalicznej witaminy C, stanowiącej według zdania autorów duży postęp w lecznictwie.

H. M a k o w e r (Łódź).

R. TALICE. Nowy środek przeciw tasiemcom — czterochlorek węgla. (Arch. mal. dig. et nutr. — Maj. 1936).

Czterochlorek węgla był stosowany dotychczas z doskonałym skutkiem przeciw ankilostomie, natomiast tasiemca leczono dotąd wyłącznie wyciągiem z paproci samczej. Środek ten jest skuteczny tylko w świeżym wyciągu, w miarę starzenia się traci on własności lecznicze i temu zawdzięczać należy liczne niepowodzenia w leczeniu tasiemca. Autor stosował w 73 przypadkach czerwicości tasiemcowej czterochlorek węgla z doskonałym wynikiem. Podczas kuracji zakazywał chorym spożywania tłuszczów i alkoholu (obawa przed uszkodzeniem wątroby przez lekarstwo), podawał również dietę obfitą w wapń i chlorek wapnia doustnie, gdyż czterochlorek węgla ma działanie dekalcyfikujące. Samo lekarstwo podawano w il. 3—4 cm³ w zależności od wagi chorego (ok. 1/2 cm³ na 19 kg wagi). Następnie chory otrzymywał 30—40 gr. soli gorzkiej. W razie braku wypróżnienia po 3 godzinach, dodawano jeszcze porcję tej soli. Objawy uboczne w postaci bólu brzucha, nudności, zawrotów głowy występowały rzadko i na krótki czas. Tasiemiec opuszczał jelito przeważnie przy najbliższym oddaniu stolca, w 4-ch przypadkach zaszła potrzeba powtórzenia kuracji i wtedy osiągnięto również wyleczenie. Reasumując, autor stwierdza, że czterochlorek węgla jest niezawodnym lekiem przeciw tasiemcom.

Antoni W a j n g o t.

M. KIRSCHEN. Lecznicze zastosowanie jadu Kobry. (Wien. kl. Woch. — 1936, Nr. 21).

Pierwsza naukowa obserwacja działania leczniczego jadu kobry u człowieka datuje się z r. 1929, kiedy M o n a e l e s s e r zauważył zniknięcie bólów neuralgicznych u trędowatego po ukąszeniu przez tego węża. Od tego czasu ukazało się sporo doniesień, naogół pochlebnych dla tego niezwykłego środka przeciwbólowego. Jad kobry, stosowany przez autora, został przyrządzony w roztworze glicerynowym w ten sposób, że zawierał w 1 cm³ 10 jednostek mysich. (Jednostką mysia nazywa się tę ilość jadu, która zabija 25 myszy). Rozpoczynano leczenie od 5 jedn. m., wstrzykiwanych pod skórę nad łopatką. Po 3 dniach ponawiano dawkę. Już po tych dwóch zabiegach bóle ustępowały, poprawiało się samopoczucie na czas tygodnia. Następnie stosowano dawki większe (10, 15 j. m.). Rzecz jasna, że podczas kuracji kobrowej nie stosowano żadnych środków przeciwbólowych. Postępowanie powyższe nigdy nie powodowało natężeń bólów, ani też uciążliwych dla chorego odczynów miejscowych i ogólnych, często opisywanych przez autorów, stosujących od pierwszego razu duże dawki jadu.

Materiał autora składał się z pacjentów chorych na nowotwory złośliwe, nieuleczalne, stale postępujące, u których objaw bólu dominował. Bóle po zabiegach znikły, poprawiał się stan ogólny, aczkolwiek nigdy nie stwierdzano cofania się sprawy nowotworowej. U większości jednak chorych śmierć przechodziła bez cierpień i później, niż przewidywano. W ten sposób w jadzie kobry otrzymano nowy, potężny środek analgetyczny, który winien znaleźć najszersze zastosowanie, chociażby ze względów eutanastycznych. Próby zastosowania jadu kobry w innych chorobach połączonych z bólami, są w toku. Niezbyt duże doświadczenie nie pozwala na wyciąganie wniosków ostatecznych, ale wyniki są bardzo zachęcające.

Antoni W a j n g o t.

M. des LIGNERIS i E. GRASSET. Doświadczenia kliniczne nad wpływem jadów żmij afrykańskich w przypadkach raka, leczonych lub nieleczonych naświetleniami głębokimi. (Amer. Journ. of Cancer, 1936, t. 26, z. 3).

Z dokładnego przeglądu piśmiennictwa wynika, że większość autorów nie miała zbyt dobrych wyników przy stosowaniu

jadu żmij. Autorzy zastosowali pierwsi jady południowo-afrykańskich żmij *Naja flava* (przeważnie) i *Bitis arietan* w 16 przypadkach różnego rodzaju rąków ludzkich. Wyniki ich były naogół nieświatłe, mimo obserwowanego niekiedy zmniejszenia bólu. Nie zaobserwowano również uczulenia nowotworów na naświetlania głębokie.

H. Makower (Łódź).

Choroby zakaźne.

A. S. ZAJCEWA. **Objaw Filipowicza i poziom cholesteroliny w durze brzuszny.** (Wraccz. Dielo, 1936, Nr. 6).

Autorka przypomina, że wśród bogatej semiotyki duru brzusznego znajduje się jeden objaw mało znany, choć już przed pięćdziesięciu laty opisany przez Filipowicza. Objaw ten polega na żółtym zabarwieniu dłoniowych powierzchni kci i podeszwowych stóp. Nasilenie zabarwienia waha się w szerokich granicach, jednakże w formie wyraźnie dostrzegalnej występuje u 90% durowych, we wszystkich innych schorzeniach częstość jego nie osiąga 15%. Wobec licznych odchyleń w klinicznym obrazie duru w dobie współczesnej wskutek rozpowszechnienia szczepień i trudności wykonania w każdym przypadku badań pomocniczych, rozpoznawcze znaczenie tego bardzo stałego objawu jest bardzo duże. Dotychczasowe próby wytlomaczenia objawu Filipowicza były bezskuteczne; autorka przeprowadziła szczegółowe badanie poziomu cholesteroliny w surowicy durowych i stwierdziła daleko idącą równoległość między poziomem cholesteroliny i nasileniem się zabarwienia — im większa cholesterolynemia, tem silniej wyrażony jest objaw Filipowicza. Cholesteryna krwi obwodowej jest produktem syntezy, dokonanej przez układ siateczkowo-śródbłonkowy z produktów rozpadu tłuszczów obojętnych w jelicie cienkim. Wdg. Lejtesa, śledziona jest rezerwuarem, regulującym przemianę tłuszczową. Cholesteryna wydala się z ustroju przez jelita i wątrobę. Hipercholesterynemia w durze brzuszny może być od jej wzmózonej produkcji lub zmniejszonego wydalania, a może od obu tych czynników. Dla wzmózonej produkcji istnieją w durze brzuszny dobre warunki: wzmagają się rozpad krwinek białych i czerwonych oraz elementów limfatycznych całego ustroju (kępki Payera, grudki śledziony, gruczoły zaotrzewnowe i tchawiczne). Z drugiej strony, ze względu na uposłedzenie czynności jelit zmniejsza się wydalanie cholesteroliny. Intensywność ogólna sprawy chorobowej w przybliżeniu idzie w parze z cholesterolynią i stąd bardzo silne zażółcenie dłoni i podeszew, poza momentem rozpoznawczym, ma duże znaczenie prognostyczne w sensie ciężkiego przebiegu choroby. Objaw Filipowicza jest analogiczny do ognisk żółtego zabarwienia w cukrzycy. Predylekcję do zażółcenia stóp i dłoni z pominięciem innych odcinków skóry tłumaczyć można ogólnymi własnościami biochemicznymi cholesteroliny, a mianowicie jej „skłonnością” do odkładania się w tkankach o wybitnych własnościach zanikowych i regeneracyjnych. A do tych okolic należy skóra dłoni i powierzchni podeszwowych, pokryta stale zluszcującym się i następnie odradzającym nabłonkiem.

Antoni Wajngot.

Pedro T. LANTIN i Fortunato S. GUERRERO. **Przetaczanie krwi w durze brzuszny.** (Amer. Journ. Med. Sciences, 1936, t. 191, z. 6).

Autorzy stosowali przetaczanie krwi w ciężkich przypadkach duru brzusznego, wykazujących objawy ciężkiej toksemii. 41 przypadków leczono przetaczaniem, 34 mniej więcej jednakowo ciężkiej zostawiono jako kontrole. Śmiertelność wśród pierwszej grupy wynosiła 24% (10 zgonów), wśród drugiej 47% (16 zgonów). Technika polegała na upuszczeniu 150 cm³ i wstrzyknięciu 200 cm³ krwi dawcy. W ten sposób postępowano ewent. kilkakrotnie, tak często, jak to ze względu na stan chorych było potrzebne. W przypadkach z krwotokami jelitowymi upustu krwi nie dokonywano. Po transfuzji obserwowano

zwykle spadek ciepłoty, po którym następowało polepszenie tętna i stopniowa poprawa w stanie ogólnym.

H. Makower (Łódź).

B. A. KOGAN i I. K. HOFMAN. **Badania elektrokardiograficzne w zimnicy.** (Wraccz. Dielo, 5, 1936).

Zagadnienie toksycznego wpływu pierwotniaka zimnicy na mięsień sercowy nie było przedmiotem zainteresowania ani też poważniejszych badań. Najpoważniejsze podręczniki i monografie wogóle o nim nie wspominają. Interesowano się tylko wpływem choroby zimniczej na ciśnienie krwi, stwierdzając jednogłośnie jego obniżenie; niektórzy autorzy zwrócili też uwagę na często występujący szmer skurczowy nad koniuszkiem; ma on charakter czynnościowy i zależy od względnej niedomykalności zastawki dwudzielnej na skutek wtórnej rozstrzeni lewej komory, zresztą szybko ustępuje.

Dla wnikięcia w stan mięśnia sercowego podczas zakażenia zimniczego autorzy wykonali badania elektrokardiograficzne u 167 malaryków i doszli do następujących wniosków: 1) Nie ma zmian EKG charakterystycznych dla zimnicy, które mogłyby mieć znaczenie rozpoznawczo-różniczkowe lub rokownicze. 2) Zaburzenia EKG, występujące w okresie napadu, mają charakter przejściowy. 3) Stopień zaburzeń nie ma odpowiednika w ciężkości obrazu klinicznego. 4) Najczęściej spotyka się w ostrych przypadkach utrudnienie przewodnictwa przedsionkowo-komorowego (powiększenie odcinka RQ), które w krótkim czasie po ustąpieniu napadu powraca do normy. 5) Często w okresie napadu, razem ze zmniejszeniem załamka R, stwierdza się mały woltaż załamka T, co występuje równolegle z przedłużeniem okresu skurczu.

Choroby serca i naczyń.

CLERC i LEVY. **Odporność serca u chorych ze stałym rozkojarzeniem przedsionkowo-komorowym.** (Arch. mal. coeur — Maj, 1936).

Wbrew powszechnie przyjętemu mniemaniu, że blok serca, zwłaszcza powikłany zespołem objawowym Adamsa-Stokesa, daje bezwzględnie złe rokowanie, autorzy przytaczają szereg przypadków, w których chorzy wykonywali duże wysiłki fizyczne, uprawiali sporty, podlegali operacjom pod narkozą i t. p. i przetrzymywali te urazy bez wyraźnej szkody dla zdrowia. Tyczy się to wyłącznie ludzi młodych. Oczywiście, te wszystkie przypadki nie zmieniają poglądów na możliwość zejścia śmiertelnego podczas napadu bradysystolii, tym bardziej, że wszelkie leczenie zapobiegawcze w okresie międzynapadowym jest mało skuteczne.

Antoni Wajngot.

A. PORTOCALIS i G. FLORA. **Leczenie chromania przestankowego za pomocą fal krótkich i acetylcholino.** (Bull. et Mém. Soc. Hôp. 1936, t. 52, z. 1).

Autorzy opisują 2 przypadki daleko posuniętego chromania przestankowego na tle *endarteriitis obliterans*, w których zastosowanie jednoczesne fal krótkich i wstrzykiwań acetylcholino spowodowało całkowite wyleczenie lub daleko idącą poprawę. Stosowanie tych środków terapeutycznych oddzielnie (uprzednio) było bez żadnego efektu leczniczego.

H. Makower.

M. LUCAS. **Zator powietrzny naczyń wieńcowych serca w przebiegu odmy sztucznej.** (Beitr. Kl. Tbc. 20.7.36).

Zatory powietrzne w dużym krążeniu zazwyczaj powodują śmierć przez ułożenie się w tętnicach mózgu lub w tętnicach wieńcowych serca. Rozpoznanie kliniczne umiejscowienia zatoru jest prawie niemożliwe ze względu na podobieństwo obrazów klinicznych i nadzwyczaj szybki przebieg. W obu przypadkach dochodzi do anemizacji narządów niezbędnych dla życia. Niezwykle dziwny wydaje się napotrzeź brak subiektywnych objawów dławicy piersiowej w zatorze naczyń wieńcowych, co jednak zgadza się z najnowszymi poglądami na pato-

genezę dławicy. Chodzi prawdopodobnie o to, że nie dąży się wytworzyć zawału serca. Autorka cytuje przypadek własny. Pacjentka l. 30 w jednym z kolejnych odmowań po wypuszczeniu 100 cm³ powietrza, nagle straciła przytomność wśród drgawek. Odmę wykonywano *lege artis*. Po przewiezieniu do kliniki chora wykazywała objawy niedrożności górnych dróg oddechowych, sinicę, przyspieszone i słabo napięte tętno, silne drgawki toniczne i obustronny dodatni odruch Babinskiego. Cały czas nieprzytomna, zmarła na 4-y dzień. Na sekcji stwierdzono przebiecie oskrzela i odgałęzienia żyły płucnej, zmiany martwicze w mózgu i mięśniu sercowym. Tak więc w tym przypadku stwierdzono liczne zatory w obrębie centralnego układu nerwowego i mięśnia sercowego. W diagnostyce różniczkowej między zaturem mózgu i naczyń wieńcowych ze względu na bardzo podobny obraz kliniczny uciec się należy do badań pomocniczych, wśród których elektrokardiogram i próba strofantynowa będą miały największe znaczenie. Antoni Wajngot.

HESS F. Skombinowane leczenie w praktyce chorób układu krążenia. (Der österreichische Arzt Nr. 9, 1936 r.).

Od 3 lat autor stosuje w ciężkich przypadkach zwyrodnienia m. sercowego skombinowane leczenie naparstnicą i Coraminą, co dało zadawalające wyniki. Podawanie Coraminy w ilości 10—30 kropeł 3 razy dziennie pozwoliło zmniejszyć ilość naparstnicy albo wogóle odstawić ją na dłuższy czas. Po dłuższym podawaniu naparstnicy autor zawsze zaleca leczenie Coraminą. Jednocześnie podawanie naparstnicy i Coraminy działa szybciej i wydajniej. Autor chętnie zaleca Coraminę w *asthma bronchiale*, aby spotęgować działanie leków podawanych doustnie. W *asthma bronchiale* zaleca: Rp. Ephetonini 0,5—1,0, Ammon. chlor. 3,5—5,0, Kalii jodati 2,5—3,5, Aq. ad. 1500. M. D. S. 3 razy dziennie po łyżce stołowej. Przy jednoczesnym podaniu 3 razy po 15—25 kropeł Coraminy szybko poprawia się stan ogólny i napady ustępują; poprawia się zwłaszcza czynność serca. W Coraminie posiadamy środek umożliwiający racjonalne podawanie naparstnicy w ilościach nie przedstawiających niebezpieczeństwa, wreszcie Coramina jest dobrym środkiem pomocniczym w leczeniu napadów dychawicy oskrzelowej. W. Kurowski.

E. BIRK, H. LETHAUS i N. PLUGGE. Przyczynę do leczenia częstoskurczu napadowego. (Fortschr. der Ther. 1936, z. 3).

Autorowie opisują dokładnie leczenie częstoskurczu napadowego. Podczas badań stwierdzono, że środki, jak naparstnica, strofantyna oraz Doryl M e r c k a, usuwają napad. Preparaty te mają prawdopodobnie ściśle określone wskazania i przeciwwskazania. Z doświadczenia wynika, że w ciężkich przypadkach długotrwałego częstoskurczu napadowego, w których inne środki zawiodły, skutek działania strofantyny i naparstnicy był szybki i długotrwały we wszystkich niewyrównanych przypadkach, podczas gdy we wszystkich przypadkach z wyrównanymi wadami serca, jakkolwiek duże dawki naparstnicy posiadają nadzwyczajny skutek, pierwszeństwo ma Doryl, którego skuteczne działanie występuje natychmiast i długo się utrzymuje. Tylko w jednym przypadku zatrucia tarczycznego Doryl nie działał; spostrzeżenie to poczyniono też i z innych stron. Jan Bader.

Choroby kości i stawów.

STAHNKE. Działanie męskiego hormonu płciowego. (Münch. med. Wschr. Nr. 39, 1936 r.).

Sta h n k e opisuje przypadek 35-letniego mężczyzny, który od 10 lat cierpiał na wylewy krwawe do stawów kolanowych i wodniaki. Po zastosowaniu kuracji hormonalnej wodniaki cofnęły się i stawy wróciły do stanu normalnego. W dyskusji podniesiono możliwość leczenia hormonalnego także innych schorzeń kostnych (*osteocondritis diss., necrosis ossis navicul., lunati etc.*). W. Kurowski.

L. de GENNES. Nietypowe postaci ostrej dny. (Monde Médical 15.V.36).

Typowy napad dny w 90% dotyczy palucha; z tego

powodu, często przeocza się inne objawy tej choroby. Sam paluch może być atakowany w sposób nieostry, skradający się; istnieje też forma t. zw. asteniczna, dająca dolegliwości codzienne, ale tylko zrana, z pierwszym krokiem po wstaniu z łóżka. Forma wielostawowa do złudzenia przypomina ostre gościec; należy w wywiadach szukać ataków podagry. Ostro forma przechodzi niekiedy w wysiękową, a wysoka gorączka i silna bolesność kierują rozpoznanie w stronę zapalenia ropnego; nakłucie stawu wyjaśnia pomyłkę. Rozprzestrzenienie się sprawy na naczynia żyłne daje objawy, które łatwo pomylić z zapaleniem zakrzepowym żył; jednakże w dniu schorzenia ulega nie cała żyła, lecz tylko nieznaczny jej odcinek, poza tym sprawa dotyczy tylko żył powierzchownych, lecz się szybko, lecz ma przebieg nawracający. Najmniej znaną formą ataków dnawych jest postać przypominająca gruźlicze zapalenie stawu (*tumor albus*). Nie występuje ona pierwotnie, lecz przeobraża się z formy ostrej. Sprawę wyjaśnia przeświecenie stawu i ujemne próby biologiczne z płynem otrzymanym przy nakłuciu. Wbrew przyjętym poglądom, autor stwierdza, że guzki artretyczne (*tophi*) nie występują w postaci pierwotnie ostrej. Z objawów humoralnych hiperuricemia zdarza się w większości przypadków dny i ma znaczenie diagnostyczne w przypadkach wątpliwych. Duże znaczenie przypisuje autor kolchicine „*es juvantibus*”. T. zw. postaci trzewne dny według pojęć autora nie istnieją. Antoni Wajngot.

Choroby nerwowe i psychiczne.

E. H. NORRIS. Thymoma i przerost grasicy w myasthenia gravis z uwagami o ogólnej patologii. (Amer. Journ. Cancer, 1936, t. 27, z. 3).

Autor donosi o 4 przypadkach *myasthenia gravis*, sekcyjnie skontrolowanych; w 2 była wyraźna hiperplazja grasicy, w 2 pozostałych grasicy była normalna. Również z opisanych w piśmiennictwie sekcyjnych przypadków *myasthenia gravis* 50% miało zmiany w grasicy, przy czym w połowie tych ostatnich stwierdzono nowotworowe zmiany dobrotliwe (*thymoma*), w drugiej połowie zaś powiększenie grasicy (w sensie *thymus persistens*). W pierwszym przypadku mamy do czynienia z krainowym przerostem nabłonkowym, w 2 — z przerostem średniego stopnia. H. Makower (Łódź).

W. SCHMIDT. Przetaczanie krwi w nagminnym zapaleniu opon. (D. med. Woch. — 1936, Nr. 22).

W 6 przypadkach bakteriologicznie stwierdzonego nagminnego zapalenia opon mózgowych u dzieci autor stosował przetaczanie krwi jedno lub wielokrotne, każdorazowo od 200—300 cm³. Między poszczególnymi przetaczaniami zachowywano odstępy 2—4 dniowe. Najpóźniej po 3-m przetoczeniu ustępowały objawy kliniczne zapalenia opon, opadało ciśnienie płynu mózgowo-rdzeniowego i zmieniał się jego charakter z wybitnie ropnego na surowiczy. Przez cały czas nie stosowano innych środków leczniczych np. surowic, natomiast wykonywano codziennie punkcję lędźwiową. Autor uważa, że transfuzja działa w tym wypadku, jako potężny nieswoisty bodziec i zmusza ustrój do uruchomienia wszystkich sił obronnych. Antoni Wajngot.

P. van der ESCH. Leczenie stanów depresyjnych menformomem. (Nederlandsch Tijdschrift voos Geneeskunde Nr. 34 1936 r.).

Autor podaje następujące przypadki stanów depresyjnych leczonych bez żadnego efektu za pomocą dużych dawek menformonu: 3 przypadki depresji na tle arteriosklerozy (2 kobiety i 1 mężczyzna), 5 przypadków depresji starczej (kobiety) i jeden przypadek psychozy maniako-depresyjnej u mężczyzny. Dla porównania podaje prace Sacka i van der B e c k a o Agomensinie i Sistomensinie. Reasumując wszystko, autor dochodzi do wniosku, że leczenie folikuliną daje pewien rezultat w przypadkach dysfunkcji jajników. U kobiet zaś, które prawidłowo miesiączkują lub w okresie klimakterycznym nie wykazują objawów wypadkowych, terapia ta nie daje efektu.

Streszczenia pojedyncze.

Biologia.

R. DUJARRIE de la RIVIÈRE, N. KOSOVITCH i A. CYGLER. **O zdolności hemolitycznej surowic różnych grup krwi.** (C. r. Soc. Biol. 1935, t. 119, z. 27).

Zbadano 300 surowic. Największą siłę hemolityczną mają surowice grupy B, następnie kolejno AB, A i O. Surowice mężczyzn silniej hemolizują niż surowice kobiet, surowice Wassermann — ujemne, silniej niż Wassermann — dodatnie. H. Makower (Łódź).

A. S. PARODI. **Przysadka i fagocytoza.** (C. r. Soc. Biol. 1936, t. 121, z. 4).

U psów z wyciętą przysadką fagocytoza była o połowę słabsza, niż u normalnych. Wstrzykiwania zasadowego wyciągu z przysadki przedniej (Evansa i Simpsona) zwiększają fagocytozę u psów normalnych i pozbawionych przysadki, ale podobnie działa również wyciąg z mięśnia. Podawanie sproszkowanej tarczycy *per os* zwiększa również fagocytozę. H. Makower.

V. de LAVERGNE i P. KISSEL. **Cholesterol i odporność.** (Revue d'Immunol. 1936, t. 2, z. 2).

Po dokładnej analizie piśmiennictwa i przedyskutowaniu materiału faktycznego i doświadczalnego przychodzą autorzy do wniosku, że w obecnym stanie wiedzy nie można uważać cholesterolu za czynnik, odgrywający rolę w powstawaniu lub zachowywaniu odporności komórkowej lub humoralnej. H. Makower (Łódź).

F. MAIGNON. **Polipeptydemia we wstrząsie anafilaktycznym.** (C. r. Soc. Biol. 1936, t. 121, z. 3).

Polemika z Polonowskim (p. niżej). Autor uważa, że objawy wstrząsu zależne są od utrwalenia polipeptydów w tkankach, wobec czego nie należy się tu spodziewać polipeptydemii zwiększonej. H. Makower.

M. POLONOWSKI, CH. GERNEZ i J. DRIESSENS. **Polipeptydemia we wstrząsie anafilaktycznym.** (C. r. Soc. Biol. 1936, t. 121, z. 1).

Według Maignona pod wpływem wstrzykiwania uczulającego białka wytwarzają się 2 zaczyny obronne we krwi, 1-y rozszczepia białko na polipeptydy, 2-i dalej na aminokwasy. Po pewnym czasie 2-i zaczyn zanika, a wtedy po wstrzyknięciu wywołującym zjawia się we krwi duża ilość polipeptydów, wywołując zjawiska wstrząsu. Ażeby sprawdzić tę hipotezę autorzy badali poziom polipeptydów we krwi w czasie wstrząsu anafilaktycznego u świnki morskiej, nie znaleźli jednak powiększenia ich ilości u świnek, które zmarły we wstrząsie. Znaczące zwiększenie polipeptydemii stwierdzono u 2 świnek, które pozostały przy życiu. H. Makower.

Fritz LUDWIG i J. v. RIES. **Wpływ hormonów na różnicowanie płci.** (Zntrbl. f. Gynäkologie Nr. 33, 1936 r.).

Zapłodnione kurze jaja, którym 4-go dnia od rozpoczętego wysiadywania wstrzyknięto żeński hormon płciowy (Progynon) do pęcherza owodniowego rozwijały się z reguły do piskląt rodzaju żeńskiego. Jeśli natomiast wstrzyknięto męski hormon płciowy np. Androstinę do zapłodnionego jaja to powstawały zarówno męskiego, jak i żeńskiego rodzaju pisklęta. Z powodu braku dokładnego testu dla męskiego hormonu płciowego nie można dokładnie dawkować go. Należy przyjąć, że przy użyciu wysoko stężonego hormonu męskiego uda się pisklęta żeńskiego rodzaju przeistoczyć w osobniki męskie. Byłoby pożądane, aby za test męskiego i żeńskiego hormonu przyjąć jednostkę, która byłaby w możności zadecydować o płci płodów kurcząt. W. Kurowski.

Lecznictwo.

M. DUVOIR, L. POLLET, H. BOULEY i panna HUGUET. **Zapaść śmiertelna w czasie leczenia anatoksyną gronkowcową.** (Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp., 1936, t. 52, z. 8).

51-letnia chora, która otrzymała 0,5 cm³ anatoksyny gronkowcowej spowodu *hydroadenitis*, zmarła w mniej niż 48 godz. wśród objawów zapaści. Na sekcji stwierdzono krwotok do nadnercza prawego. Zapewne chodziło o niezwykle wielką nadwrażliwość chorej na anatoksynę. Ustrzec się można przed niespodziankami tego rodzaju przez wstrzyknięcie podskórne lub doskórne małej dawki anatoksyny i ocenę powstałej reakcji — co radzi również Robert Debré.

H. Makower (Łódź).

F. REITER. **O długotrwałych wśródzylnych wlewaniach kroplowych.** (Wien. med. Wschr. Nr. 29/1936).

Autorka zastosowała długotrwałe wśródzylne wlewania kroplowe u dzieci w 17 przypadkach a mianowicie w 15 przypadkach zatrucia pokarmowego, w jednym przypadku stanu toksycznego w przebiegu duru rzekomego i w jednym przypadku toksycznej błonicy. Do wlewań używano 6% roztworu cukru gronowego i fizjologicznego roztworu soli kuchennej w równych częściach, przy czym płynu tego nie ogrzewano, co nie pociągnęło za sobą żadnych powikłań. Czas trwania wlewań wynosił od 47 do 102 godzin. Wlewana w ciągu 24 godzin ilość płynów wynosiła przeciętnie od 500 do 900 cm³. Na podstawie swych spostrzeżeń dochodzi autorka do wniosku, że w leczeniu zatrucia pokarmowych długotrwałe wśródzylne wlewania kroplowe przewyższają inne metody pozajelitowego dowozu płynów, a to z następujących względów: 1) dzięki możliwości równomiernego dostarczania płynów ustrojowi, uległemu ostremu zakażeniu, i związanemu z tym lepszemu obiegowi krwi i wypłukiwaniu toksyn, 2) dzięki zapewnieniu zupełnego spokoju przewodowi pokarmowemu, 3) dzięki możliwości dodawania podczas wlewania do płynu odpowiednich leków, 4) dzięki możliwości wlewań tak długo, aż stan przewodu pokarmowego pozwoli na rozpoczęcie żywienia drogą doustną. H. L.

H. BEXEN. **Diureza w schorzeniach sercowych i nerwowych.** (D. med. Woch. 1936, Nr. 8).

Autor pisze o swym doświadczeniu z Theacylonem. Theacylon jest znakomitym środkiem moczopędnym, który oddaje cenne usługi szczególnie przy równoczesnym stosowaniu naporstnicy. Przy podawaniu 3 razy dziennie po 1 tabletkę działanie moczopędne występuje przeważnie 4—5 dnia i utrzymuje do 8.—10. dnia swe największe nasilenie. Spostrzegano, że działanie moczopędne trwało czasami dłużej. W rozpaczliwych przypadkach stosowano także większe dawki: 3 razy dziennie po 2 tabletki przez 5—6 dni i uzyskiwano silną diurezę. Theacylon można z przerwami stosować przez dłuższy czas. Należy zwracać uwagę na podrażnienie nerek. Dolegliwości żołądkowe usuwa się przez równoczesne stosowanie rozcieńzonego kwasu solnego. Jan Bader.

Aurél MITTERDORFER. **Przyczynę do leczenia hormonem płciowym męskim.** (Wien. med. Wschr. Nr. 36/37, 1936 r.).

Autor stosował Androstinę w całym szeregu przypadków neurastenii o podłożu seksualnym. Preparat działał nie tylko na objawy niedomogi, rzucające się na pierwszy plan obrazu chorobowego, ale także na połączony z tym stan depresji. W dużej liczbie przypadków stwierdzono także działanie wzmacniające, u otyłych zaobserwowano spadek wagi; dobre wyniki osiągnęto w przypadkach *acne* u kobiet, w przypadkach zaś oziębłości seksualnej wyniki były różne. F. Mikulśka.

G. ALBUS. Badania doświadczalne na zwierzętach nad działaniem cucącym środków pobudzających ze szczególnym uwzględnieniem Coraminy i Cardiazolu. (Arch. experim. Pathol. und Pharmac. T. 182. Zesz. 4, 1936).

Autor stara się rozstrzygnąć pytanie, któremu ze środków pobudzających należy się pierwszeństwo. Badania przeprowadził na dużym materiale zwierząt (białe szczury), będących tak w narkozie jak i w stanie normalnym. Ze środków szczególnie uwzględniał Coraminę i Cardiazol. Wyniki otrzymał następujące: Już małe dawki Cardiazolu zmniejszały głębokość i długość narkozy evipanowej i avertynowej. Cardiazol - ephedryna działa lepiej niż Cardiazol w przypadku narkozy avertynowej, wpływ zaś na narkozę evipanową jest taki sam jak Cardiazolu. Toksyczne objawy przy przedawkowaniu Cardiazol-Ephedryny występują szybciej niż przy cardiazolu. Coramina w niedużych dawkach daje skrócenie narkozy. Lobelina i Sympatol zajmują pośrednie miejsce pomiędzy Coraminą i cardiazolem. Ephedryna i Sympatol w miernym stopniu skracają narkozę. Działanie sympatolu zgadza się w przybliżeniu z lobeliną-sympatolem.

F. Mikulska.

Znieczulanie.

E. SCHNEIDER. Zwalczanie bólu w chorobach dróg moczowych. (Medizinische Klinik Nr. 37, 1936 r.).

Autor omawia różne sposoby zwalczania bólów w chorobach dróg moczowych. Przy zabiegach operacyjnych stosuje się metody według pewnych przyjętych prawideł chirurgicznych (znieczulenie ogólne, miejscowe, lędźwiowe i t. d.). Jako środka znieczulającego autor używa roztworu 1/4 % Perkaïne, który stosuje przez wstrzyknięcie przy znieczuleniu cewki moczowej i przez wprowadzenie do pęcherza moczowego 30 cm³ na przeciąg 3—5 minut dla znieczulenia pęcherza i jego szyjki. To znieczulenie jest bardzo korzystne, gdyż pozwala na dokładne badanie bez uczucia tak przykrego bólu, a nawet jest wystarczające w zupełności przy zabiegach operacyjnych na pęcherzu i gruczole krokowym.

F. Mikulska.

William A. HINCKLE. Długotrwałe znieczulenie miejscowe. (Clinical Medicine and Surgery. Nr. 8, 1936 r.).

Do środków dających długotrwałe znieczulenie autor zalicza także Perkaïne. Jednakże nieraz się zdarza, iż czas trwania znieczulenia perkaïną jest niewystarczający. W tych przypadkach dla osiągnięcia dłużej trwającego znieczulenia autor używa mieszaniny, zawierającej 0,4%—0,6% chinin. hydrochlor. i 0,5% perkaïne. Przez dodatek perkaïne ból zostaje zupełnie zniesiony, czego nie daje sam roztwór chininy. W ten sposób znieczulając, operowano około 250 przypadków z dobrym skutkiem.

F. Mikulska.

Gruźlica.

G. MAURER i E. HAUTEVILLE. Czas trwania odmy szluzowej. (Revue de la tuberculose — Maj 1936).

To zagadnienie pierwszorzędnej wagi dla praktyki lekarskiej przede wszystkim, pomimo wieloletnich i wielotysięcznych doświadczeń ciągle jest na warsztacie codziennych rozważań ftizjologów. Według dotychczasowych statystyk największy procent wyleczeń daje odma nieprzerwana przynajmniej przez 2 lata. Ponieważ nawroty postępującej gruźlicy zdarzają się i po tym czasie, autorzy rozpatrują ewentualność przedłużenia zabiegu poza ten okres. Coprawda, świeże wysiewy w odmie skutecznej podczas ucisku zdarzają się rzadko, jednakże wieloletnie stosowanie odmy prowadzi do wybitnych (nieraz nieodwracalnych) zmian w narządach klatki piersiowej i o tem musi pamiętać lekarz, narażający pacjenta na wieloletnie zablokowanie opłucnej. Te późne powikłania poodmowe dotyczą płuc, opłucnej i śródpiersia. W zakresie płuc stwierdza się utratę sprężystości i marskość wtórną (zwłóknienie poodmowe pochodzenia opłucnowego). W opłucnej zjawia się płyn, początkowo

przebiegowy (hydro - pneumothorax), przechodzący w wysięk. Płyn ten jest zwykle odczynem opłucnej na gaz, ale zjawia się też przy zaprzestaniu odmowania, zwłaszcza po utracie sprężystości przez płuco, jako „pleuritis ex vacuo”. Płyn zapalny objawia dążność do zamknięcia jamy opłucnowej, w szczęśliwszych wypadkach rozciąga obie blaszki opłucnej i z tego powodu po szczęśliwym ustąpieniu płynu i zaprzestaniu odmy, jama opłucnowa jest „za luźna”. Zbiorowisko płynu, jako światna pożywka dla bakterii, stanowi niebezpieczeństwo w razie zwykłych banalnych infekcyj (autorzy cytują przypadek wytworzenia się ropniaka opłucnej na drugi dzień po wybuchu anginy). Utrata sprężystości płuca uciśniętego i zrosty powodują zmiany w śródpiersiu, w przypadku autorów wystąpił skręt żyły głównej dolnej i dopiero torakoplastyka uratowała chorego od śmierci z niedomogi krążenia. Niezależnie od tych wtórnych szkód, jakie może przynieść nadmierne długotrwałe odma, podkreślić należy, że nawet najdłuższe odmowanie nie wywiera dodatniego wpływu na okolice płuca, nie zapadające się naskutek zrostów. Mając na względzie obie strony zagadnienia: zbyt krótkotrwałą i przez to nieskuteczną odmę i odmę długotrwałą, autorzy opowiadają się za starą regułą Forlaminiego, przewidującą czas trwania leczenia uciskowego na 2 lata. Zabieg może trwać i krócej, o ile opłucna jest całkowicie wolna. Zastosowanie przecięcia zrostów może zrównać niekiedy stan opłucnej „zrostowej” z opłucną „dziewiczą” i w ten sposób skrócić czas odmowania. Aby mieć pewność, czy należy przerwać odmowanie, autorzy radzą postępowanie następujące: w okresie wybranym umieszcza się chorego pod stałą obserwacją (najlepiej sanatoryjną). Codziennie bada się płwocinę, również biologicznie od czasu do czasu. Często kontroluje się radiologicznie obraz płuca chorego (autorzy specjalnie polecają stereo-radiografię). — Brak niepokojących oznak przy tego rodzaju kontroli upoważnia do zaprzestania odmy. Gdy mimo wszystko nastąpi recydywa, należy próbować ponownie ucisnąć płuco, wyrwać nerw przeponowy lub dokonać torakoplastyki. W każdym razie, mając do dyspozycji powyższe środki, mamy prawo przerwać odmę po 2-ach latach; jest to słuszniejsze, niż przewlekanie odmy w nieskończoność i doprowadzenie do zmian ciężkich i nieodwracalnych w narządach klatki piersiowej.

Antoni Wajngot.

I. HERCZOG. O nieskutecznym wyrwaniu nerwu przeponowego. (Beitr. Kl. Tuberk. 20.VII.36).

Operacja wyrwania nerwu przeponowego należy do zabiegów z zakresu kolapsoterapii i skuteczność jej, a także rokowanie na przyszłość uzależniano jedynie od porażenia odnośnej połowy przepony, jej uniesienia i ucisku na chore płuco od dołu. W ostatnich czasach po okresie wielkiego entuzjazmu dla tego zabiegu szereg głosów krytycznych podważył jego celowość. Również pod znakiem zapytania stoi mechanizm dobroczynnego wpływu kolapsoterapii — przyjęcie działania wyłącznie mechanicznego ucisku nie wystarcza w świetle ostatnich zdobyczy patologii doświadczalnej i kliniki. Już w 1928 O r s z a g h zestawiał statystykę, w której procent poprawy klinicznej (zmniejszenie ilości płwociny i znikanie prątków, spadek temperatury, przybytek na wadze) był jednak w przypadkach anatomicznie udanej i nieudanej frenikoegzerezy. Autor w przybliżeniu potwierdza te spostrzeżenia O r s z a g h a na swoim, obejmującym przeszło setkę przypadków, materiale. Materiał ten dzieli na 4 grupy: 1) całkowite unieruchomienie i uniesienie danej połowy przepony po operacji, 2) zupełny brak efektu z powodu zrostów przepony, 3) wystąpienie ruchów paradoksalnych przy silnych ruchach wydechowych i zamkniętej głoźni, 4) wystąpienie stałych ruchów paradoksalnych przepony. Okazuje się, że najlepszy efekt leczniczy osiągnięto w grupie 3-iej, i to zarówno na krótką, jak i dalszą metę (kontrola w okresie 3 letnim). Z zestawienia wynika, że najlepsze rokowanie co do życia przedstawiają przypadki frenikoegzerezy:

a) skutecznej, b) całkowicie nieskutecznej, c) z niestałymi ruchami paradoksalnymi; co do zdolności do pracy zaś najlepiej rokuja 2 pierwsze grupy. To zestawienie wymaga jeszcze kontroli na wielkiej liczbie przypadków, w każdym razie dowodzi, że unieruchomienie i uniesienie przepony nie jest jedynym miernikiem dla rokowania. Wskazuje to na istnienie nieznanych bliżej czynników poza uciskiem, współdziałających z nim w kolapsoterapii. Wśród nich na pierwsze miejsce wysuwa się z czynników endogennych skłonność płuca do procesów marskich, z egzogennych — higieniczno-dietetyczny tryb życia.

Antoni W a j n g o t.

Choroby jamy ustnej, gardła, nosa i uszu.

TALBOT. **Ostra ropna przyusznica.** (Am. J. Surg. v. 25, Nr. 2).

Autor, analizując etiologię, patogenzę i leczenie ostrej ropnej przyuszniczy, dochodzi do następujących wniosków: 1. Ostra ropna przyusznica jest zwykle wtórnym powikłaniem jakiejś sprawy zakaźnej lub stanu pooperacyjnego. 2. Połączona z przyusznicą wysoka śmiertelność jest raczej wynikiem sprawy pierwotnej: przyusznica sama nie jest ciężkim cierpieniem. 3. Czynnym drobnoustrojem jest zwykle gronkowiec złocisty. 4. Zakażenie ma swoje źródło w jamie ustnej. 5. Właściwe zapobieganie polega na higienie ust i normalnym odpływie śliny. 6. Wskazaniem do zabiegu chirurgicznego jest zdaniem autora moment zlokalizowania się ropy. Z wyjątkiem przypadków przebiegających burzliwie, we wszystkich innych niema potrzeby wkraczać chirurgicznie.

S. Guzman.

E. REYE. **Angina Plaut-Vincenti.** (Die Mediz. Welt 1936, Nr. 21).

Autor, który posiada bogate doświadczenie w stosowaniu pyoktaniny w anginie Plaut-Vincenti, pisze ponownie o tym sposobie leczenia. W setkach przypadków uzyskiwał najlepsze wyniki przez leczenie miejscowe owrzodzenia za pomocą 5% wodnego roztworu pyoktaniny.

Jan Bader.

J. DOLLINGER. **Chrypka mleczna.** (Wien. med. Wschr. Nr. 30/1936).

Autor cierpiał od dzieciństwa na chrypkę, głos był zawsze zawołowany, musiał stale chrząkać, odczuwał ciągle podrażnienie w gardle, na wysokości krtani. Żadne środki domowe, ani zalecane przez lekarzy nie mu nie pomagały, nawet zupełne milczenie. Wreszcie sam autor zwrócił uwagę na związek między tymi objawami a spożywaniem mleka i jego produktów (śmietana, śmietanka, masło, wszelkie gatunki serów). Wystarczyło zupełne powstrzymanie się od spożywania tych pokarmów, aby objawy całkowicie ustąpiły, i odwrotnie — spożycie ich wywoływało bądź natychmiast, bądź po kilku minutach, lub godzinach objawy podrażnienia gardzieli i krtani. Laryngolodzy stwierdzali wówczas zaczerwienienie błony śluzowej gardzieli, obrzmienie mieszków śluzowych aż do wejścia do krtani. Jedynym środkiem usunięcia tego cierpienia jest powstrzymanie się od spożywania wszelkich produktów mlecznych.

H. L.

M. HAJEK. **O doszczętnym leczeniu spraw ropnych zatoki czołowej.** (Monatsschrift für Ohrenheilkunde, T. 70, 1936, zes. 6).

Autor na wstępie oświadcza, że doświadczenie nauczyło go w sprawach ropnych zatoki czołowej zwlekać z zewnętrzną operacją jaknajdłużej i starać się osiągnąć wyleczenie za pomocą zabiegów wewnątrznosowych. Przechodząc do analizy poszczególnych zabiegów zewnętrznych, autor uważa, że nie należy zupełnie zarzucać t. zw. zwyczajnej trepanacji zatoki czołowej, polegającej na rozszerzeniu istniejącej już przetoki zewnętrznej, przepłukiwaniu i przyżeganiu obrzęklej śluzówki. Natomiast ostrzega przed doszczętnym wyskrobaniem śluzów-

ki podług metody Luc-Ogston'a w przypadkach starych, gdzie oprawa kostna zatoki jest już b. zaatakowana i śluzówka wybitnie zmieniona, gdyż zawsze pozostają resztki śluzówki w licznych zakątkach, co daje niebezpieczne nawroty, zwłaszcza tam, gdzie *ductus naso-frontalis* jest niedrożny. W przypadkach zaś ostrych i podostrych obrzęki śluzówki i bez tego szybko się cofają, jeżeli jest dobry odpływ ropy, czyli *ductus* jest drożny. Co do zabiegów radykalniejszych, operacja Kuhn't'a nadaje się podług autora tam, gdzie zatoka jest płytka i uchylek oczodołowy niewielki, gdyż w podobnych przypadkach po zupełnym usunięciu przedniej ściany kostnej, części miękkie dają się adaptować do tylnej ściany, nie pozostawiając niewypełnionych zakątków (todter Raum. W przypadkach zaś, gdzie zatoka jest rozgałęziona i uchylek oczodołowy bardzo obszerny, śluzówka wybitnie zmieniona i oprawa kostna również zaatakowana, jedyną metodą wyboru jest metoda Riedla, podług której zostają usunięte wszelkie ściany oprócz tylnej, wszelkie wystające brzegi wygładzone i śluzówka doszczętnie wyskrobana ze wszystkich zakątków, tak, że miękkie części bez zarzutu przylegają do podłoża. Autor uważa, że metoda Riedla jest w bardzo wielu przypadkach ostatnią instancją po licznych nieudanych zabiegach, i, jeżeliby tej metody nie było, to każdy chirurgicznie wykształcony rynolog musiałby ją dla siebie wynaleźć. Jedyną słabą stroną tej metody jest zniekształcenie i zeszczenie twarzy. Żeby temu zaradzić, już dawno starano się operować osteoplastycznie (Briegger, Czerny, Głowin). Ale jasnym jest, że, jeżeli za pomocą metody Kuhn't'a trudno osiągnąć idealne przyleganie miękkich części, to tym bardziej nie udaje się to za pomocą zabiegów osteoplastycznych, w których wyniku tworzą się niepoddające się twarde ściany i dużych rozmiarów zakątki niewypełnione. I metoda Killiana nie jest pozbawiona tych braków; przy tej metodzie tworzą się jeszcze większe zakątki niewypełnione, zwłaszcza za przysrodkowym przyczepem mostka kostnego („Knochenspanne“). Dążeniem do dobrego wyniku kosmetycznego tłumaczy się to, że zabiegi osteoplastyczne, a zwłaszcza metoda Killiana długo były stosowane przez rynologów. Zapal do metody Killiana ustał, gdy w towarzystwach laryngologicznych zaczęto coraz częściej pokazywać przypadki, w których trzeba było w 11 i 17 lat po dokonaniu operacji Killianowskiej zastosować metodę Riedla. Im częściej pokazywano i ogłaszano podobne przypadki, tym mniej autor dążył do zewnętrznych zabiegów doszczętnych i stosował wyłącznie metodę Riedla w przypadkach nawrotów po wielokrotnych nieudanych zabiegach albo w przypadkach ropni oczodołu. Przekonawszy się, że punkt ciężkości leży w dobrym odpływie ropy czyli w drożnym *ductus naso-frontalis*, autor wyrobił sobie z biegiem czasu metodę, która polega na podtrzymywaniu szeroko otwartej rany pooperacyjnej tak długo, aż *ductus* nie pokryje się zupełnie nabłonkiem. Cięcie autor robi podług Killiana, trepanuje tylko środkowo-górną ścianę oczodołu, oddłubuje trochę u dołu przednią ścianę zatoki czołowej i *processus frontalis maxillae*, w razie potrzeby też część *processus frontalis* kości czołowej i nawet dolną część *septum interfrontale*. Oszczędza przy tym śluzówkę *proc. front. max.*, gdyż od tego zależy szybka epitelializacja przewodu i dobry wynik zabiegu. Przez otwartą ranę można zawsze przyżegać ewentualną ziarninę, usunąć zaschniętą wydzielinę i nawet małe sekwestry, ściąć polipek albo naciąć obrzękłą śluzówkę i dalej w ciągu tygodni i miesięcy dbać o zupełną epitelializację przewodu, aż mareszcie nastąpi moment, w którym można przestać tamponować. Rana przedstawia wtedy szczelinę, której brzegi można odświeżyć i za pomocą 1—2 szwów zaszyć. Wynik kosmetyczny jest dobry nawet w przypadkach częściowego zniszczenia kostnej ściany oczodołu. Chodzi tylko o wytworzenie szerokiego *ductus*, do brze pokrytego nabłonkiem. Co się tyczy przypadków, w któ-

rych śluzówka jest wybitnie zmieniona i oprawa kostna tak zaatakowana, że trzeba było się uciec do doszczętnych zabiegów podług Kuhnta, Killiana lub Riedla, to i w tych przypadkach autor dbał przede wszystkim o zupełną epitelializację *ductus*, nie zamykając rany przez dłuższy czas, niezależnie od tego, czy zatoka miała być zachowana, czy doprowadzona do obliteracji. Autor pokazuje i przytacza szereg przypadków, należących do tej kategorii: z rozpoczynającymi się i gotowymi ropniami oczodołowymi, *pansinusitis*, zatoki z usuniętą przednią ścianą, śluzowiaki i ropniaki, plazmazytom, przypadek jednoczesnego zajęcia prawo- i lewostronnej zatoki, przy czym ostatnia była bardzo płytka. We wszystkich przypadkach autor dążył do kompletnego wyleczenia, nie zaś do efektu kosmetycznego, który wprawdzie po 1—2 latach naprawiał za pomocą implantacji licznych małych kawałków kości z okostną, wziętych z piszczeli albo z kości biodrowej. Podług autora nie ma uniwersalnych metod; operuje się metodą, wskazaną w każdym poszczególnym przypadku.

B. Chorażycki.

Choroby narządów trawienia.

F. SPIELER. *Sigmoiditis et typhlitis stercoralis*. (Wien. med. Wschr. Nr. 29/1936).

Na przykładzie dwóch przypadków, które udało się autorowi spostrzec w stosunkowo krótkim odstępie czasu, opisuje on obraz kliniczny bardzo rzadkiego *sigmoiditis stercoralis* (powstałej wskutek zastoju kału) oraz wyjaśnia jej patogenezę zapomocą stwierdzonego w obu przypadkach rentgenologicznie istnienia „*sigma elongatum*”. Podobnie jak w „esicy”, tak również w „kątnicy” może przyjść do zastoju kału i wskutek tego (aczkolwiek bardzo rzadko i tylko w wyjątkowych przypadkach) do *typhlitis stercoralis* bez współudziału wyrostka robaczkowego, której częstość starzy lekarze z pewnością przeceniali, a której istnienie obecnie niesłusznie się całkowicie zaprzecza, jak to widać na przykładzie tylko klinicznie spostrzeżanego przypadku. Rozpoznanie *sigmoiditis* i *typhlitis* wymaga przede wszystkim, aby o nim myśleć. Skuteczne ich leczenie polega na szybkim i gruntownym opróżnieniu jelit (za pomocą oleju rącznikowego, podanego doustnie, ewentualnie również doodbytniczo), zapobieganie zaś na energicznym i skutecznym zwalczaniu przewlekłego zaparcia stolca, leżącego zawsze w podłożu tych spraw.

H. L.

A. VIDITZ. O działaniu Secguajolpillen w zaburzeniach czynnościowych przewodu pokarmowego. (Fortschr. d. Ther. z. 8/1936).

Preparat „Secguajolpillen” jest pozbawiony smaku i zapachu i posiada następujący skład: *Guajacol rab.*, *Bismut. subnitr.*, *China „Teep”*, *Juniperus aa 0,002 gr*, *Secale „Teep”*, *Nux vomica „Teep” aa 0,0002 g*. Wyciąg i sole są tu zastąpione przez „Teep”, t.j. przetarte w swoisty sposób całe świeże rośliny, dzięki czemu kumulujące działanie jonów roślinnych ulega zmniejszeniu. Za szczególnie wskazane uważa autor pigułki we wzdęciu: działanie powinno wystąpić już w 10—15 min. po zażyciu pigułki; jeżeli nie ma w ciągu tego czasu widocznego wyniku, należy zażyć drugą pigułkę. Secguajolpillen obok działania spazmolitycznego wywierają działanie odkażające, hamujące w stosunku do czynności wydzielniczych przewodu pokarmowego i przeciwwzapalne. Dlatego też wskazane są one również w stanach zapalnych jelit nawet wówczas, gdy zwykle stosowane środki wiatropędne: belladonna, papaweryna i t. p. zawiodą. Nadają się one też do leczenia wszelkich chorób w których zaburzenia czynności jelit odgrywają pewną rolę, jak np. kamica żółciowa,

wrzód żołądka. Autor gorąco poleca stosowanie secguajolpillen w niezycie kiszek grubych oraz w stanach dławicowych. Autor stwierdził, że za pomocą połączenia sporyszu z innymi składnikami Secguajolpillen otrzymuje się działanie, cechujące się nieznanymi dotychczas właściwościami. Fakt ten otwiera przed nami horyzonty nowych zasad usuwania kurczów H. L.

Choroby płuc.

H. HENNEL. *Torbiele płucne*. (Arch. Intern. Med. 1936, t. 57, z. 1).

Torbiele płucne, uzewnętrzniające się klinicznie, są rzadkie. Crowsell i King w r. 1933 zebrali z piśmiennictwa tylko 121 przypadków. Hennel opisuje 8 przypadków własnych i w związku z nimi omawia rozpoznawanie, leczenie i patogenezę. Chorzy skarżą się głównie na powtarzające się krwioplucie, bóle w klatce piersiowej, duszność, kaszel i płwocinę o złym zapachu. Torbiele płucne mogą symulować łagodne krwawienie z oskrzeli, gruźlicę płuc, odnę samoistną z nadmiernym ciśnieniem, rozedmę z powodu zamknięcia światła przez ciało obce, nowotwór oskrzela, ropień płucny i rozstrzenie oskrzeli. Rozróżnienie między postaciami wrodzonymi torbieli a nabytymi bywa często bardzo trudne. Lecznictwo wchodzi w rachubę odma sztuczna, wycięcie torbieli oraz wstrzyknięcie do nich oliwy jodowanej lub ciał pokrewnych.

H. Makower (Łódź).

E. A. ROVENSTINE i Ivan B. TAYLOR. *Pooperacyjne powikłania płucne: występowanie po 7874 anestezjach*. (Amer. Journ. Med. Sciences, 1936, t. 191, z. 6).

Dla określenia zachorowalności i śmiertelności pooperacyjnej w zależności od rodzaju narkozy należy brać pod uwagę nie tylko rodzaj narkotyku, ale również zdolności narkotyzera i chirurga, technikę narkozy, długość i głębokość usypiania i wiele innych czynników. Otrzymane dane cyfrowe należy poddać dokładnej analizie statystycznej. W tym celu została podjęta niniejsza praca. Używano eteru, tlenu azotu, etylenu, tribrometanolu, prokainy i cyklopropanu (dla celów doświadczalnych). Powikłania płucne były częstsze w tych miesiacach, w których występowały sprawy płucne częściej i u populacji zdrowej. Stan narządów oddechowych przed operacją odbijał się wyraźnie na częstości powikłań; w przypadkach z kaszlem przed operacją w przeszło 25% występowały powikłania po operacji, gdy we wszystkich przypadkach % ten wynosił tylko 6. Rodzaj narkotyku nie odgrywał zbyt wielkiej roli, znacznie większą natomiast technika podawania, jeszcze większą rodzaj dokonywanych operacji. Zwiększanie się ilości powikłań płucnych jest w dużym stopniu równoległe do ryzyka operacji, określonego przed jej wykonaniem na podstawie badania chorego i jego stanu ogólnego. Czym narkoza jest głębsza, tym łatwiej występują powikłania, co zależy od zręczności i umiejętności chirurga i narkotyzera. Najbardziej wybitny wpływ na komplikacje płucne wywiera długość operacji. Jeżeli operacje trwały 1—1½ godzin, częstość powikłań była dwukrotnie większa, niż przy trwaniu operacji mniejszym od 1 godziny; gdy trwały one 2 godziny — przeszło trzykrotnie. Przy 3-godzinnych operacjach w 31% przypadków występowały powikłania płucne, a największą ich częstotliwość (40%) stwierdzano przy operacjach 4-godzinnych. Przy usypianiu przez studentów lub przez wprawiających się dopiero lekarzy-narkotyzatorów stwierdzano zwiększanie się ilości komplikacji płucnych w porównaniu z ilością operacji, przy których narkozę dawali wprawni narkotyzery.

H. Makower (Łódź).

Streszczenia pojedyncze.

Zagadnienia ogólne.

B. FORNET. **Tatuaż zapobiegawczy u leczonych surowicą.** (Kl. Woch. 1936, 37).

Ogromne rozpowszechnienie leczenia surowicami i związane z tym niebezpieczeństwo wstrząsu anafilaktycznego skłania autora do zaproponowania światu lekarskiemu śmiałej i bardzo celowej metody „piętnowania” leczonych surowicą. W razie rozpowszechnienia, czy nawet umiędzynarodowienia tego systemu, zwłaszcza, o ile się przyjmie system ujednolicony, uniknie się wstrząsu w każdym przypadku ponownej seroterapii przez zastosowanie zwykłej metody zapobiegawczej (np. B e s r e d k i). Tatuaż powinien być trwały i zarazem mieć zalety kosmetyczne, a przy tym być nieszkodliwy. Autor stosuje nakłucie skóry nad prawym przedniogórnym kołcem biodrowym w każdym przypadku pierwszorazowej seroterapii. Skórę naciera się tamponem, nasyconym węglem zwierzęcym, zwilża się stosowaną surowicą i dokonywa nakłuć doskórnych: jednokrotnego przy zastosowaniu surowicy końskiej, dwukrotnego — wołowej i trzykrotnego — baraniej. Tego rodzaju tatuaż spełnia wszystkie wymagane postulatory.

Antoni W a j n g o t.

Patologia kliniczna i doświadczalna.

B. JEGOROW. **Prawa alergii.** (Wien. kl. Woch. 15.V.36).

Allergia jest zjawiskiem występującym tak często, i w formie tak stałej, że mimo pozornych różnic w niektórych jej zespołach, dają się ustalić zasadnicze i niezmiennie jej prawa. Prawo pierwsze — między bodźcem pierwotnym i wtórnym musi upłynąć pewien okres czasu dla wytworzenia się zmian alergicznych w narządach. Prawo drugie. — Zmiana szybkości procesów biologicznych w ustroju uczulonym w kierunku znacznego jej przyspieszenia. Klasycznym przykładem tego prawa jest niezwykle szybkie występowanie zapalenia skóry u uczulonych pod wpływem bodźca, dające takie zapalenie u zdrowego dopiero po dłuższym czasie. Trzecie prawo ujmuje niewspółmierność między bodźcem i skutkiem. Drobnym bodźcem, nie wywołującym wrażenia u zdrowego, wywołuje u uczulonego ciężkie objawy chorobowe. Czwarte prawo podkreśla znaczny współudział mezenchymy i układu nerwów w występowaniu alergii tylko u zwierząt wyższych, mających rozwinięty układ vegetatywny. Oprócz znanych zespołów alergicznych, wg. autora również symetryczne schorzenia jak chor. B i r g e r a, wrzody tropikalne goleni, a nawet wrzód żołądka należy zaliczyć do chorób alergicznych czyli t. zw. alergoz.

Antoni W a j n g o t.

C. C. PARHON i A. RUDEANU. **Hipoglikemia przez odruch warunkowy.** (C. r. Soc. Biol. 1936, t. 121, z. 2).

Autorem udało się wywołać hipoglikemię u królików, którym dłuższy czas wstrzykiwano systematycznie insulinę, wstrzykując w ten sam sposób roztwór soli fizjologicznej; uważają jednakże za wskazane przeprowadzenie dalszych badań celem ostatecznego rozstrzygnięcia tej kwestii.

H. M a k o w e r (Łódź).

Etienne CHABROL i Jean SALLET. **Badania nad kurczeniem się śledziony pod wpływem adrenaliny, stosowanej u człowieka drogą dożylną.** (Bull. et Mém. Soc. Med. Hôp. 1936, t. 52, z. 3).

Autorzy stosowali metodę stałego i powolnego wstrzykiwania adrenaliny do krwiobiegu, opracowaną przez B a u d o u i n a, B é n a r d a, L e w i n a i S a l l e t a, u 15 chorych. Wstrzykiwano 5/10000—2/100 mg na godz. i kg wagi, w ciągu 1—2 godzin. Zbadano oporność krwinek, poziom barwików żółciowych, cholesteroliny i soli żółciowych, białek,

polipeptydów i mocznika we krwi. Oporność krwinek ulegała zmniejszeniu tylko u 2 chorych (*icterus haemolyticus*, *anaemia perniciosa*), bilirubinemię zwiększoną stwierdzono tylko u 1 chorej (*icterus haemolyticus*), w 3 przypadkach ilość bilirubiny była nawet zmniejszona, poziom cholesteroliny i soli żółciowych nie ulegał zmianom. Białko i mocznik były bez zmian, w 2 przypadkach stwierdzono zwiększoną polipeptidemię. Istnieją duże różnice między działaniem adrenaliny, wstrzykniętej jednorazowo w dużej dawce domięśniowo, a działaniem stałej infuzji małych dawek, zastosowanej przez autorów.

H. M a k o w e r (Łódź).

Robert J. NEEDLES. **Oporność krwinek czerwonych w zapaleniu płuc.** (Arch. Intern. Med. 1936, t. 57, z. 1).

P e t r à n y i znalazł w r. 1928, że oporność krwinek czerwonych w zapaleniu płuc u dzieci jest zwiększona. N e e d l e s przeprowadził badania oporności krwinek za pomocą zmodyfikowanej przez siebie metody w 30 przypadkach typowego zapalenia płuc płatowego oraz u 100 zdrowych dorosłych. Oporność wzrasta od 1-go do 4-go dnia po rozpoczęciu choroby. W przypadkach ciężkich wzrastanie to jest większe, zwłaszcza osiągając duże wartości w przypadkach śmiertelnych. Mechanizm tego zjawiska nie jest jasny. Badanie oporności krwinek czerwonych w zapaleniu płuc ma znaczenie rozpoznawcze i rokownicze.

H. M a k o w e r (Łódź).

Abram BLAU. **Stosunek wartości kofeiny, hipertonicznych roztworów cukru gronowego i soli, jako środków, zmniejszających ciśnienie płynu mózgowodzeniowego** (Arch. Intern. Med. 1936, t. 57, z. 4).

Ponieważ wyniki badań dotychczasowych nad wpływem roztworów hipertonicznych cukru gronowego i soli na wysokość ciśnienia płynu mózgowodzeniowego u ludzi nie daly wyników jednolitych, autor przeprowadził dokładne badania na ten temat u osobników z ciśnieniem normalnym i patologicznym. Po zmierzeniu ciśnienia pł. m.-rdz. za pomocą manometru, połączonego z igłą punkcyjną, którą wykonano nakłucie łędźwiowe, wstrzykiwano powoli badany roztwór w żyłę przegubu łokciowego, poczem mierzono ciśnienie co minutę. Wyników nie brano pod uwagę, jeżeli wykonana próba Q u e c k e n s t e d t a nie wypadła dodatnio, jeżeli były trudności z nakłuciem łędźwiowym, jeżeli chorey w czasie zabiegu nie czuł się zupełnie dobrze. Rozczyn glukozy był 50%, soli — 15%; kofeiny wstrzykiwano 0,325 (5 granów). Wykonano 51 obserwacji u ludzi zdrowych oraz u chorych z wzmocnionym ciśnieniem pł. m.-rdz. Cukier gronowy zmniejszał ciśnienie tylko w stosunkowo rzadkich przypadkach, niekiedy wywoływał natychmiastowe i długotrwałe wzmocnienie ciśnienia. Rozczyn soli powodował stale wydatne obniżenie ciśnienia. Efekt był najwyraźniejszy w przypadkach z wzmocnionym ciśnieniem (podobnie zresztą jak i przy glukozie, tylko w sposób znacznie intensywniejszy i bardziej długotrwały). Kofeina miała wpływ niezbyt wielki i działała tylko przejściowo. Z badań B l a u a wynika, że do celów leczniczych nie należy używać ani kofeiny ani cukru gronowego w hipertonicznym roztworze, ale tylko odpowiednich roztworów soli, które jedyne potrafią w sposób skuteczny i dostatecznie długotrwałe obniżyć ciśnienie pł. m.-rdz.

H. M a k o w e r (Łódź).

Choroby zakaźne.

GLEV i GIRARD. **O nowej pochodnej chryzoidyny działającej przeciwko zakażeniu paciorkowcami.** (Pr. med. Nr. 91 — 1936).

Wiadomo, że sulfamidochryzoidyna okazała się skutecznym środkiem przeciw zakażeniu paciorkowcami. W Niem-

czek wyrabiają ją pod nazwą Prontosilu, we Francji — Rubiazolu. Dalsze badania doprowadziły do wykrycia pochodnych chryzoidyny, których własności lecznicze przewyższają Frontosil i Rubiazol. Autorzy wykonali szereg badań doświadczalnych na myszach, którym zastrzyknięto dootrzewnowo zawiesinę paciorkowców hemolizujących. Część myszy otrzymała dla celów leczniczych rubiazol, druga część nową pochodną, t. zw. karboksylową pochodną sulfamidochryzoidyny, trzecia część służyła do kontroli. Z grupy kontrolnej wszystkie zwierzęta zginęły w ciągu 2 dni, z grupy, leczonej rubiazolem, zginęło 62%, zaś leczonych nową pochodną zginęło 32%. Autorzy wykonali szereg podobnych doświadczeń, z których wynika, że ta nowa pochodna sulfamidochryzoidyny jest bardziej czynna, niż rubiazol, gdyż jej własności lecznicze przewyższają rubiazol co najmniej dwukrotnie.

A. K i r s z b r a u n.

BLOCH — MICHEL i inni. Leczenie różni pochodnymi bezazotowymi benzenu. (Pr. Med. Nr. 82 — 1936).

Badania rozmaitych autorów niemieckich i francuskich wykazały, że pochodne chryzoidyny działają wybiórczo przeciw paciorkowcom, są zaś jednocześnie mało trujące dla ustroju. Preparaty te wyrabiane są we Francji pod nazwą rubiazolu, zaś w Niemczech — prontosilu. Związki te jednak barwią mocz i skórę na żółto-czerwony kolor. Autorom udało się otrzymać preparat prostszy, bezbarwny o podobnych własnościach leczniczych. Jest to sulfamid para-amino-benzenu (rubiazol jest pochodną para-amino-azo-benzenu), oznaczony przez autorów jako 46 R. P. Ożóż preparat ten 46 R. P. w postaci białych tabletek à 0,5 wypróbowany został w Szpitalu Claude Bernarda na 180 przypadkach różni. Dawkowanie: do 2 g dziennie aż do spadku gorączki, do 1,5 g do chwili ustąpienia objawów miejscowych, wreszcie po 0,5 g przez następne 10 dni celem zapobieżenia nawrotom. Dzieci otrzymują dawki cokolwiek mniejsze: 1,0—1,5 g dziennie. Lek ten jest doskonale znoszony, żadnego działania ubocznego nie stwierdzono. Przeciwwskazań nie ma. Wyniki były bardzo zachęcające: najdalej w ciągu 2 dni następował spadek temperatury; zwykle 2 dni po spadku gorączki zaczynały ustępować objawy miejscowe różni. Przeciętnie w ciągu 10 dni chorzy zdrowieli. Preparat ten skraca więc znacznie czas leczenia różni oraz zdaje się zabezpieczać przed powikłaniami. Z chwilą jednak, gdy wystąpią one w postaci ropienia, preparat 46 R. P. nie ma już żadnego wpływu leczniczego.

A. K i r s z b r a u n.

OTTO. Kwas askorbinowy w leczeniu błonicy. (Klinische Wochenschrift 1936, 42).

Badania anatomiczne świnek morskich, zarażonych błonicą, wykazały przekrwienie i plamicę krwotoczną w obrębie nadnerczy, ciałek żółtych i części nerwowej przysadki. Wszystkie te organy obfitują w kwas askorbinowy (witaminę C), być może, są jej pośrednimi producentami. Tak zrodziła się myśl, że wtórnie ciężki przebieg zakażenia błonicy jest wynikiem porażenia wzmiarkowanych narządów i wiąże się z C-hipowitaminozą. Z drugiej strony wiadomo, że u osobnika z hipowitaminozą C wszelkie zakażenie przebiega ciężko; są na to dowody nie tylko kliniczne, ale i statystyczne: w Niemczech najcięższe epidemie błonicy widywano w okresach niedożywienia (a więc i braku witaminy C). Zastosowanie witaminy C z dobrym skutkiem w przypadkach krwotoczności o różnej etiologii skłoniło autorów, przy zwróceniu uwagi na przesłanki przytoczone wyżej, do zastosowania kwasu askorbinowego podczas epidemii błonicy od stycznia do lipca r. b. Materiał kliniczny ok. 100 przypadków podzielił oni na dwie mniej więcej równe grupy, z których jedną leczyli metodami dotychczasowymi (w pierwszym rzędzie surowicą), w drugiej zaś dodawali nadto 500 mgr kw. askorbi-

nowego dziennie. Wyniki zawiodły oczekiwania autorów. Procent powikłań i przypadków śmiertelnych jest prawie równy w obu grupach. Przebieg przypadków pomyślnych — w przybliżeniu jednakowy. Jedynie pomyślny wpływ zaobserwowano w przypadkach krwawień, występujących na skutek toksycznych zmian w kapilarach; i ten efekt był niestały. Reasumując, autorzy dochodzą do wniosku, że witamina C jest zupełnie bezsilna w leczeniu błonicy. Dobre wyniki, uzyskane w ciężkiej błonicy za pomocą wyciągów z kory nadnercza, należy przypisywać w każdym razie innym składnikom, aniżeli kwas askorbinowy.

Antoni W a j n g o t.

Choroby krwi i narządów krwiotwórczych.

Hans CURSCHMAN. Odczyn białaczkowy i białaczka prawdziwa w kile późnej. (Deut. med. Woch. 8.V.36).

W poszukiwaniu etiologii białaczki zwrócono uwagę również na jej zależność od zakażenia kilowego. Zbieg tych dwóch cierpień nie jest częsty. W piśmiennictwie ogłoszono zaledwie kilkanaście przypadków niewątpliwie stwierdzonego związku między kilą, jako chorobą pierwotną, a białaczką, jako wtórną. Na materiale autora, obejmującym ok. 100 przypadków białaczek, zaledwie w 4-ch wystąpił odczyn W a s s e r m a n a, co zresztą niekoniecznie świadczyć musi o istniejącym zakażeniu luetycznym, gdyż może on wystąpić zwłaszcza w ostrej, niekilowej białaczce, jako wyraz zmian w koloidach krwi. We wszystkich przypadkach zastosowano leczenie swoiste, które jednak było bezskuteczne wobec białaczki. Według dzisiejszych pojęć, białaczka jest cierpieniem konstytucyjnym, być może rodzinnym. Kila u osobników, dotkniętych tym obciążeniem, może się przyczynić do wybuchu białaczki. Niepodobna jednak kiły i białaczki łączyć w łańcuch przyczynowo-skutkowy.

Antoni W a j n g o t.

MERLENGRACH. Żołądek i jego stosunek do niedokrewności złośliwej. (Brit. Med. J. N. 3870).

Przeprowadzono badania składników przeciwanemicznych żołądka oraz jego histologię topograficzną. Badano żołądki świń. Budowa gruczołów dna żołądka znacznie się różni od gruczołów wpustu i odźwiernika, gdzie są one bardzo podobne do siebie. Skuteczność preparatów z tych trzech części żołądka badano na chorych z niedokrewnością złośliwą. Stwierdzono, że gruczoły dna żołądka, wydzielające pepsynę, żelazę i kwas solny, nie wytwarzają przeciwanemicznych składników, odźwiernikowe gruczoły natomiast wykazały wielką aktywność w tym kierunku. Gruczoły wpustowe zawierają również czynnik antyanemiczny, co prawda w mniejszej ilości niż odźwiernikowe. Naogół gruczoły wpustowe i odźwiernikowe są pod względem budowy bardzo podobne, aktywność zaś tych pierwszych jest mniejsza z tego względu, że liczba ich jest mniejsza niemal pięciokrotnie niż odźwiernikowych. Preparaty dwunastnicy mają także wybitne działanie przeciwanemiczne. Nie udało się stwierdzić, czy ten czynnik przeciwanemiczny związany jest z gruczołami B r u n n e r a czy z nabłonkiem przewodu pokarmowego. Doświadczenia te wykazały niezmiernie ważną rolę, jaką te gruczoły odgrywają, dzięki wydzielaniu czynnika przeciwanemicznego, w utrzymaniu równowagi składników krwi i układu nerwowego. Jest prawdopodobne, że przyczyną niedokrewności złośliwej jest zanik czynności przeciwanemicznych właśnie wyżej wspomnianych gruczołów odźwiernikowych. Istnieje pewne podobieństwo między niedoczynnością trzustki, powodującą cukrzycę, a niedomogą gruczołów odźwiernikowych, rzekomo wywołującą niedokrewność złośliwą. Przeprowadzone badania pozwoliły wyjaśnić fakt, dlaczego niekiedy przypadek zaniku żołądka z niedokrewnością jest połączony z niedokrewnością złośliwą. W dwunastnicy istnieje rezerwa czynnika przeciwanemicznego, który zastępuje obejmuje działanie gruczołów odźwiernikowych.

S. G u z m a n.

M. M. WINTROBE. **Stosunek chorób wątroby do niedokrewności. Typ niedokrewności, reagowanie na leczenie, stosunek typu niedokrewności do zmian histopatologicznych w wątrobie, śledzionie i szpiku kostnym.** (Arch. Intern. Med. 1936, t. 57, z. 2).

Ostatnio zwrócono uwagę na występowanie niedokrewności makrocytowej w związku z zaburzeniami wątrobowymi. Niedokrewność ta jest rzadko ciężką, makrocyty stanowią znaczną większość krwinek czerwonych, wykazujących stosunkowo małą zmienność kształtu i wielkości. Komórki czerwone jądrowe występują rzadko, oporność krwinek jest prawidłowa. Mogą występować samoistne pogorszenia i polepszenia niedokrewności. Istnieje duża niezgodność zdań co do częstości tych niedokrewności (od kilkunastu do 100% przypadków żółtaczki nieżytowej i marskości wątroby). Wintrobe zdaje sprawę ze stanu hematologicznego 132 chorych na wątrobę; w 34 przypadkach wykonano badanie sekcyjne. Typ niedokrewności określano za pomocą obliczenia przeciętnej objętości krwinek i zawartości hemoglobiny. W 22,7% nie było niedokrewności, niedokrewność makrocytowa — w 32,6%, normocytowa — 30,3%, zwykła mikrocytowa w 2,3%, mikrocytowa hipochromiczna w 12,1% (przyczyną jej była przewlekła utrata krwi). W 21,9% przypadków chorób wątroby można było ustalić z całkowitą pewnością związek między anemią makrocytową a chorobą wątroby. Typ hematologiczny w przypadkach tych przypomina zupełnie niedokrewność złośliwą. Mamy tutaj również odwrotną proporcjonalność między stopniem makrocytozy a stopniem niedokrewności. Z wyjątkiem przypadków anemii hemolitycznej nie stwierdzono we krwi komórek czerwonych jądrowych. Remisje samoistne są częstsze w niedokrewnościach wątrobowych o typie makrocytowym, aniżeli w innych ich rodzajach (72% w 1-ych, 25% — w 2-ich). Leczenie było skuteczne tylko w przypadkach makrocytowych i hipochromicznych mikrocytowych. Tylko w 1 przypadku marskości z anemią makrocytową stosowanie lecznicze wątroby nie dało wyniku. Badania anatomiczno-patologiczne wykazały obecność ognisk hematopoietycznych w śledzionie w 11 przypadkach, w 15 ich nie było (R i c h). W 7 z tych 11 przypadków anemia była typu makrocytowego, w 3 zaś nie było niedokrewności. W przypadkach z nieobecnością ognisk krwiotwórczych pozaszpikowych niedokrewności makrocytowej nie było. We wszystkich przypadkach z niedokrewnością makrocytową stwierdzono hiperplazję szpiku kostnego w kościach udowych, w 5 przypadkach była ona bardzo wyraźna. W innych przypadkach niedokrewności natomiast, o ile stwierdzano nieznaczne ślady hiperplazji szpiku, była ona znacznie mniejsza niż w przypadkach poprzednich, stopień jej nie odbiegał od tego, co stwierdzało się i w nieanemicznych przypadkach. — Niedokrewność makrocytowa była najczęściej związana z marskością wątroby. Badania anatomiczno-patologiczne wykazały, że niedokrewność złośliwa występowała przede wszystkim tam, gdzie uszkodzenie wątroby było bardzo duże i rozległe i gdzie trwało ono długo. Achlorhydria była mniej częsta w przypadkach z anemią makrocytową (40%), niż w innych (64%). Zapewne anemia makrocytowa powstaje wtedy, kiedy z powodu uszkodzenia wątroby nie może się już tam więcej magazynować czynnik hematopoietyczny, a poprzednie jego zapasy uległy już wyczerpaniu. Zużytkowanie czynnika krwiotwórczego z zewnątrzpo pochodnego („extrinsic factor”) nie ulega zaburzeniom.

H. M a k o w e r (Łódź).

STACY R. METTIER, Robert S. STONE przy pomocy technicznej Katherine PURVIANCE. **Wpływ naświetlań promieniami Roentgena na wytwarzanie płytek u chorych z samoistną krwotoczną płamicą małopłytkową.** (Amer. Journ. Med. Sciences 1936, t. 191, z. 6).

Autorzy stosowali naświetlanie śledziony w 7 przypad-

kach samoistnej płamicy małopłytkowej. Ze wszystkich metod leczniczych, które były próbowane, wydaje się ona najbardziej skuteczną. Tylko w jednym przypadku *purpura fulminans* nie nastąpiło zwiększenie ilości płytek i zejście było złe. We wszystkich innych (4 ostrych i 2 przewlekłych) w szybkim czasie po (i podczas) naświetlaniach ilość płytek szła w górę, jednocześnie zniknął objaw opaskowy i powstawał mocny skrzep krwi. Jednakże nie we wszystkich przypadkach sprawa ulegała w ten sposób likwidacji. Czasem kilka miesięcy po naświetlaniu następował nawrót, który pod wpływem nowej serii naświetlań cofał się. W jednym przypadku naświetlano zamiast śledziony kości długie, również z wynikiem dobrym, ale przejściowym. Mechanizm działania tej metody leczniczej nie jest jasny.

H. M a k o w e r (Łódź).

Choroby przemiany materii i gruczołów wewnątrzwydzielniczych.

O. HARNAPP. **Hiperinsulinizm.** (Deut. mediz. Wschr. 22.V.36).

Wśród złożonego obrazu hipoglikemii dają się wyróżnić następujące składniki: 1) Zaburzenia w dowozie: a) głodówka, b) nieprzystawalność glikogenu. 2) Wzmoczone wytwarzanie insuliny: a) pierwotna nadczynność aparatu wysepkowego, b) zwiększenie bodźców wydzielniczych, c) odpadnięcie czynników hamujących. 3) Zmniejszona produkcja hormonów, podnoszących glikemię, jak przysadki, tarczycy i nadnercza. 4) Czynniki nerwowe z powodu guzów lub uszkodzeń mózgu. Autor zajął się specjalnie pierwotną nadczynnością aparatu wysepkowego. Ten obraz przebiega bardzo charakterystycznie tak pod względem klinicznym, jak i laboratoryjnym. Stwierdza się ataki drgawek z zanikiem świadomości i zniesieniem odruchu źrenic na światło, ogólne wyczerpanie i osłabienie u osobnika dotąd zdrowego. Badania laboratoryjne wykrywają znaczną hipoglikemię, spadek cukru w płynie mózgowo-rdzeniowym, nieznaczne podwyższenie poziomu cukru we krwi po obciążeniu adrenaliną i glukozą. Najmniejsza ilość insuliny (ok. 2 jedn.), nie wywołująca u ludzi zdrowych żadnych zmian, powoduje u hiperinsulinika dalszy spadek glikemii. Leczenie, będące odwróceniem noordenowskiej diety przeciwcukrzyczej, sprowadza poprawę, ale niepełną i krótkotrwałą. Nic w tym dziwnego, ponieważ hiperinsulinizm jest najczęściej pochodzenia organicznego (gruczolak wysepkowy trzustki). W przypadku autora leczenie dietą było mało skuteczne. Z tego powodu dokonano laparotomii i rzeczywiście znaleziono guz trzustki (histologicznie — gruczolak wysepkowy). Po jego usunięciu pacjentka, 7-letnia dziewczynka, wróciła do zdrowia, a laboratoryjne próby na określanie przyswajania różnych grup pokarmowych też dawały wynik normalny.

Antoni W a j n g o t.

H. MARX. **Hipoglikemia spontaniczna.** (Deut. mediz. Wochenschr. 20.V.36).

Na podstawie piśmiennictwa i własnych przypadków autor zamyka dane co do spontanicznej hipoglikemii w następujące wnioski: 1) Może ona przebiegać w sposób ledwo zaznaczony drobnym niedomaganiem, w innych przypadkach doprowadza nawet do śmiertelnej śpiączki. 2) Punktem wyjścia dla tego schorzenia są zmiany w ośrodkowym aparacie regulującym. Napad hipoglikemii spontanicznej objawia się w postaci mniej ostrej jako osłabienie, ból głowy, znaczna potliwość, drżączka. W cięższych przypadkach wszystkie wymienione objawy występują w ciężkiej formie, do nich dołączają się drgawki o charakterze epileptycznym, zanik świadomości i wtórna amnezja. Badania laboratoryjne wykazują po obciążeniu glukozą w 3½ godziny spadek cukru we krwi znaczniejszy, niż u osobników zdrowych (do 50 mgr%), wtedy też wy-

stępują wyżej wzmiankowane objawy. Natomiast w stosunku do wstrzykiwań insuliny chorzy nie wykazują b. często nietolerancji. Trzustka nie przedstawia w 50% przypadków żadnych patologicznych zmian, np. gruczolaków. W tej liczbie hipoglikemii znajdują się przypadki pochodzenia przysadkowego (guzy), a także typowe przypadki, wynikające z zaburzeń centralnych, które w swej etiologii mają momenty zdenerwowania i ciężkich przeżyć. Leczenie hipoglikemii rozpada się na kilka etapów. Dla uniknięcia napadów nie podajemy zbyt dużo węglowodanów, aby nie mieć wstrząsu, jak o tym poucza krzywa po obciążeniu glukozą. Natomiast w rozwiniętym napadzie podajemy cukier, nawet dożylnie, w większych ilościach. W przypadkach ciężkich i nawrotowych wskazana jest próba zabiegu chirurgicznego.

Antoni Wajngot.

DROUET, VÉRAIN, G. GRANDPIERRE i PIERQUIN
Przypadek moczówki prostej z cukromoczem. Leczenie za pomocą fal krótkich, zastosowanych na okolicę przysadkowo-wzgórkową. (Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. 1936, t. 52, z. 3).

Po zastosowaniu fal krótkich (12 posiedzeń w ciągu 4 tygodni) ilość wydzielanego moczu spadła bardzo wydatnie, utrzymując się w ciągu szeregu miesięcy, kiedy chory był w obserwacji, na poziomie 1.500—2.000 cm³, później dochodząc do 3.000 cm³. Przed tym leczeniem chory wydelał do 6—7 litrów moczu. Jednocześnie z poprawą moczówki prostej uległo wybitnemu polepszeniu zaburzenie w gospodarce wodorów węgla: cukromocz znikł zupełnie.

H. Małkower (Łódź).

Choroby skóry, weneryczne i płciowe.

A. TOURAINE. O powstawaniu zgorzeli gazowej po iniekcjach lekowych. (Presse Méd. Nr. 33, 1936).

Przypadki zgorzeli gazowej, aczkolwiek bardzo rzadkie (w piśmiennictwie zanotowano w ciągu 50 lat 83 przypadki), zasługują na uwagę ze względu na ich szybki rozwój, trwający zazwyczaj dobę, kończący się w 94% śmiercią. W zebranych przez autora obserwacjach najwięcej przypadków zgorzeli nastąpiło po stosowaniu adrenaliny. W miejscu iniekcji tworzył się obrzęk, zaczerwienienie, czasem powstawały wylewy krwawe lub pęcherzyki, wypełnione treścią rdzawą i krepitacje drobnobąbkowe, przy ogólnym ciężkim stanie chorego. Na sekcji można było stwierdzić w ognisku chorobowym *Bacillus perfringens*. Dokładne badanie przyczyn powstawania zgorzeli gazowej nakazuje odrzucić możliwość infekcji z powodu niedostatecznego wyjałowienia bądź leku, bądź strzykawki, igły lub pola zabiegowego. Przyczyna tkwi w samym chorym, u którego najmniejsze uszkodzenie narządów trawienia lub moczopłciowych, będących stałym siedliskiem beztlenowców, przepuszcza do obiegu krwi bakterie, które lokalizują się w miejscu najmniejszego oporu, w danym przypadku — po zastrzyknięciu. Zastrzykiwania dają jednak tak nieocenione usługi przy ratowaniu chorych w codziennej praktyce lekarskiej, że mylnie byłoby zaniechanie ich z powodu niezmiernie rzadkich przypadków, opisanych wyżej. Jest również rzeczą zrozumiałą, że lekarz nie może być odpowiedzialny za śmiertelny wynik zabiegu, który jest skutkiem czynników, których nie może ani przewidzieć, ani uprzedzić.

H. G a b a y o w a.

DAINOW. Dotychczasowe spostrzeżenia, dotyczące odczulającego oddziaływania kwasu askorbinowego (witamina C). Szybkie wyleczenie jednego przypadku nietolerancji salwarsanowej, trzech przypadków erytrodermii posalwarsanowej i 1 przypadku erytrodermii po stosowaniu złota. (Ann. de Dermat. et de Syph. Nr. 9, 1935).

Autor przeprowadził swe obserwacje na 5 chorych, z których w 4 przypadkach występowały objawy nietolerancji

względem arsenobenzolu, w jednym zaś względem złota. Objawy te w postaci ogólnej erytrodermii, obrzęku twarzy i kończyn ustępowały mniej więcej w ciągu 3 tygodni, po codziennym stosowaniu (dożylnie lub doustnie) kwasu askorbinowego, poczym leczenie swoiste mogło być stosowane nadal przy rozpuszczeniu salwarsanu w roztworze kwasu askorbinowego (1:100) lub przy pobieraniu 3 pastylek dziennie po 5 cgr.

H. G a b a y o w a.

LEIPNER S. Leczenie niektórych chorób skórnych męskimi gruczołami płciowymi. (Dermatol. Wschr. Nr. 103 1936 r. Ref. Chem. Zentrbl. Nr. 10, 1936 r.).

W przypadkach wyprysku na tle hormonalnym oraz wyprysków skórnych zarówno u młodych, jak i starszych pacjentów stosowano Proviron (Androsteronbenzoat Scheringa; 1 cm³=5 mg=25 j. k.), domięśniowo a następnie Erugon doustnie. Wymienione postępowanie dało zupełne wyleczenie mimo, że inne leczenie pozostało bez rezultatu. Leczenie obejmowało 8—10 iniekcji Provironu w przeciągu 4—5 tygodni.*

W. K u r o w s k i.

K. KLARE. Leczenie pokrzywki. (Hippokrates 1936, z. 10)

Autor przytacza przypadek, w którym u 39-letniej kobiety wystąpiła bardzo silna pokrzywka wskutek pracy przy pierwiorskach. Po podaniu 0,02 g ephetoniny i wstrzyknięciu glukonianu wapnia pokrzywka ustąpiła całkowicie po kilku godzinach. Po kilku tygodniach zjawiała się u pacjentki ponownie ciężka pokrzywka po spożyciu truskawek. Po zastosowaniu tego samego sposobu leczenia pokrzywka zginęła znów natychmiast. K. podkreśla, że nie zna dotychczas innego sposobu leczenia, po którym pokrzywka ustępowałaby tak szybko.

Jan B a d e r.

Marja HELGERMAN. Pleśniawki u człowieka i ich leczenie. (Arch. Dermat. Bd. 171).

Autorka uważa, że grzyb pleśniowy nie jest tylko saprofitem, ale odgrywa poważną dotychczas niedocenioną rolę w etiologii wyprysku i chorób włosów. Grzyb pleśniowy lokalizuje się przede wszystkim w skórze (jak uwłosionej, tak i nieuwłosionej). Najczęściej na przedramieniu, podudziu, na karku i włosach. Patologia jego charakteryzuje się obrazem wypryskowym w postaci ograniczonych, rozlanych suchych, i moknących nacieków oraz skłonnością do ropienia i owrzodzeń. Ciężkie postaci dermofitii dotyczą zwykle uwłosionej części głowy. Każdy przypadek nieznanej i niejasnej etiologii wyprysku autorka bada na obecność *Aspergillus*, *Mucor penicillus*, przenosi na pożywkę (bulion cukrowy) i po 4 tygodniach przeprowadza autowakcynoterapie. W powstawaniu choroby autorka wini nie tylko świeże kultury i micelle, ale nawet i stare kultury w których micelle obumarły, a pozostały zarodniki (do 1½—2 lat). Prócz żywotności grzyba rolę gra jeszcze dyspozycja danego osobnika. Autorka zwykle miała do czynienia z konstytucją limfatyczną, gdzie odporność jest zmniejszona. Skłonność do schorzeń skórnych, wywołanych grzybkami tłumaczy naogół jeszcze zmniejszoną acydozą skóry głowy u dorosłych (naturalna dezynfekcja). Nie bez znaczenia jest i natłuszczenie skóry. *M a l l i n c k r o d t-H a u p t* znajduje, iż ferment trypsyny działa na komórki, następuje alkalizacja i zapalenie przez grzybek. Autorka podaje metody hodowli pleśni. W terapii stosuje *sol. Lugoli*. Dla dawkowania autowakcyny ważny jest wzór *S c h i l l i n g a*. Im większy jest odsetek neutrofilów, tym ostrożniej należy dawkować (0,1—0,5 tygodniowo domięśniowo).

D. K e n i g s b e r g.

*) W Polsce odpowiednikiem jest Androstina „Ciba” (Przyp. Ref.).

Streszczenia pojedyncze.

Fizjologia normalna i patologiczna.

I. M. PEJSACHOWICZ. **Grasica a narządy płciowe.** (Wręcz. Dzieło, 1936, Nr. 6).

Z dotychczasowych badań nad fizjologią grasicy wiadomo, że narząd ten jest poniekąd antagonistą gruczołów płciowych i zanika wraz z dojrzewaniem płciowym ustroju; fakty te sprawdzają się w całym świecie zwierzęcym. Autor dokonał doświadczeń dla pogłębienia wiedzy o grasicy, prowadząc badania narządów płciowych szczurów, u których usunięto grasicę i badania grasicy u szczurów kastrowanych. Wnioski z tych doświadczeń są następujące: 1) Usunięcie grasicy u trzytygodniowych szczurów prowadzi do powiększenia ciężaru jąder i przedwczesnej spermatogenezy u samców, u samic zaś — do zwiększenia czułości jajników na hormony gonadotropowe (prolany); reakcja Aschheim—Zondeka wypadła dodatnio w większym rozcieńczeniu moczu ciężarnych. 2) Kastracja szczurów niedojrzałych hamuje fizjologiczną involucję grasicy, a nawet doprowadza do zwiększenia grasicy. 3) Niektóre zewnętrzne oznaki młodości (*Eunuchoidismus*) występują równolegle do nieznikającej grasicy. 4) Badania nad związkiem grasicy z innymi gruczołami dokrewnymi są w toku; autor spodziewa się, że wyjaśnią one szereg ciemnych jeszcze zagadnień, związanych zarówno z wzrostem, jak i ze starzeniem się ustroju.

Antoni Wajngot.

E. M. MEDLAR. **Poziomy leukocytów „spoczynkowe” i „czynnościowe” w stanie zdrowia i choroby.** (Arch. Intern. Med. 1936, t. 57, z. 2).

W pracach poprzednich autor określał granice zmienności leukocytozy i obrazu różniczkowego ciałek białych u ludzi zdrowych i u gruźlików. W obu grupach znalazł w ciągu krótkiego czasu wahania do 50% przy liczeniu całkowitym, do 10% przy liczeniu różniczkowym. Nie ma całkowicie stałego poziomu leukocytów, wahania spostrzegane są zmienne. Ażeby zmianę jakiegokolwiek przypisać znaczenie istotne, musi ona przekraczać 50% przy liczeniu całkowitym, 8% przy liczeniu różniczkowym. Znaczenie czynności umiarkowanych, w porównaniu z poziomem przy całkowitym spoczynku jest mocno przecenione. Medlar w ogóle odrzuca wartość poziomu „spoczynkowego” i „czynnościowego”, wprowadzonych przez Garreya i Butlera. Interpretacja procesów chorobowych na podstawie obrazu leukocytnego nie traci swej wartości, należy jednak liczyć się z istniejącą tu już i w warunkach prawidłowych zmiennością.

H. Makower (Łódź).

Lecznictwo.

W. HECHT. **Nowsze wskazania do leczenia klimatycznego w górach średniej wysokości.** (Wien. med. Wschr. Nr. 39/1936).

Jako dokładne nowsze wskazania do leczenia klimatycznego w górach średniej wysokości (od 800 do 1000 m. n. p. m., np. nasze Zakopane. Przyp. ref.) podaje autor: kuracje przebiegające w osłabieniu u ozdrowieńców, stany wyczerpania, niedokrewność, przewlekłe schorzenia żołądka i jelit, brak łaknienia z wychudzeniem (kuracje tuczące), zaburzenia przemiany materii i schorzenia gruczołów dokrewnych, a mianowicie: moczwówka cukrowa, choroba Basedowa i hiperetyreoz, otluszczenie (kuracje odtłuszczające), dalej pewne nerwice narządowe i stany podniecenia nerwowego, zwłaszcza o charakterze kurczowym, dychawica oskrzelowa i gorączka na tle schorzenia gruczołów wnekowych (choroba Pfeiffera), wreszcie konstytucyjna słabość tkanki łącznej z opadnięciem żołądka i jelit z ich następstwami.

H. L.

DIRR i GRAEBER. **Leczenie jadem pszczelim; wpływ na przemianę cholesterolu.** (Klin. Woch. 1936, Nr. 41).

Terê na podstawie wieloletnich doświadczeń stwierdza, że reumatycy wykazują odmienny odczyn na jad pszczeli, niż ludzie zdrowi; nie pojawia się u nich w początku stosowania zwykły odczyn zapalny miejscowy — jest to faza ujemna. Faza dodatnia, analogiczna do odczynu ludzi zdrowych, zjawia się dopiero w późniejszym okresie leczenia. Wreszcie obserwuje się następnie coś w rodzaju uodpornienia na jad pszczeli — faza odpornościowa. Wszystkie te objawy zaobserwował Terê, stosując ukąszenia żywych pszczoł. Langer, wstrzykując rozcieńczony jad, uzyskał wyniki podobne. Forster sporządził pierwszy maść z jadu, aby uniknąć bolesności w stosowaniu. Nazwa maści — „Forapin”. Autorzy stosowali tę maść w kilkudziesięciu przypadkach cierpień reumatycznych. Najlepsze wyniki otrzymali w rwie kulszowej, *lumbago* i zapaleniach nerwów obwodowych. W schorzeniach stawów efekty były niewielkie. Chemizm jadu pszczelego nie jest dobrze poznany; w każdym razie działanie jego nie zależy, jak wielu dotąd mniema, od obecności kwasu mrówkowego. Flury twierdzi, iż najwybitniejsze działanie mają ciała, zbliżone do saponin. Autorzy badali podczas stosowania maści „Forapin” chemizm krwi i stwierdzili u wszystkich leczonych hipercholesterynemię. Jad pszczeli, podnosząc poziom cholesteroliny w krwi leczonych reumatyków (u zdrowych tego działania nie stwierdza się), działa jako katalizator, wyzwalając cholesterolinę, która zalegała dotąd w chorych tkankach. Inne środki przeciwreumatyczne (atofan, salicyl, kwas mrówkowy) nie wyzwalają cholesteroliny z tkanek. Najważniejszym klinicznie spostrzeżeniem jest fakt pewnej równowagi między wzrostem poziomu cholesteroliny w krwi a stanem klinicznym. Duży wzrost cholesteroliny odpowiada znacznej poprawie subiektywnej i obiektywnej. W konkluzji autorzy stwierdzają wielkie znaczenie leczenia jadem pszczelim. Sprowadza ono znaczną poprawę i wyjaśnia, przynajmniej częściowo, patogenezę schorzeń reumatycznych. Rozchodzi się w nich o odkładanie się szkodliwej substancji w tkankach. Obojętne, czy jest to sama cholesterolina, czy inne ciała, które pod wpływem jadu pszczelego opuszczają tkanki i dają znać o swym wyjściu podwyższeniem poziomu cholesteroliny w krwi.

Antoni Wajngot.

Gruźlica.

F. HASSELBACH. **Rola witamin w leczeniu gruźlicy.** (Deutsch. tbc. Blatt 1936, Nr. 9).

Badania lat ostatnich wykazały, że w stanie wyniszczenia u gruźlików występuje również zaburzenie gospodarki witaminowej. Rzecz jasna, że gruźlica sama przez się nie może wytworzyć klasycznej awitaminozy, jednakowoż klinika współczesna, rozszerzając ramy dotychczasowych pojęć o chorobach z niedoboru, wiele elementów wyniszczenia gruźlików podciągnąć pozwala pod pojęcie hipowitaminozy. Teza ta zyskuje na prawdopodobieństwie dzięki wprowadzeniu dokładnych metod oznaczania ilościowego witamin w wydalinach. Uzyskanie czystych preparatów poszczególnych witamin umożliwia ich ścisłe i wybiorne stosowanie lecznicze. Autor podaje następujące wytyczne dla stosowania witaminy C: 1) Deficyt stwierdzalny laboratoryjnie, 2) krwawienia z płuc — nie natury urazowej (pęknięcie naczyń w jamie i t. p.) — lecz drobniejsze, ale stałe krwiopłucia, w dużym stopniu zależne od stanu kapilarów. 3) Objawy nietolerancji na leczenie złotem. 4) Stany wybitnej astenii — (Związek z nadnerczem?). W tych wszystkich sta-

nach podawano dożylnie od 50 do 150 mgr kwasu askorbinowego, w zależności od stopnia hipowitaminozy. Zależność stosunku wapni: fosfor od witaminy jest rzeczą znaną od dawna. Pole do jej podawania stanowi w pierwszym rzędzie gruźlica kostna; łatwe jest jednak przedawkowanie i dla tego wymagana jest bardzo ścisła kontrola kliniczna i laboratoryjna. Witamina A, której właściwości przeciwniektaryjne zostały pogłębione w ostatnich latach, znajduje zastosowanie w gruźlicy skóry i przewodu pokarmowego. Autor łączy ją zwykle z ergosteryną. Celem regulacji przemiany wodnej i węglowodanowej podawano choremu witaminy B. Szczególnie dodatnie wyniki osiągnano przy uporczywym braku łaknienia (działanie podobne do insuliny, ale bez jej stron ujemnych). Rezultaty lecznicze przy odpowiednim doborze właściwej witaminy autor uważa za pomyślne. Wnosi sporą dawkę optymizmu do kliniki gruźlicy przewlekłej.

Antoni Wajngot.

AMEUILLE P., EL. i Ch. KUDELSKI. Zagadnienia gruźlicy poronnej (La presse médicale. 1936, z. 82).

Gruźlica czynna nie jest jedyną postacią gruźlicy. Gruźlica u ludzi, żyjących w dużych skupieniach jest chorobą powszechną, lecz jej istnienie może pozostać w ciągu całego życia skrytym. Początek powstania gruźlicy dotyczy pierwszych lat życia i występuje pod postacią zespołu płucno-gruczołowego, który w przyszłości może stać się punktem wyjścia rzutów rozwojowych o różnym umiejscowieniu; u innych osobników może nie dać nigdy żadnych następnych zmian, pomimo istnienia w bliznach po zespole pierwotnym złośliwych bakterii Kocha. Pod nazwą gruźlicy poronnej rozumie autor postaci gruźlicy o bardzo ograniczonym rozprzestrzenieniu się, pozbawione objawów klinicznych (poza krwioopluciami w niektórych wyjątkowych przypadkach) i w przyszłości nie rozwijające się. Gruźlica czynna czyli gruźlica — choroba stanowi tylko 6—7 przypadków na 100 zarażonych prątkiem Kocha; pozostałe przypadki spośród 96% ludzi z dodatnim odczynem tuberkulinowym, to gruźlica poronna. Zmiany poronne gruźlicy płuc u ludzi mogą istnieć pod dwoma następującymi postaciami: 1. pozostałość zespołu pierwotnego w gruczołach śródpiersiowych; 2. blizny szczytowe u dorosłych i starców. Pierwsza postać powstaje przez zmniejszenie oraz zbliźnowacenie ze zwapnieniem zespołu pierwotnego; ognisko płucne najczęściej znika zupełnie; jeśli zostaje zachowane, to można je odnaleźć poniżej szczytu, około wnęki lub w płatach dolnych; zmiany gruczołowe można zawsze znaleźć łatwo, polegają one na zwapnieniu, zwłóknieniu i impregnowaniu węglem; w zmianach tych można zawsze wykazać obecność złośliwych bakterii Kocha. Blizny szczytowe znajdował Naegele u 96% zwłok ludzi dorosłych, zmarłych nie z powodu gruźlicy; Ameuille w 100% u starców, Brouardel zawsze na swym materiale sekcyjnym. Gruźlicze pochodzenie blizn nie nasuwało w badaniach powyższych żadnych wątpliwości. Blizny szczytowe są pozostałością po ogniskach poronnych, powstających często kilkakrotnie w różnych okresach życia, w wyniku powtarzających się zakażeń wtórnych. Pewne jest, że występują one u ludzi dorosłych stale i częstotliwość, natomiast trudno rozstrzygnąć, czy są one zewnątrz czy wewnątrz-pochodne. Gruźlica poronna nie daje żadnych objawów fizykalnych, wykryta może być w pewnym tylko odsetku przypadków z pomocą badania rentgenowskiego. Odnośne obrazy przedstawiają plamy zwapniałe lub guzki rozsiane albo w skupieniach, kształtu okrągłego, nieregularne lub gwiaździste, o zaciemnieniu wyraźnym, jednolitym. Usadowione są zazwyczaj w szczycie lub poniżej szczytu, często towarzyszy im marmurkowatość w części górnej płuca, idąca promienisto od wnęki do obojczyka. Częstość występowania gruźlicy poronnej wzrasta z wiekiem. U dzieci nie wykryto jej dotąd nigdy; u mężczyzn w wieku wojskowym spotyka się ją w przybliżeniu w 4%; u osobników ponad 60 lat

w 26%. W pewnych wyjątkowych przypadkach gruźlicy poronnej mogą towarzyszyć przejściowo zaburzenia czynnościowe (np. krwiooplucia) lub też ognisko, które przez dłuższy czas pozostawało skrytym, może stać się punktem wyjścia dla prawdziwego rzutu rozwojowego (autorzy spostrzegali w 4 na 120 obserwowanych przypadków). Krwiooplucia spotykane w gruźlicy poronnej charakteryzują się występowaniem wśród pełnego zdrowia, bez żadnych innych objawów klinicznych lub podmiotowych, są najczęściej jednorazowe i krótkotrwałe, niezbyt obfite, wyjątkowo tylko w postaci dużych lub powtarzających się krwotoków. Nieobecność prątków Kocha w płwocinie jest cechą niemal stałą. Niemniej przypuszczać należy, że t. zw. „cracheurs sains” niejednokrotnie są nosicielami zmian poronnych gruźliczych. Z drugiej strony, tak Sifflet jak i autorzy spotykali prątki w płwocinie w gruźlicy poronnej; zjawiają się one jednak tylko okresowo, w zmniejszonej ilości, można je wykryć wyłącznie szczepieniami świnek. Gruźlica poronna nie wymaga żadnego leczenia, ludzie tacy powinni być uważani za zdrowych. W przypadkach krwioopluc lub bakteryjnej płwociny wskazana jest jedynie stała kontrola.

W. Geysmer-Jaroszewicz.

Choroby kobiet i położnictwo.

S. A. SIELICKIJ. Gestozy nerkowe z punktu widzenia kliniki. (Wracebnioje Dieło, Nr. 2, 1936).

Wśród licznych prac na temat cierpień nerkowych u ciężarnych dorobek Sielickiego zajmuje wybitne miejsce ze względu na 1) ogromny materiał (ok. 20.000 przypadków własnych i ok. 10.000 z kazuistyki Mauno Schroderna, zbliżonego poglądami do autora); 2) uporządkowanie chaotycznego podziału tych cierpień i zupełnie nowe, nieopisane fakty kliniczne; 3) wskazówki prognostyczne i terapeutyczne, n. b. technące dość dużym optymizmem. Według powszechnie przyjętych poglądów, cierpienia nerkowe ciężarnych są przejawem toksykkozy ciążowej, rzutowanej na górne drogi moczowe. Schrodern w r. 1931 użył dla tych cierpień nazwy „gestozy nerkowe” i Sielicki również posługuje się tą nomenklaturą. Podział anatomo-kliniczny gestoz nerkowych wg autora przedstawia się następująco: 1) Sprawy zwyrodnieniowe: a) *nephrosis*, b) *nephropatia gravidarum*. 2) Sprawy zapalne: a) *nephritis e graviditate*, b) *nephritis in graviditate*, c) *nephritis chronica*. 3) Sprawy nieslane: *nephroso-nephritis*. Forma 2a) wywołana jest wyłącznie przez ciążę; forma 2b) wywołana jest infekcją w czasie ciąży; forma 2c) istniała już przed ciążą. Nie ma tu miejsca na bezobjawową albuminurię, której autor nie zalicza do gestoz i nie przypisuje jej szkodliwego działania na matkę i płód. Wszystkie gestozy łącznie występują u 3—10% ciężarnych, z czego 50—75% stanowi *nephropatia gravidarum*. Ten zespół składa się z 1) białkomoczu, 2) nadciśnienia, 3) obrzęków. Występuje przeważnie w 1-iej ciąży, daje ok. 15% końcowej eklampsji i tylko 0,3% śmiertelności. Nie zdarza się nigdy poza ciążą. Z mało znanych objawów dodatkowych autor podaje: hipochlorurię, hiperglikemię po obciążeniu glukozą, a z własnych obserwacji obniżenie ciśnienia i napięcia mięśniowego, wielokrotnie poprzedzające inne objawy. Zupełnie nienotowane dane przytacza autor o eklampsji, rozróżniając różne stopnie jej złośliwości w zależności od patogenety, np. eklampsja w przebiegu *nephropatia gravidarum* zdarza się w 15%, z czego śmiertelność wynosi ok. 20%, eklampsja po *nephroso-nephritis* wynosi aż 100%, z czego wypadków śmiertelnych ok. 85%. Ze względu na częstość występowania i szkodliwość dla matki i płodu, gestozy nerkowe są chorobą społeczną. Skuteczna walka z nimi zaczyna się od częstej wizytacji każdej ciężarnej, a droga do tego postę-

Biblioteka Główna WUM

B.086



400000009824