

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI CO CZWARTEK

REDAKTOR: ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCY: WILHELM KNAPPE i REMIGJUSZ STANKIEWICZ

ADRES REDAKCJI: Sienkiewicza 12 m. 28.

ADRES ADMINISTRACJI: Zielna 47.

Nr. 14

WARSZAWA, 4 KWIETNIA 1929 R.

Rok VI

PRACE ORYGINALNE.

Wykłady kliniczne.

Z oddziału dla chorych nerwowych Szpitala na Czystem w Warszawie.
(Ordynator: Dr. E. FLATAU).

Zespół kurczowo-torsyjny w wieku starczym.

Podał

Władysław STERLING (Warszawa).

(Dokończenie—p. Nr. 12 i 13).

Daleko obszerniejszy jest teren, który zajmują przewlekłe zespoły pozapiramidowe wieku starczego. Dziedzina ta reprezentowana jest przede wszystkim przez dwa najplastyczniej zarysowane typy kliniczne, a mianowicie: chorobę Parkinsona i przez tak zwane starcze, względnie miażdżycowe stężenie mięśniowe Förstera — nazwa, dobrana niezbyt fortunnie, ponieważ miażdżycza tętnic nie stanowi ani cechy charakterystycznej, ani bezpośredniej przyczyny bardzo ostro zarysowanego obrazu klinicznego, który rozwijać się może również na tle przewlekłych stanów zapalnych oraz kiły (Jakob, Lhermitte, Urechia). Z badań Maheima oraz Mihalescu i Ekelesa wynika, że mogą istnieć typy przejściowe pomiędzy chorobą Parkinsona a miażdżycowym stężeniem masy mięśniowej. Jeżeli chodzi o chorobę Parkinsona, to już Brissaud wskazywał na związek tej sprawy ze zjawiskami natury wrzekomo-opuszkowej. Problem ten poruszyłem w pracy, ogłoszonej w 1907 roku, w której po raz pierwszy podniosłem możliwość istnienia t. zw. pseudo-parkinsona czyli objawowego parkinsonizmu w połączeniu z objawami wrzekomo-opuszkowymi i połowicznym kurczem twarzy. Z nagromadzonego w ciągu lat ostatnich materiału klinicznego i histopatologicznego wynika, że przewlekłe starcze zespoły pozapiramidowe wynikać mogą bądź z zajęcia samego ciała prążkowego, bądź z samego ciała białego, bądź z łącznego zajęcia obu tych

tworów, bądź wreszcie z zajęcia jednego lub obu z nich łącznie z zachorzeniem układów piramidowych, mózdkowych, a nawet kory mózgowej. W ten sposób krystalizować się będą zespoły proste, zespoły złożone lub wreszcie skomplikowane zespoły natury mieszanej. Podłoże anatomiczne wszystkich tych typów zespołowych może być rozmaite. Tak np., jeżeli chodzi o ciało prążkowe, to Richter zwrócił uwagę na przewlekłe nie nagminne zapalenie tego ciała, zaś Lhermitte opisał t. zw. lakuny dezintegracji, jako podłoże anatomiczne przewlekłego zespołu ciała prążkowego. Niezmiernie ciekawą i cenną zdobyczą lat ostatnich jest wyodrębnienie zupełnie niezależnie od siebie z jednej strony przez Sicarda i Lhermittea, z drugiej zaś przez Freund'a i Roter'a zespołu ciała białego o symptomatologii klinicznej zniekształcającego zapalenia stawów. Otóż w obserwacjach, które klinicznie najzupełniej odpowiadały obrazowi t. zw. *arthritis deformans*, stwierdzone zostały przez Sicarda i Lhermittea bardzo głębokie zmiany ciała białego w postaci bardzo głębokich zmian komórek małych (zanik, chromofilja cytoplazmy, zwyrodnienie ziarnisto-barwnikowe), jak i wielkich komórek ruchowych (zwyrodnienie pęcherzykowate, oderwanie dendrytów, zwyrodnienie barwnikowe) oraz zmiany gleju (prolifracja mikrogleju), wreszcie nacieczenia otoczek dookołanaczyniowych limfocytami i plazmocytami oraz występowanie granulomatów dookołanaczyniowych z udziałem komórek epi-ljoidalnych i olbrzymich. Co się dotyczy zespołów złożonych, to na pierwszym miejscu należy tu postawić wyodrębniony przez Lhermittea pod nazwą *degeneratio pyramido-pallidalis* wyrażenie zarysowany obraz kliniczny, który z pewnymi nieznacz-nymi modyfikacjami opisywany był również przez Jakoba i Kirschbauma pod nazwą spasty-cznej pseudosklerozy. Na zespoły te składają się objawy zupełnej akinezy dowolnej i auto-matycznej, twarz stężała, kompletna afonia i anar-

trja, dysfagia, wybitne stężenie muskulatury kręgosłupa, szyi i proksymalnych odcinków kończyn, wzmożenie kloniczne odruchów kolanowych i stopowych, obustronny objaw Babińskiego, synkinezy naśladowcze, odruchy obronne typu Marie i Foix oraz postępujący rozwój choroby. Wreszcie Freund i Rotter opisywali bardzo skomplikowane zespoły starcze o typie mieszanym z udziałem prądkowia i kory mózgowej (objawy otępienia starczego) oraz złożony zespół systematyzowany z zajęciem dwu układów: 1) *pallidum*+*striatum* i 2) *dentatum*+*brachia conjunctiva*.

Jak widać z powyższego zestawienia, symptomatologia objawów hiperkinetyzy pozapiramidowej w obu naszych przypadkach nie mieści się zupełnie w ramach naszkicowanych tutaj bądź ostrych, bądź przewlekłych starczych zespołów pozapiramidowych. Wypada tu obecnie zastanowić się, jakie są cechy zasadnicze owej hiperkinetyzy, co łączy ze sobą oba przypadki i co odróżnia je od innych starczych zespołów hiperkinetycznych. Otóż w przypadku pierwszym kurcz, który rozwinął się stopniowo, zlokalizowany był głównie w okolicy obu podżebrzy i miednicy z efektem ruchowym, przypominającym drapanie się bez pomocy rąk, w postaci t. zw. „danse du ventre”, a co częściej t. zw. „spasmes cyniques” (Cadet i Gassicourt), z objawami kurczu ruchomego i bolesnego ściągania, z udziałem kurczów przepony brzusznej i z dodatkowymi ruchami kurczowymi o charakterze sprężynowym oraz ze znaczną reakcją pacjentki w postaci wybitnego wyczerpywania się fizycznego i psychicznego pod wpływem kurczów — najzupełniej odpowiada obrazowi klinicznemu, opisywanemu przez autorów amerykańskich pod nazwą *tortipelvis*, będącemu odpowiednikiem klinicznym *torticollis* w dolnych odcinkach ciała i odpowiadającym w postaci generalizowanej obrazowi kurczu torsyjnego. W przypadku drugim, który rozwinął się w sposób udarowy, zespół hiperkinetyczny był daleko bardziej złożony i składał się, jak to starałem się poprzednio wykazać, z 1) ruchów odpowiadających t. zw. *tic spasmodique*, 2) z ruchów, które określiłem jako *pseudoekspresyjne*, 3) z ruchów wrzekomodo-wolnych (Kleist), 4) z konstelacji płasawicz-atetotycznej — i tutaj wszakże na pierwszy plan wybijała się kategoria piąta ruchów mimowolnych o charakterze spazmodycznym, w którym to kurczu z łatwością dawało się wyodrębnić elementy kurczu stałego i kurczu ruchomego o fizjonomji węzowatej, ściągającej, a przedewszystkiem skręcającej. Cały ten bardzo złożony zespół całkowicie odpowiadał generalizowanej, daleko posuniętej postaci kurczu torsyjnego z dodatkiem uporczywych bólów połowicznych o charakterze wyraźnie centralnym, wskazujących na współudział w sprawie również i zaczątkowego zespołu wzgórkowego (Dejerine-Roussy). Jak widzimy, oba przypadki różnią się od siebie przedewszystkiem początkiem powstania, pierwszy bowiem rozwinął się stopniowo, drugi natomiast w sposób ostry — niemal apoplektyczny, poatem zaś lokalizacją hiperkinetyzy kurczowej, która w przypadku pierwszym ograniczyła się do okolicy jamy brzusznej i miednicy, w drugim natomiast była generalizowana. Łączy natomiast obie obserwacje wiek starczy,

w którym po raz pierwszy ujawniły się objawy spazmodyczne oraz wyraźnie stacjonarny charakter sprawy bez śladu jakiejkolwiek progresji objawów podczas długoletniej obserwacji. Otóż dwie te cechy zasadnicze zmuszają nas do wyłączenia rozpoznania idjopatycznego kurczu torsyjnego w naszych obserwacjach, którego charakter zazwyczaj bywa par excellence progresyjny i którego początek przypada na wiek dziecięcy. Musimy tedy uznać zespół kurczu torsyjnego w obu przytoczonych obserwacjach za swoistą objawową hiperkinetyzę pozapiramidową w wieku starczym, jakkolwiek w znanych dotąd i zestawionych przeze mnie zespołach pozapiramidowych wieku starczego nie spotkaliśmy się dotąd z zespołem kurczu torsyjnego.

Natomiast analiza piśmiennictwa lat ostatnich oraz materiału własnego przekonywa nas, że zespoły objawowego kurczu torsyjnego nie są zjawiskiem obcym obserwacji neurologicznej. Uwidoczniała je po raz pierwszy wielka epidemia nagminnego zapalenia mózgu, które pomiędzy licznymi zjawiskami następczymi powodować może również w sposób objawowy zespół kurczu torsyjnego. Spostrzeżenia takie opisali: Fromenti Carillon, Szumlański i Courtois, Roger, Guillain i Giro, Sterling, Mourgue, Bing i Schwartz i inni. Do tej samej kategorii należą również ujawniające się w następstwie nagminnego zapalenia mózgu przypadki objawowego *torticollis spasmodica*, jako fragmentu obrazu klinicznego kurczu torsyjnego, na co zwrócili uwagę: Fribourg-Blanc i Picard, Guillain i Giro, Sicard, Haguenau i Post, Morawiecka. Daleko rzadsze niewątpliwie są przypadki objawowego zespołu dystonicznego po innych infekcjach zarówno ostrych, jak odra, błonica i koklusz (obserwacje takie ogłosili Collier, Lwoff, Cornil i Targowla), jak i przewlekłych, jak przewlekłe nie nagminne zapalenie mózgu (obserwacja Wimmera) oraz zapalenie mózgu i jego opon *meningo-encephalitis* (obserwacja Dévica i Contamina). Dalej Kleisti i Hertz spostrzegali zespół ten w postaci wrodzonej na tle głębokiego zahamowania mózgowego, Marotta — na tle przewlekłego alkoholizmu, Itzenko oraz Wartenberg jako obraz kliniczny, wyłaniający się z atetozy obustronnej, Zołotowa jako przejaw diplegji mózgowej, zaś Juster oraz Navarro i Marotta jako następstwo kiły mózgowej. Wreszcie opisane przeze mnie obserwacje stanowią jedyny, jak dotąd, przykład ujawniania się kurczu torsyjnego na podłożu starczych zmian mózgowia.

Nie posiadamy dotąd danych, dotyczących zmian anatomicznych w symptomatycznym zespole kurczowo-torsyjnym, podczas gdy posiadamy już nieznaczne dane histopatologiczne w kurczu torsyjnym idjopatycznym. Zmiany te zresztą będą prawdopodobnie częściowo zależne od samego charakteru szkodliwości exogenicznych, które powodują występowanie objawowego zespołu torsyjnego, podczas gdy w dystonii idjopatycznej zasadniczą rolę przypisać należy czynnikom natury endogenicznej. Bądź co bądź, procesu podstawowego doszukiwać należy się i tutaj w zaburze-

niach systemu ciała prążkowego, podczas gdy zmiany w innych terytoriach (wielki układ mózgowo-czerwono-prążkowo-wzgórkowo-czołowo podwzgórkowo-rdzeniowy w sensie Marotty) — tłumaczyć nam może tylko szereg objawów atypowych i dodatkowych.

W ten sposób zyskuje sobie prawo obywatelstwa zespół objawowego dystonizmu, którego stosunek do idopatycznego kurczu torsyjnego jest taki sam, jak zespołu parkinsonizmu do choroby Parkinsona lub zespołu wilsonizmu do pseudo-sklerozy i choroby Wilsona. Otóż wydaje mi się, że wyodrębnienie takiego zespołu jest nietylko wzbogaceniem i zróżnicowaniem naszych wiadomości klinicznych, ale rzucać może pewne światło na niektóre uogólnienia klasyfikacyjne, oparte, jak dotąd, na bardzo szczupłym materiale. Mam tu na myśli koncepcję Halla, który stara się zniwelować autonomię kliniczną kurczu torsyjnego i roztopić ją łącznie z chorobą Wilsona i pseudo-sklerozą w jednym wspólnym zespole, objętym nazwą zwyrodnienia wątrobiano-soczewicowatego (*degeneratio hepato-lenticularis*). Tendencja ta jest tembardziej zastanawiająca, że pod względem fenomenologii klinicznej kurcz torsyjny jest daleko bardziej oddalony zarówno od pseudo-sklerozy, jak i choroby Wilsona, aniżeli, na przykład, od atetozy obu-

stronnej, z którą łączy go bliskie powinowactwo objawowe, a która nie została włączona do zespołu zwyrodnienia wątrobiano-soczewicowatego. Jest tedy rzeczą niewątpliwą, że Hall nie wychodził bynajmniej z przesłanek natury klinicznej, ale opierał się wyłącznie na wynikach badania anatomicznego, które zarówno w chorobie Wilsona oraz pseudo-sklerozie, jak i w niektórych obserwacjach, przebiegających pod postacią kurczu torsyjnego, wykryły równoczesne zmiany „w mózgu i wątrobie”. Jeżeli wszakże wziąć pod uwagę, że rozporządzamy dotąd tylko dwoma takimi spostrzeżeniami anatomicznymi (przypadek Thomalli i przypadek Wimmera-Neela), w pozostałych zaś, badanych pośmiertnie przypadkach Cassirera, Richtera, Schneidra, Rungego i Marotty stwierdzone zostały tylko postępujące zmiany zanikowe w komórkach ciała prążkowego bez jakichkolwiek towarzyszących zmian w wątrobie, to nasunie nam się możliwość przypuszczenia, że obserwacje Thomalli i Wimmera-Neela są tylko symptomatycznymi zespołami kurczu torsyjnego, i że uogólnienie Halla, traktujące idopatyczny kurcz torsyjny tylko jako specjalną postać choroby Wilsona, jest niedostatecznie ugruntowane i przedwczesne.

Z klinik, szpitali i pracowni.

(Z I-go Oddziału wewn. Szpitala Wolskiego w Warszawie).
(Kierownik: Dr A. LANDAU).

Badania nad rozmieszczeniem chloru we krwi i nad zależnością tego zjawiska od stanu równowagi kwasowo-zasadowej.

Podali

Anastazy LANDAU, Jerzy GLASS i St. KAMINER (Warszawa).
(Dokończenie—p. Nr. 11, 12 i 13).

Rozmieszczenie chloru we krwi w płątowym zapaleniu płuc.

Cechą szczególną płątowego zapalenia płuc jest, jak wiadomo powszechnie, retencja chloru. Pierwotnie przypuszczano, że zależy ona od niedomogi nerkowej (Hösslin, Fürth¹⁾. Badania Snappera, Mac Leana, Gramma i Noorgarda¹⁹⁾ wykazały, że poglądy te są nieuzasadnione z tego względu, że u chorych tych, mimo retencji chlorowej, stwierdza się obniżone liczby zawartości chloru w osoczu. Retencja ta jest więc pochodzenia tkankowego. Przypuszczenie, że przyczyną zatrzymania chloru w ustroju jest jego nadmierne gromadzenie się w świetle pęcherzyków płucnych, towarzyszące wysiękowi włóknikowemu, jest niedowiedzione. Istnieją badania zresztą, które temu przeczą. Tak np. Schell¹⁹⁾ stwierdził, że

w płucach pneumonicznych stężenie chloru jest nawet niższe, niż w płucach zdrowych. Jeżeli nawet uwzględnić większą wagę tych płuc, to nie tłumaczy to jeszcze zatrzymania kilkudziesięciu gr. NaCl, które ma miejsce w przebiegu zapalenia włóknikowego płuc.

W ostatnich latach zaczęto łączyć w związek przyczynowy zatrzymanie chloru z zaburzeniami równowagi kwasowo-zasadowej, które występują w przebiegu zapalenia płuc płątowego. Holten⁵⁰⁾, stwierdzając wzmożone wydalenie w moczu pneumonicznym przed przełomem bliżej nieznanym kwasów organicznych, szuka w wytwarzaniu się tych kwasów w ustroju przyczyny retencji chlorowej. Zjawisko to potwierdzone zostało przez Clausena⁵¹⁾, a we Francji przez Goiffona⁵²⁾. Wzmożone wydalenie tych kwasów, które wg. Palmera są słabsze, niż kw. moczowy, dowodzi, że w zapaleniu płątowym płuc mieć możemy do czynienia z kwasicą niegazową. Holten i Heilmeyer sądzą, że kwasica ta jest wyrazem wzmożonego rozpadu komórkowego. Parnas⁵³⁾ przypuszcza, że chodzić tu może o t.zw. kwasy oksy-proteinowe B a d z y Ń s k i e g o.

Z drugiej strony, badania zasobu zasad w osoczu i napięcia CO₂ w powietrzu pęcherzykowem

⁵⁰⁾ Holten, Arch. of int. Med. Nr. 4, 1926.

⁵¹⁾ Clausen, Arch. of int. Med., Nr. 5, 1925.

⁵²⁾ Goiffon, Annales de Medicine, 23 fevr. 1928.

⁵³⁾ Parnas, O kwasicy, P. Arch. Med. Wewn. T. V, Z. 3. 1927.

¹⁹⁾ cyt. Holten.

dały wyniki dość sprzeczne, i nie jest jeszcze sprawą rozstrzygniętą, czy w przebiegu zapalenia płatowego płuc zjawia się kwasica niegazowa czy gazowa. Frothingham znalazł wahania napięcia CO_2 w powietrzu pęcherzykowem zarówno w kierunku kwasicy, jak i alkalozy. Straub przypuszcza, że występuje tu zarówno kwasica niegazowa, zależna od wytwarzania kwasów organicznych, jak i kwasica gazowa, wywołana niedomogą wydalania nadmiaru dwutlenku węgla przez nacieczony miąższ płucny.

Bez względu na to, czy w zapaleniu płatowym płuc przeważa kwasica gazowa czy niegazowa, oczekiwać należy w świetle badań Bluma i Ambarda zmniejszenia zawartości chloru w osoczu w przebiegu pneumonii, natomiast nagromadzenia chloru w krwinkach i zwiększenia się ich wskaźnika chlorowego.

Wobec tego, że oznaczenie zasobu zasad w przebiegu płatowego zapalenia płuc, jeżeli ma miejsce rzeczywiście kojarzenie się kwasicy gazowej i niegazowej, może nie wykazywać żadnych odchyśleń od normy — miarą kwasicy będzie tu stopień wzrostu zawartości chloru w krwinkach i zwiększenie się ich wskaźnika chlorowego.

W tym celu przeprowadziliśmy odpowiednie badania w 6-u przyp. włóknikowego zapalenia płuc, z tego w 4-ch przyp. badania wykonane były przed przełomem, w 1-m przyp. po przełomie, a u jednego chorego badania przeprowadzono dwukrotnie (przed i po przełomie).

Przypadki te podane są w tablicy V-ej. (Nr. 31a, 31b, 32, 33, 34, 35, 36). Wyniki badań naszych były następujące:

U wszystkich 5-u chorych przed przełomem zasób zasad osocza znajdował się w granicach normy i wynosił od 53,6 do 64,2 obj. $\text{CO}_2\%$.

ru w 4-ch przyp., w jednym zaś (Nr. 34) dolną granicę normy. Liczby odpowiednie wynosiły od 2,20 do 2,70 gr. na litr. W krwinkach również w 4 przyp. stwierdziliśmy zmniejszenie ładunku chlorowego (od 1,28 do 1,63 gr. na litr), w jednym przypadku (Nr. 36) — liczby prawidłowe. Wskaźnik chlorowy krwinek był w jednym przyp. (Nr. 31a) zwiększony, w jednym niższy od normy (Nr. 35), w trzech zaś pozostałych — prawidłowy.

Tak więc z wyjątkiem jednego przypadku (Nr. 31a), w którym wskaźnik chlorowy krwinek był wyższy od normy, we wszystkich pozostałych nie stwierdziliśmy owych zmian w rozmieszczeniu chloru we krwi, któreby wskazywać miały na istnienie kwasicy. Stwierdzono natomiast we wszystkich przypadkach badanych hipochloremję zarówno osocza jak i krwinek. Po przełomie w obu przypadkach badanych poziom i rozmieszczenie chloru we krwi były zupełnie prawidłowe.

Zastanawiający wielce jest jednakże przypadek, oznaczony Nr. 31, w którym badania wykonane zostały dwukrotnie (na 3 dni przed przełomem i w dzień przełomu). Przed przełomem znaleziono liczby następujące: — zasób zasad osocza — 53,6, stęż. chloru we krwi całk. — 2,45, stęż. chloru w osoczu — 3,12, stęż. chloru w krwinkach — 1,81, wskaźnik krwinek — 0,58. Po przełomie natomiast liczby odpowiednie były następujące: — zasób zasad — 65,2, stęż. chloru we krwi całk. — 2,84, stęż. chloru w krwinkach — 1,77, wskaźnik krwinek — 0,51.

W przypadku tym wysoki wskaźnik chlorowy krwinek przed przełomem (0,58) świadczył o kwasicy. Po przełomie natomiast, gdy wzrosła zawartość chloru w osoczu, a ładunek chlorowy krwinek się obniżył, wskaźnik chlorowy opadł do 0,51,

TABLICA V.

Rozmieszczenie chloru we krwi w płatowym zapaleniu płuc.

Nr.	Nazwisko	Rozpoznanie	Zasób zasad w osoczu	Objętość ‰ krwinek	Chlor w gr. na litr.			Wskaźnik chlorowy krwinek
					Krew całkowita	Osocze	Krwinki	
31-a	M. Sam	<i>Pneumonia crouposa</i> . . .	53,6	45,1	2,45	3,12	1,81	0,58
31-b	"	(po przełomie) . . .	65,2	39,7	2,84	3,44	1,77	0,51
32	S. Rac	<i>Pneumonia crouposa</i> . . .	53,6	37,3	2,41	3,02	1,49	0,49
33	H. Zie	"	55,5	41,0	2,20	2,98	1,49	0,50
34	J. Rat	"	56,5	40,5	2,70	3,30	1,63	0,49
35	A. Wrz	"	64,2	40,0	2,61	3,19	1,28	0,40
36	S. Kam	(po przełomie)			2,80	3,58	1,88	0,53
37	F. Zaw	<i>Broncho-pneum. gripposa</i> . .	74,8	47,6	2,52	3,12	1,62	0,52

Przed przełomem stwierdzono we wszystkich przypadkach zmniejszenie zawartości chloru w osoczu. Liczby, otrzymane przez nas, znajdowały się w granicach od 2,98 do 3,30 gr. na litr. We krwi całkowitej znaleźliśmy zmniejszenie zawartości chlo-

a równocześnie zwiększył się zasób zasad w osoczu (z 53,6 do 65,2 obj. $\text{CO}_2\%$). Mieliśmy więc tu prawdopodobnie przed przełomem do czynienia ze stanem kwasicy niegazowej, który po przełomie się cofnął. Jest to jedyne dotychczas nasze spo-

strzeżenie, przemawiające na rzecz kwasicy niegazowej w płatowym zapaleniu płuc.

Wobec tego, że we wzmożeniu wskaźnika chlorowego krwinek upatrujemy pewny dowód istnienia kwasicy, przystąpiliśmy obecnie do wykonania badań wielokrotnych u chorych na płatowe zapalenie płuc celem wyświetlenia ostatecznego, czy i jaki rodzaj kwasicy tej sprawie towarzyszy. Wyniki badań tych zostaną wkrótce ogłoszone.

O doniosłości oznaczania rozmieszczenia chloru we krwi dla oceny stanów kwasicowych.

Zestawimy obecnie wszystkie przypadki badane, przebiegające z zachwianiem równowagi kwasowo-zasadowej. Przypadków tych zbadano 12, w tem 11 kwasic i 1 alkaloza. Wśród kwasic mieliśmy 5 — kwasic nerkowych, 2 — cukrzycze, 2 — gazowe, wreszcie 2 niegazowe, wywołane schorzeniami narządów jamy brzusznej. Przypadki te omówione były dokładnie wyżej, podane są one w tabelicy VIII-ej.

Wśród 11 przyp. kwasicowych w 8-u stwierdzono wzmożenie ładunku chlorowego krwinek. Zamiast liczb normalnych 1.70 — 1.95 otrzymano tu liczby, wynoszące od 1.96 do 2.37 gr. na litr. Z trzech pozostałych przypadków w dwu (kwasice gazowe) stwierdzono wartości prawidłowe, a w jednym (przyp. Nr. 41 b), o którym była mowa wyżej — niższe od normy. W 23 przypadkach chorobowych niekwasicowych nie stwierdziliśmy natomiast zwiększenia zawartości chloru w krwinkach ani razu.

Tak więc objaw ten jest wielce charakterystyczny dla kwasic niegazowych i stwierdzenie jego posiada wprost znaczenie patognomoniczne. Ścisłej równoległości między spadkiem zasobu zasad a zwiększeniem zawartości chloru w krwinkach nie stwierdziliśmy. W obu przypadkach ciężkiej kwasicy nerkowej (zasób zasad — poniżej 30 obj. $\text{CO}_2\%$) ładunek chlorowy krwinek był najwyższy ze wszystkich przez nas spotykanych i wynosił 2.34 i 2.37 gr. na litr. W równie ciężkich przypadkach kwasicy cukrzyczej (zasób zasad również poniżej 30 obj. $\text{CO}_2\%$) stężenie chloru w krwinkach było już niższe (2.06 i 1.99 gr. na litr). Świadczy to o tem, że stężenie chloru w krwinkach zależy nie tylko od przesunięć kwasowo-zasadowych, ale i od poziomu chloremji. Kwasica, nawarstwiona na hipochloremję cukrzyczą daje niższy ładunek chlorowy krwinek, niż równie ciężka kwasica nerkowa, przebiegająca z retencją chlorową.

Równie doniosłym a może czulszym jeszcze sprawdzianem kwasicy jest, zdaniem naszym, oznaczanie wskaźnika chlorowego krwinek, który nie jest odbiciem bezwzględnego ładunku erytrocytów, lecz dokładnym wyrazem przesunięć chlorowych między obu składnikami krwi: osoczem — z jednej, krwinkami — z drugiej strony.

Wskaźnik chlorowy krwinek, dość stały w przypadkach, przebiegających bez zakłócenia równowagi kwasowo-zasadowej, w przebiegu kwasicy, jak na to wskazaliśmy wyżej, wzrasta nieraz bardzo znacznie. Na 11 przypadków kwasicowych, bez względu na to, czy były to kwasice niegazowe czy gazowe, w 10 przypadkach, czyli w 91%, stwier-

dziiliśmy wzmożenie wskaźnika chlorowego krwinek, a więc przesunięcie chloru w stronę elementów tkankowych. Wskaźnik ten, którego wahania prawidłowe określiliśmy na 0,47—0,55, we wszystkich przypadkach kwasicy, z wyjątkiem jednego, przekraczał górną granicę normy i obracał się w granicach 0,56—0,74. Jest to dostateczną miarą dla oceny doniosłości oznaczania wskaźnika tego w stanach kwasicowych.*)

TABLICA VIII.
Wskaźnik chlorowy w kwasicach.

Nr. przyp.	Rodzaj kwasicy	Zasób zasad w osoczu	Stężenie chloru w krwinkach	Wskaźnik chlorowy
11	Kwasica nerkowa . .	10.1	2.34	0.65
22-a	„ cukrzycowa .	19.7	2.06	0.61
23	„ cukrzycowa .	21.7	1.99	0.61
41-b	„ niegazowa . .	23.6	1.31	0.51
12	„ nerkowa . .	29.6	2.37	0.74
13	„ nerkowa . .	34.7	2.13	0.56
14	„ nerkowa . .	38.1	1.95	0.57
15	„ nerkowa . .	48.7	2.16	0.60
40	„ niegazowa . .	49.7	2.06	0.58
38	„ gazowa . . .	71.9	1.77	0.60
39	„ gazowa . . .	74.9	1.88	0.61

Określanie wskaźnika chlorowego krwinek ma znaczenie także dla oceny przebiegu, wzmaganie się względnie cofania się kwasicy. Wskaźnik ten, zarówno jak i ładunek chlorowy krwinek, wzrasta w miarę nasilania się kwasicy, maleje w miarę jej cofania się. W przypadkach kwasic niegazowych zmienia się więc odwrotnie proporcjonalnie do zasobu zasad w osoczu.

Przytoczymy tu trzy nasze obserwacje.

Przypadek	Zasób zasad w osoczu.	Wskaźnik chlorowy
Nr. 22	19.7	0.61
	42.0	0.50
Nr. 31	53.6	0.58
	65.2	0.51
Nr. 41	65.2	0.46
	23.6	0.51

*) Wyniki badań naszych są całkiem zgodne z tem, co podają Blum i Ambard. Już po oddaniu do druku pracy niniejszej ukazał się 9 lutego r. b. w Nr. 12 Presse médicale referat z komunikatu Bénarda, Lénormanda i Merklena, w którym autorzy ci utrzymują, iż ładunek oraz wskaźnik chlorowy krwinek niezawsze są dokładnym odbiciem chloropeksji tkankowej oraz wewnątrzustrojowych przesunięć kwasowo-zasadowych. Jak z naszych badań wynika, przypadki takie zdarzają się (przyp. Nr. 41 b), jednak należą one raczej do wyjątkowych.

Spostrzeżenia te przemawiają za tem, że krzywa wahań wskaźnika chlorowego krwinek pozwala w poszczególnym przypadku na ważkie wnioski co do nasilania się względnie cofania kwasicy.

O ile na 11 przypadków kwasicowych w 10-u stwierdziliśmy wzmożenie wskaźnika chlorowego, to na 23 przyp. patologiczne, w których zasób zasad był prawidłowy, jedynie w 2-ch (Nr. 42 i 43) wskaźnik był nieznacznie zwiększony. Była o nich mowa wyżej.

W przypadkach kwasicowych między stopniem zwiększenia wskaźnika chlorowego a spadkiem zasobu zasad niema bezwzględnej równoległości. Jednakże, jeśli idzie o kwasice cukrzycze lub nerkowe, to opadnięciu rezerwy alkalicznej poniżej 30 obj. $\text{CO}_2\%$ (t. zw. kwasice ciężkie) towarzyszy zwiększenie się wskaźnika powyżej 0.60 (Nr. 11, Nr. 12, Nr. 22 i Nr. 23). Natomiast kwasice niegazowe umiarkowane lub lekkie, gdzie zasób zasad osocza był powyżej 30 obj. $\text{CO}_2\%$, dały wskaźnik chlorowy również zwiększony, ale niższy, niż poprzednie. Wahał się on w tych przypadkach między 0.56 i 0.60 (Nr. 13, Nr. 14, Nr. 15 i Nr. 40). W kwasicach gazowych wskaźnik wynosił 0.60 i 0.61.

Wielce przekonywającym wreszcie dowodem znaczenia rozpoznawczego wskaźnika chlorowego jest zestawienie następujące:

Przyp. 44. — alkaloza niegazowo—gazowa, zasób zasad — 70.0, wskaźnik chlorowy — 0.46.

Przyp. 39. — kwasica gazowa, zasób zasad — 74.9, wskaźnik chlorowy — 0.61.

Przy tym samym mniej więcej zasobie zasad w przypadku alkalozy — wskaźnik chlorowy niżej dolnej granicy normy, w przypadku kwasicy — wskaźnik chlorowy krwinek natomiast znacznie zwiększony. Są to dwa bieguny doświadczeń Hamburgera.

Na zasadzie naszych badań mamy prawo stwierdzić, że określanie ładunku chlorowego krwinek i t. zw. przez nas wskaźnika chlorowego krwinek mieć może znaczenie rozpoznawcze w klinice dla stwierdzenia stanu kwasicowego. Zaburzenia te w rozmieszczeniu chloru we krwi są wyrazem udziału jonu chlorowego w procesie regulacji kwasowo—zasadowej ustroju.

Wnioski.

1) Oznaczenie rozmieszczenia chloru we krwi jest metodą wielce użyteczną dla oceny stanu równowagi kwasowo zasadowej.

2) Określanie zawartości chloru wyłącznie w osoczu jest niemiarodajne dla oceny poziomu chloremji. W regulacji chlorowej osocze odgrywa rolę raczej statyczną, podczas gdy krwinki są elementem kinetycznym, aktywnym.

3) Najlepszą metodyką dla oznaczenia przesunięć chlorowych wewnątrz krwi jest jednoczesne, bezpośrednie określanie stężenia chloru w osoczu i w krwinkach. Oznaczanie pośrednie nie jest metodą dokładną.

4) Z badań naszych wynika, że prawidłowa zawartość chloru u ludzi zdrowych waha się w wąskich granicach i wynosi przeciętnie we krwi całkowitej — 2.88, w osoczu — 3.50, a w krwinkach — 1.81 gr. na litr.

5) Rozległość wahań patologicznych poziomu chloru we krwi jest bardzo znaczna. Skala wahań stężenia chloru w krwinkach jest prawie dwukrotnie większa, niż w osoczu.

6) W przypadkach chorób nerek, przebiegających bez obrzęków lub azotemji i kwasicy, nie stwierdzono znaczniejszych odchyłeń od normy. Z 6-u przypadków przewlekłego zapalenia lub marskości zanikowej nerek przebiegających z azotemją — w 5-u stwierdzono znaczne obniżenie zasobu zasad w osoczu. We wszystkich tych 5-u przyp. kwasicy nerkowej stwierdzono znaczne zmiany w rozmieszczeniu chloru we krwi, polegające na wzroście stężenia chloru w krwinkach i we krwi całkowitej oraz zwiększeniu się wskaźnika chlorowego krwinek.

7) W cukrzycy bezkwasicowej przy znacznej hiperglikemji (powyżej 2.50 gr. na litr) stwierdzono we wszystkich przypadkach zmniejszenie zawartości chloru zarówno we krwi całkowitej jak i w osoczu i krwinkach. Ścisłej równoległości między obniżeniem poziomu chloru we krwi a stopniem hiperglikemji nie stwierdzono, jednak przy najwyższych poziomach cukru we krwi spotykaliśmy najniższe liczby chloru.

8) W czystych przypadkach kwasicy cukrzyczej stwierdzono wzmożenie ładunku chlorowego krwinek i ich wskaźnika, a zmniejszenie zawartości chloru w osoczu.

9) W zapaleniu płatowem płuc przed przełomem znajdowano we wszystkich przypadkach zmniejszenie zawartości chloru zarówno w osoczu, jak i we krwi całkowitej i w krwinkach. Wskaźnik chlorowy krwinek był naogół prawidłowy. W przypadkach, badanych po przełomie, poziom i rozmieszczenie chloru we krwi znajdowały się w granicach normy.

10) W kwasicach gazowych stwierdzono obniżenie zawartości chloru we krwi całkowitej i w osoczu, prawidłowe stężenie chloru w krwinkach i zwiększenie ich wskaźnika chlorowego. W alkalozie gazowo-niegazowej stwierdzono natomiast obniżenie stężenia chloru w krwinkach, osoczu i krwi całkowitej wraz ze zmniejszeniem wskaźnika chlorowego.

11) Dla rozpoznawania stanów kwasicowych posiada duże znaczenie określanie stosunku stężenia chloru w krwinkach do stężenia chloru w osoczu. Jest to t. zw. przez nas wskaźnik chlorowy krwinek ($\text{wskaźnik} = \frac{\text{chlor krwinek}}{\text{chlor osocza}}$). Stosunek ten w przypadkach normalnych wynosi przeciętnie 0.52.

12) Zwiększenie się wskaźnika chlorowego krwinek powyżej 0.55 przemawia za kwasicą. Wzrost jego powyżej 0.60 wskazuje na kwasicę ciężką.

13) Zwiększenie ładunku chlorowego krwinek powyżej górnej granicy normy (1.95 gr. na litr) spotyka się wyłącznie w stanach kwasicowych.

14) Kwasice nerkowe, cukrzycze i gazowe wykazują często obrebné rozmieszczenie chloru we krwi — wspólne jest dla nich natomiast przesunięcie chloru w stronę elementów tkankowych, co znajduje swój wyraz w zwiększeniu się wskaźnika chlorowego krwinek.

W sprawie artykułu D-ra Henryka Puszet:
„Przypadek rażenia prądem elektrycznym. Późne
wystąpienie objawów błędnikowych. Pomyślny
wpływ nakłucia lędźwiowego“¹⁾

podał

B. KARBOWSKI (Warszawa).

Przypadek, podany przez p. D-ra Puszet, zasługuje na specjalną uwagę ze względu na rzadkość tego rodzaju obserwacji, nieznany jest bowiem w literaturze przypadek późnego ujawnienia się zaburzeń błędnikowych na skutek rażenia prądem elektrycznym. Kazuistyka jest podstawą naszej całej wiedzy klinicznej; z klinicznie dobrze obserwowanych przypadków wyprowadzamy ważne wnioski nie tylko praktyczne, ale i teoretyczne. Jeżeli chodzi o rażenie prądem, to, jak to słusznie dr. Puszet podkreśla, wchodzi w grę i punkt widzenia sądowo-lekarski. Są to wszystkie względy, dla których przypadki kazuistyczne winny być klinicznie zbadane tak, jak tego obecny stan wiedzy lekarskiej danej specjalności wymaga.

Podkreślić należy, że przypadek d-ra Puszet nie jest dość dokładnie zbadany. Odnotowane jest w historii choroby, że próba Baranego wypadła nieco słabiej, niż normalnie. Jest to zbyt ogólnikowe określenie. Próby Baranego jest kilka. Należy przypuszczać, że autor miał na myśli próbę ciepłikową. Przy drażnieniu narządów zmysłowych układu przedsionkowego interesują nas odczyny ze strony gałek ocznych (kierunek oczopląsu, czas trwania oczopląsu, liczba ruchów oczopląsowych w czasie określonym i charakter oczopląsu). Rzecz jasna, że oddzielnie muszą być badane narządy zmysłowe prawostronne i lewostronne. Ważne też są odczyny ze strony tułowia i ze strony kończyn — objaw omijania.

Również pobieżnie zbadany jest słuch. „Wyraźne przytępienie słuchu prawego ucha”. „Nerwy ślimakowe bez wyraźnych zmian”. Są to zbyt ogólnikowe określenia, i trudno sobie stworzyć w przybliżeniu nawet obraz akumetryczny danego przypadku. Nie podany jest słuch dla szeptu i mowy

¹⁾ Warsz. Czasop. Lek. 1929, Nr. 9.

zwykłej. Należało możliwie dokładnie określić dolną i górną granicę. Nie wiemy, jak wypadły próby Szwabacha, Rinnego i Webera. Bez wymienionych dokładnych danych trudno jest postawić rozpoznanie lub też umiejscowić sprawę chorobową. Zespół analogiczny może być wywołany nie tylko przez cierpienia błędnika, ale i naczyń-ruchowe zmiany w ośrodkach nerwu VIII (crises vasculaires), przez t. zw. *meningitis serosa* w tylnej jamie czaszkowej. Podane w wywiadach poronne napady przed wystąpieniem ciężkich objawów porażenia układu n. przedsionkowego przemawiają za crises vasculaires, za t. zw. *claudicatio intermittens* w obrębie układu n. przedsionkowego. Silnie wzmożone ciśnienie wewnątrzczaszkowe i wpływ leczniczy nakłucia lędźwiowego w przypadkach z zespołem Meniera pierwszy obserwował Babiński. Zarówno z faktu wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego, jak i z poprawy na skutek nakłucia lędźwiowego, trudno jest wyprowadzić wnioski co do umiejscowienia sprawy. Nadmiar płynu mózgowodzeniowego i związane z tem wzmożone ciśnienie może być przyczyną spostrzeganego u chorego zespołu objawów, może być wtórnym objawem nagłego porażenia czynności narządów obwodowych układu przedsionkowego, może też być objawem współzrędnym.

Odpowiedź na uwagi Dr. Karbowskiego.

Podał

Henryk PUSZET (Warszawa).

Wszystkie wymienione przez krytyka metody badania były wykonane w opisanym przypadku, nie rzuciły jednak więcej światła na istotę choroby i nie pozwoliły na bliższe jej zlokalizowanie. Z tego powodu w tytule przypadku ograniczyłem się do ogólnej nazwy „objawów błędnikowych”, a o badaniach tylko krótko wspominałem w historii choroby.

Zaburzenia błędnikowe po rażeniu prądem elektrycznym występują rzadko, wspomina o nich Jellinek w swej monografii „Der elektrische Unfall”.

Z praktyki prywatnej.

Przypadek *Taeniae nanae*¹⁾.

Podał

Dr. med. G. GELMAN (Wilno).

Dziewczynka Sz. E., z rodziny polskiej, 4 l. 9 miesięcy. Matka zwróciła się do lekarza z powodu tego, że dziecko jest blade i nie ma apetytu. Zawrotu i bólów głowy, ani drgawek lub innych objawów nerwowych matka nie zauważyła.

Lekarz nie znalazł u dziecka żadnych obiektywnych obja-

¹⁾ Wygłoszone (z demonstracją preparatów) na posiedzeniu Wil. Związku lekarzy-żydów 7/XI 1928.

wów i zaproponował matce wykonanie badania kału dziecka na robaki.

Przy badaniu mikroskopowym kału wykryto charakterystyczne jajka *Taeniae nanae* w znacznej liczbie: wszystkie jaja, bez wyjątku, mają kształt owalny, posiadają grubą, prawie bezbarwną otoczkę z zarodkiem, który jest centralnie albo nieco ekscentrycznie umieszczony. Zarodek ten jest zaopatrzony w sześć haczyków, które wyraźnie występują i mają bardzo charakterystyczny wygląd. Wzdłuż otoczki, poczynając od biegunów, rozchodzą się wyraźnie występujące nitki. W niektórych jajkach otoczka jest zwężona i skurczona, co sprawia wrażenie, jak gdyby składała się z trzech części.

Jajka te są o tyle charakterystyczne, że rozpoznanie nie ulegało żadnej wątpliwości.

Jak wiadomo, *Taenia nana* jest bardzo rozpowszechniona w krajach zwrotnikowych i ciepłych. Nosi również nazwę *T. aegyptiaca* (Bilharz).

Po raz pierwszy znaleziona była w r. 1851 w Kairze w jelitach dziecka, zmarłego na zapalenie opon mózgowych. W r. 1852 opisana była przez Siebolda pod taką nazwą.

Z budowy główki jest bardzo podobna do zwykłych tasiemców, t. jest główka posiada tak zwane „*Rostellum*”, otoczone wieńczykiem haczykowym, oraz 4 ssawki. Długość tasiemca, jak wykazuje nazwa, wynosi 1 — 2 ctm., rzadko 3 ctm., szerokość 0,5 mm. Makroskopowo tasiemiec jest podobny do *oxyuris vermicularis*, a mianowicie, do samców, wskutek czego łatwo jest o pomyłkę.

Liczba członków dochodzi do 200, z których ostatnie 20 — 60 zawierają dużo dojrzałych jaj.

Tasiemiec ten zakaża ludzi. Co się tyczy pośredniego nosiciela, to istnieją dwa zdania: Leukart, Nicolle i inni uważają, że owady są pośrednimi nosicielami, według zaś zdania Grassi pasorzyt ten rozwija się bezpośrednio u ludzi.

Ponieważ w takich przypadkach może zachodzić ciągle samozakażenie, więc liczba tych pasorzytów wzrasta czasami do kilkunastu setek, nawet do kilku tysięcy u jednego chorego.

Pasorzyty te wciskają się głęboko w śluzówkę dolnej części jelit i często wywołują zaburzenia zarówno mięśniowe, jak i odruchowe (zwiększenie odruchów, niekiedy nawet i drgawki).

Jak wyżej wspomniano, pasorzyt ten jest bardzo rozpowszechniony wśród dzieci krajów ciepłych (Italja, Japonja, Chiny, Egipt, Serbja, Ameryka południowa i t. d.). Tak, na przykład, w Algierze

do 20% wszystkich dzieci, a na Florydzie nawet u 40% uczniów znajdowano tego tasiemca.

W krajach zaś o klimacie umiarkowanym spotrzegano go sporadycznie. Tak, na przykład, w Kolonji były tylko raz jeden opisane 4 takie przypadki. To samo i w innych krajach.

Nasz przypadek zasługuje na uwagę z tego względu, że ani rodzice, ani dziecko nigdy nie byli w krajach ciepłych.

Wywiady, zebrane przeze mnie, dostarczyły następujących danych: przed wojną światową rodzice mieszkali w Witebsku, gdzie dziecko przyszło na świat; gdy dziecko miało 3 miesiące, matka wyjechała na Syberję (m. Tiumień na Uralu), a ojciec był wysłany na daleką północ Rosji. Z dzieckiem, które miało wtenczas 1 rok i 3 miesiące, matka powróciła do Polski i pracowała w przytułku, pod Warszawą. Potem matka przyjechała do Wilna, dokąd wrócił także i ojciec.

Widać z tego, że ani rodzice, ani dziecko nigdy nie byli w krajach ciepłych. Przeciwnie, ostatnie lata spędzili oni w krajach zimnych.

Oprócz stolca dziecka zbadany był kał ojca i matki. U ojca znalezione jajka *Ascaris lumbric.* u matki wynik badania był ujemny. Wobec tego dziecko nie mogło się zakażać od rodziców.

Gdzie dziecko się zakażyło? Możliwe, że w przytułku.

Dziecko zostało poddane leczeniu w domu za pomocą *Extr. fil. maris* i t. d.

Kał dziecka po leczeniu został zbadany makro i makroskopowo. Samego tasiemca nie znaleziono, ale jajek było wciąż jeszcze bardzo dużo.

Powtórne badanie kału dziecka po dwóch tygodniach też dało wynik dodatni: znaleziono jajka *Taeniae nanae* w liczbie bardzo wielkiej. Obecnie dziecko zostało oddane do kliniki w celu przeprowadzenia leczenia specjalnego.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY

pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i poglądowe.

Z Oddz. Chorób Wewnętrznych Szpitala Św. Łazarza w Warszawie
(Ordynator: Doc. Dr. M. SEMERAU-SIEMIANOWSKI)

Antivirus Besredki,

jako nowa metoda zwalczania chorób, spowodowanych przez zakażenie gronkowcami i paciorkowcami.

Podał

Dr. N. PRYŁUCKI (Warszawa).

(Ciąg dalszy—p. Nr. 13).

Odmienne stanowisko zajęła inna grupa autorów z Weichardtem na czele; według nich działanie terapeutyczne AVB sprowadza się do dość dawno i dobrze znanej t. zw. wakcynoterapii i proteino-terapii i pewnej aktywacji protoplazmy. (Schweinburg, Lange, Müller, Eisler, Lehdorff, Brumlik, Lutz i inni).

Schweinburg uważa, w przeciwieństwie do wyżej wymienionych autorów, że możliwość istnienia własności antygenowych w przesączach jeszcze nie wystarcza do tłumaczenia w sposób zupełnie pewny działania leczniczego AVB, zwłaszcza, że ich obecność w przesączach nie została dowiedziona.

Co do zdolności momentalnego uśmierzenia bólu, może to być tłumaczone jedynie przez działanie na tkankę, a nie na bakterie (Citron). Trudno rozstrzygnąć, jakie jest to działanie — swoiste czy nie. Autor raczej przychylił się do zdania Epsteina, Müllera i innych, że jest nieswoiste. Co zaś do ogólnego działania terapeutycznego, to AVB w jakiś sposób uczynnia komórki w walce z bakteriami, robi je bardziej odpornymi (aktywacja protoplazmy wg. Weichardta); innymi słowy, odbywa się to samo, co pod wpływem nieswoistej proteino-terapii (tego poglądu są Eisler i Lehdorff). Schweinburg zgadza się z Besredką, że działanie terapeutyczne AVB nie ma nic wspólnego z działaniem

antygenowem, a to ze względu chociażby na zdumiewającą szybkość wystąpienia efektu terapeutycznego, podczas gdy w myśl wszystkich doświadczeń do wystąpienia swoistej odporności antygenowej potrzebny jest dłuższy czas.

Słowem, zdaniem autora, wpływ leczniczy przesączy jest nieswoisty, aktywujący protoplazmę (Weichardt), uwarunkowany przez obecne w przesączu produkty przemiany materji bakteryjnej; wpływ ten nie jest zasadniczo nowy i opiera się na tych samych teoretycznych zasadach, co każda terapia nieswoista bodźcowa (proteino-terapia), o której mechanizm jesteśmy dostatecznie zorientowani dzięki pracom Weichardta i jego uczniów.

Müller nie może się zgodzić z twierdzeniem Besredki, jakoby szybkie zmniejszenie liczby bakterji przez AVB miało być przyczyną rychłego uśmierzenia bólu. Sądzi on, że takie błyskawiczne niekiedy działanie przeciwbólowe AVB możnaby tłumaczyć jedynie działaniem na nerwy czuciowe oraz na nerwy naczynio-ruchowe, które wtedy (przeważnie wtórnie) wpływają dodatnio na przebieg procesu zapalnego. Możliwe jest, że czynnika, działającego na układ nerwowy autonomiczny, należy doszukiwać się w produktach rozpadowych, znajdujących się w przesączu. Miałyby one tę zaletę, że mogłyby od razu działać na ból i na nerwy naczynio-ruchowe, co przy zwykłej wakcynoterapii i proteino-terapii następuje dopiero wtedy, gdy rozpad wstrzykniętej substancji odbywał się samoistnie wśród tkanek.

Na poparcie swego poglądu autor przytacza fakt, że samem wstrzyknięciem każdej surowicy lub nawet fizjol. roztworu soli kuch. w sąsiedztwie ogniska chorobowego, udaje się osiągnąć prawie natychmiastowe uśmierzenie bólu w miejscu, dotkniętem zapaleniem.

Lange uznaje okłady z AVB (w lecznictwie ludzkim, jak i zwierzęcym) za terapię nieswoistą i bodźcową. Przypuszcza on, że w ogniskach chorobowych zachodzi to samo, co się dzieje pod wpływem proteino-terapii — zwłaszcza, gdy AVB zostaje wprowadzony śródskórnym — oraz to samo, co przy okładach obojętnych (z alkoholu, octanów ziem alkalicznych, hipertonicznego roztworu soli kuchennej i t. d.). Dla wytłumaczenia leczniczego działania owych pobudzających ciał — obok wzmożenia naturalnych zdolności obronnych krwi i limfy — muszą być brane pod uwagę, zdaniem autora, również czynności komórek samej skóry, wzgl. innych narządów.

Słowem, stosowanie AVB daje nieswoiste wzmożenie odporności.

Eisler i Lehdorff posługiwali się „Histanem”, t. j. przesączami, przygotowanymi według własnego pomysłu, i przyszli, m. inn. do wniosku, że zdolność b. szybkiego uśmierzenia bólu, stanowiąca jedną z najwybitniejszych cech przesączów buljonowych, musi polegać na jakichś procesach koloidalnych w tkance, dotkniętej zapaleniem.

Dold i Pick tłumaczą sobie mechanizm działania AVB na tkankę zakażoną w sposób dość prosty. Działanie okładów z AVB sprowadza się, ich zdaniem, właściwie do działania ciepłych, wilgotnych obojętnych okładów, albowiem wilgotne ciepło powoduje wzmożenie przemiany materji. A zatem jest to jeszcze jednym doświadczalnym po-

twierdzeniem starych klinicznych spostrzeżeń, że wilgotne okłady bardzo korzystnie działają w sprawach zakaźnych. Uodparniania tkanek niema (Pick).

Lehdorff i Brumlik nie umieją wytłumaczyć zjawiska natychmiastowego uśmierzenia bólu, co jest przecież jedną ze specjalnych własności AVB. Przypuszczają tylko, że odgrywa tu rolę osłabienie żywotności drobnoustrojów, natychmiastowe pobudzenie fagocytozy, alkalizność preparatów oraz zmniejszenie napięcia tkanek, spowodowane przez zmiany w krążeniu. Lehdorff sądzi, że w działaniu leczniczem odgrywa rolę również nieswoiste wzmożenie odporności (tkanek). Możliwe jest też, że przez czynności trawienne leukocytów uwalnia się z bakterji jakieś ciało, które czyni komórki tkanek niewrażliwymi i wywiera wpływ hamujący na rozwój drobnoustrojów. Pogląd ten znajduje poniekąd poparcie w spostrzeżeniach Moritscha i Oppolzera, którzy stwierdzili w całym szeregu przypadków, gdzie efekt terapeutyczny był specjalnie jaskrawy — wzmożoną fagocytozę. Leukocyty były wypchane bakterjami — zjawisko, którego w tym stopniu nie widziano w przypadkach, gdzie nie stosowano AVB.

Ci sami autorzy sądzą, że dobre wyniki, otrzymane przez zastosowanie AVB przy naciętej skórze, dadzą się wytłumaczyć odpornością miejscową, która w myśl ujęcia Besredki najlepiej dochodzi do skutku na drodze śródskórnej.

Według Lutz — prócz hamowania bakterji w ich rozwoju, AVB, zastosowany w postaci okładów lub przestrzykiwań, może również spowodować zmianę nastawienia i pobudzenie tkanek. Czy jest to miejscowe uodpornienie, czy tylko nieswoiste pobudzenie — autor nie umie powiedzieć. Jednakże wydaje mu się, że na prawdziwe uodpornienie czas jest za krótki w porównaniu z tym, jaki jest potrzebny do wystąpienia odpowiedniego odczynu. Przeciw koncepcji ciał odpornościowych przemawiają przypadki, w których mimo początkowego polepszenia pod wpływem AVB sprawa chorobowa jednak posuwała się dalej. Działania AVB jednak nie można porównać z chemicznym środkiem odkażającym.

Również Jessner przypisuje AVB zdolność nieswoistego wywoływania zmiany nastawienia tkanek danego odcinka ciała i jakiegoś niezrozumiałego osłabienia procesu zakaźnego, toczącego się tam.

Z dość oryginalną, ale niezbyt mocno uzasadnioną koncepcją wystąpili Louros i Gaessler: stanęli oni na stanowisku, że wpływ leczniczy AVB paciorkowcowego polega na dawno znanym w lecznictwie nieswoistym działaniu kwaśnych białczanów i że o jakimś swoistym „antivirusie”, w sensie Besredki, nie może być mowy; chodzi tu najprawdopodobniej nie o miejscowe uodpornienie, tylko o wzmożenie sił obronnych ustroju, co już jest dobrze znane z proteino-terapii.

Punkt widzenia wymienionych autorów spotkał się z krytyką Schweinburga, który dowodzi, że działanie AVB nie może polegać na działaniu kwaśnych białczanów chociażby dlatego, że przez wielokrotne ogrzewanie i sączenie hodowli buljonowej

białko zostaje strącone i zatrzymane przez sączki; zresztą Epstein już dowiódł, że przesącze zawierają tylko minimalne ślady strącalnego białka oraz najniższe kategorie produktów jego rozpadu. Poza to — przesącze, przygotowane ściśle według Besredki, nigdy nie są tak kwaśne, jak te, które posługiwali się Louros i Gaessler. Że tak kwaśne rozczynty wpływają hamująco na rozwój bakterij — jest oddawna znane, ale wpływ hamujący występuje również i w rozczynach alkalicznych i obojętnych. Prawdą jest, że ze wszystkich przesączy najkwaśniejsze są paciorkowcowe, ale wpływ szkodliwy na bakterje i działanie lecznicze okazują przesącze również i w stosunku do takich drobnoustrojów, które odczyn buljonu przesuwają w kierunku alkalicznym (gronkowce i pał. okrężnicy).

*

Przytoczone wyżej zdania różnych autorów już dostatecznie ilustrują rozbieżność zapatrywań na istotę przesączy hodowli bakterijnych i mechanizm ich działania, panującą w świecie naukowym.

Całokształt zagadnienia, poruszonego przez Besredkę, okazał się zbyt zawiły i ciekawy, dyskusja wkoło niego jeszcze nie jest zamknięta, i trudno jest przewidzieć, który pogląd ostatecznie zwycięży, zwłaszcza, że niektóre punkty w teorii Besredki są jeszcze niezupełnie jasne.

Ale mimo, że zdania o wartości leczniczej AVB są podzielone; mimo, że nie osiągnięto jeszcze jednomyślności w wielu kwestiach, związanych z jego stosowaniem; mimo, że obok badaczy i klinicystów, którzy nie wahają się określać osiągniętych przez siebie wyników, jako olśniewające i zdumiewające, spotykamy i takich, którzy tej nowej metodzie odmawiają jakiegokolwiek wartości terapeutycznej — najwymowniejszy jednakże zostaje język faktów.

Zaś w świetle faktów — słuszność zdaje się być po stronie tych, którzy, opierając się na własnych doświadczeniach, uważają AVB za bardzo cenny nabytek w dziedzinie zwalczania spraw ropnych.

Spostrzeżenia kliniczne.

Największe zainteresowanie wykazali w stosunku do AVB — terapii chirurgicy; przytoczę tu tylko najciekawsze i najbardziej pouczające z obserwacji, poczynionych przez nich i przez innych klinicystów.

Moritsch i Oppolzer stosowali AVB-terapię w 52 przypadkach spraw ropnych, w których ustalono zakażenie gronkowcami, paciorkowcami lub mieszaniną tych obu zarazków. (W każdym przypadku stosowano AVB z danego rodzaju drobnoustrojów lub mieszaną).

Na te 52 przypadki składały się: 3 róże, 6 ropowic, 8 ropni, 13 czyraczności, 5 zapaleń sułków, 12 zastrzałów, 2 ropnie gruczołów potowych, 3 przewlekłe zapalenia szpiku kostnego. U wszystkich wymienionych chorych, z wyjątkiem dotkniętych różą, przez kombinację zwykłego chirurgicznego postępowania z okładami AVB — osiągnięto pomyślny przebieg choroby. Co do róży — to z trzech przypadków — w jednym już po jednodniowym stosowaniu AVB, nastąpiło zblednięcie zaczerwienionych miejsc i spadek temperatury. Poza to w jed-

nym przypadku róża zajęła całą klatkę piersiową i kończyny dolne, i okłady nie dały pomyślnego rezultatu. Nigdy jednak nie widziano pogorszenia wskutek stosowania AVB. Podczas stosowania AVB autorzy wymienieni poczynili następujące obserwacje: 1) już po 24 godzinach ustępował ostry stan zapalny, który po zwykłym postępowaniu chirurgicznym jeszcze trwa; 2) brzegi samej rany były wolne od nalotu; obecna z reguły wydzielina z rany była znacznie skąpsza, niż zwykle, w niektórych przypadkach nawet nie było jej wcale. Uderzające było też lekkie zasinienie okolicy miejsca operowanego; 3) okres pooperacyjny zostaje skrócony przez zastosowanie AVB i przebiega dla pacjenta w sposób mniej bolesny. Ta uderzająca zdolność AVB do łagodzenia bólu oraz zmniejszenia wydzieliny przemawia już za stosowaniem go w ogólnym postępowaniu chirurgicznym.

Lotheissen również stosował AVB z gronkowców i paciorkowców, jednakże najlepsze rezultaty dawała mu mieszanina tych dwóch buljonów.

Próby leczenia róży i zapalenia żył (*phlebitis*) za pomocą AVB zawiodły, natomiast w innych sprawach ropnych skóry otrzymał autor „bardzo piękne, a nawet zdumiewające rezultaty”.

Przykłady: a) chory z ropowicą podudzia: kończyna zgięta, nieznosne bóle, na skórze pęcherze z ropą; skóra twarda, nacieczona; w głębi chłobotanie; wysoka temperatura. Skórę posmarowano AVB i nałożono okład. Po dziesięciu minutach chory wyprostował nogę; po dwóch godzinach t⁰ już była normalna i taką pozostała; po pięciu godzinach obrzęk znikł, po 12-tu godzinach nie było już zapalenia, pęcherze ropne zaschły. Po trzech dobach pacjent chodził. Żadnego nacięcia nie robiono.

b) Chory z ropniem stopy i zapaleniem naczyń chłonnych aż do uda wskutek skażenia żardzewiałym gwoździem. Po 48-miu godzinach obrzęki ustąpiły, po 4 dniach chory był już na nogach.

c) Specjalnie efektowne były rezultaty w ciężkim zapaleniu ślinianki (*parotitis*) i zapaleniu okostny (*periostitis*) z obrzękiem wielkości pięści przed uchem i z takim szczękosciskiem, że chorzy zaledwie mogli pić. Zapendzlowanie skóry mieszanym AVB (gronkowcowo-paciorkowcowym) i nałożenie okładów spowodowało, że obaj pacjenci już po 5-ciu minutach mogli otworzyć usta. Wtedy zapendzlowano również błonę śluzową. Wyleczenie zupełne nastąpiło po kilku dniach.

d) Ciężkie zapalenie gardła (*angina*). Ponieważ odrazu przypuszczano, że jest ona pochodzenia paciorkowcowego, wysmarowano gardło AVB tylko z paciorkowców i nałożono takiż okład. Chory, który przedtem nie mógł nic przełknąć, po krótkim już czasie z apetytem wypił filiżankę kawy i zjadł bułeczkę.

O nader ciekawych dwóch prawie analogicznych przypadkach czytamy w doniesieniach Schweinburga. Efekt terapeutyczny po zastosowaniu AVB był tak nadzwyczajny, że uważam za konieczne przytoczyć je za autorem:

a) Pacjentka z typową angina Plaut-Vincenti (wysoka t⁰, silne bóle, obrzęk gruczołów, w rozmazie liczne *bac. fusiformis* i krętki). Leczenie objawowe w przeciągu 3-ch dni (płukanie, pendzlowanie, okłady) tylko pogorszyło stan chorej. Czwartego dnia zastosowano AVB w postaci pendzlowania, czę-

stego płukania oraz okładów. Prawie natychmiastowe zniknięcie bólu, po kilku godzinach krytyczny spadek gorączki; t^0 więcej się już nie podniosła. Po 48 godzinach znikły już wszystkie objawy.

b) Duży karbunkuł, trwający podobno od 2-ch dni, chęłbotanie, wysoka t^0 , obrzęk gruczołów wzdłuż mięśnia mostk.-ob.-suik, niemożność poruszania głową. Nacięciem wypuszczono dużo ropy (w rozmarze mnóstwo gronkowców). Opatrunek chirurgiczny. Po dwóch dniach, mimo obfitej wydzieliny, brzegi rany w dalszym ciągu czerwone, twardo nacieczony; ból, gorączka, obrzęk gruczołów jeszcze większy. Wobec takiego stanu rzeczy — założono do rany paseczkę gazy, namoczony w AVB. i nałożono okład z niego na obrzmiałe gruczoły. Po kilku godzinach bóle ustały; od następnego rana chory bez gorączki, gruczoły b. szybko się zmniejszyły. Brzegi rany również szybko zmiękły. Pod wpływem dalszego stosowania AVB nastąpiło zdumiewająco szybkie wyleczenie.

Opisane przypadki nie różniłyby się od wielu innych podobnych, ogłoszonych przez różnych badaczy, gdyby nie ta okoliczność, że w obu olśniewający wprost efekt terapeutyczny uzyskano przez zastosowanie *Coli-antivir*, nie zaś przez swoisty AVB. Mamy zatem przed sobą nadzwyczajny fakt działania AVB nieswoistego w chorobach, w których pałeczka okrężnicy etjologicznie żadnej roli nie odgrywała!

W przypadku czyracczności warg z obrzękiem ryjowatym, z nacieczeniem całej okolicy i przedziurawieniem sitowatą błoną śluzową Lotheissen również osiągnął przez pendzlowanie i okłady z mieszaniny AVB zupełne wyleczenie w przeciągu kilku dni.

Autor z reguły nie nacinał ognisk ropnych; niekiedy jednak, np. w ciężkiej, głęboko sięgającej *periproctitis* musiano nakłuciem opróżnić torbiel ropną, już niebolesną, poczem rana pod wpływem AVB szybko się goiła. Zdaniem autora AVB nie może szkodzić, stosowanie jego jest zupełnie bezpieczne; bóle znikają pod jego wpływem już po krótkim czasie; gorączka szybko spada; okres trwania choroby skraca się; AVB zdaje się nie leczyć głęboko sięgających procesów ropnych, ale przyczynia się do zlokalizowania sprawy, ropa zbiera się wówczas w jednym miejscu i może być łatwiej usunięta.

Również Lutz miał możność wypróbowania terapii AVB na 50 przypadkach, składających się z zap. szpiku kostnego, wrzodów, zastrzałów, ropowic, ropnych zapaleń opłucny i pęcherza moczowego i t. p. W leczeniu tą metodą wrzodów, zastrzałów i ropowic autor osiągał wyłącznie dobre rezultaty; ale najwdzięczniejszym polem do stosowania AVB są, zdaniem jego, zapalenia pęcherza; badanie bakteriologiczne stwierdzało w tych przypadkach przeważnie czyste zakażenie pałeczką okrężnicy lub mieszaninę gronkowców i paciorkowców oraz *micrococcus vesicae*. W leczeniu zap. pęcherza — AVB z reguły już po pierwszym napełnieniu nim pęcherza usuwa prawie zupełnie dolegliwości, jak palenie, parcie na mocz i t. p. w ciągu paru minut. Wielkim ułatwieniem jest jeszcze i ta okoliczność, że przez stałe badanie moczu można kontrolować, czy drobnoustroje znikły. Wśród chorych, leczonych przez

autora na ostre zap. pęcherza, byli i tacy, u których już po dwukrotnym wleciu AVB znikły wszelkie dolegliwości i bakterje. Nawet bardzo uporczywe przypadki, leczone bezskutecznie przez długi czas farmakologicznie i szczepionkami, udawało się uwolnić od bakterji za pomocą AVB. Naturalnie, że w takich przewlekłych stanach należy AVB stosować wielokrotnie. Ale nawet i w tych przypadkach dolegliwości subiektywne ustępowały już po krótkim czasie, chociaż bakterje zniknęły dopiero później. Wprost olśniewający był efekt leczenia dziecka z roponerczem jednostronnym. Już w kilka dni po wprowadzeniu AVB do pęcherza (przez cewnik) — bóle zupełnie ustały, zaś mocz, poprzednio mętny, stał się jasny i prawie nie dawał osadu.

Autor jednak ostrzega przed stosowaniem AVB w tych przypadkach zapaleń pęcherza, gdzie zostało stwierdzone lub podejrzewa się tło gruźlicze. W tych przypadkach (a miał 2 takie) nietylko że się nie osiągnie polepszenia, ale można wywołać pogorszenie, utrzymujące się przez czas dłuższy. Poza temi zaś przypadkami, to jest wszędzie tam, gdzie skóra (wzgl. błona śluzowa) stanowi istotnie wrota zakażenia, leczenie AVB może dać bardzo dobre, a niekiedy nawet zdumiewające rezultaty. Nie osiągnął autor dodatniego rezultatu w leczeniu AVB ropniaków opłucny oraz róż. zapaleń ucha środkowego, w antrotomiach i wogóle w chorobach usznych; atoli inni lekarze (lekarz wojsk. franc. dr. N. cyt. przez Besredkę) donoszą o nadzwyczaj skutecznym działaniu AVB w przypadku ciężkiego zapalenia (paciorkowcowego) przewodu słuchowego i jamy nosowo-gardzielowej. Już w 10 minut po pierwszym wkropleniu do ucha i nosa AVB nieznośny ból ustąpił miejsca swędzeniu, zaś po 30 minutach wszelki ból znikł; również obrzęk znacznie się zmniejszył. Pod wpływem dalszego stosowania okładów z AVB sprawa zapalna szybko się cofnęła i chory wkrótce wyzdrowiał.

O równie świetnym efekcie terapeutycznym, uzyskanym przy pomocy AVB w przypadku zapalenia ucha środkowego, doniósł też Alexander.

O bardzo dodatnich skutkach stosowania AVB w przetoce klatki piersiowej (klin. Prof. Hartmanna—Hôtel-Dieu) oraz w paciorkowcowych zapaleniach opłucny (oddz. Prof. Rieux; Val-de-Grâce) doniosła prasa francuska i polska (Mikułowski). Wlewania AVB do jamy opłucnowej przyspieszały wyleczenie, pozbawiały w każdym z tych przypadków, jako bezpośredni skutek wlewań AVB, obserwowano spadek t^0 i znikanie drobnoustrojów.

Mikułowski (Warszawa) miał możność zastosowania AVB w 12 przypadkach zapalenia ropnego opłucny (pneumokokkowego i mieszanego gronkowcowo-pneumokokkowego) u dzieci. Wprowadzał on od 2 do 20 cm.³ AVB pneumokokkowego do worka opłucnowego. 10 dzieci wyzdrowiało; 2 wypisało się bez wyleczenia. Dzieci otrzymywały 1 — 8 zastrzyknięć. Uderzający był fakt, że w 6 przypadkach jednorazowe wprowadzenie przesączu do worka opłucnowego wystarczyło, by drobnoustroje okazały niezdolność do życia.

Ballet doniósł o nadzwyczajnym efekcie, jaki otrzymał, stosując AVB (odpowiedni) w przypadku figówki (*sycosis*) gronkowcowej na górnej wardze u mężczyzny, który bezskutecznie był leczony różnymi sposobami w przeciągu 5-ciu lat. Okłady z AVB, zmieniane codziennie, po 13-tu dniach doprowadziły do zupełnego wyleczenia tej tak uporczywej choroby.

Mniej szczęśliwie leczył podobne sprawy skórne (*staphylococcus sycosis simplex, furunculosis*) Jessner, który nietylko nie osiągnął żadnego efektu terapeutycznego okładami z AVB, ale w jednym przypadku musiał nawet zwalczać przykre i trwałe pogorszenie, mimo, że inny dermatolog (Loewenfeld), po wypróbowaniu AVB na 5 przypadkach skórnych, podał, że stwierdził jego korzystny wpływ w sensie przyspieszenia wyleczenia.

Bardzo dodatnie skutki leczenia AVB ropnych zapaleń szpiku kostnego osiągnięto na oddz. chir. Prof. Hartmana (Hôtel Dieu).

Przykład: Pacjent ze starym postrzałem lewego uda. Bolesność i obrzęk uda oraz trudność przy chodzeniu. T^0 38^0 — 39^0 — 40^0 , stan ogólny zły. Dwa wrzody na miejscu blizny. Kilka gruczołów chłonnych w pachwinie powiększonych. Kęś udowa zgrubiała wrzecionowato. W ropie gronkowce. Choremu zaczęto stosować okłady z auto-AVB, i po czterech dniach opuścił on szpital; przez jakiś czas jeszcze leczył się ambulatoryjnie okładami swoistymi. Proces zablizniania rany postępował bardzo szybko.

O leczeniu AVB spraw ropnych stawowych w dostępnym mi piśmiennictwie nie natrafiłem do tychczas na żadną wzmiankę. Tem większej wartości nabierają wyniki precyzyjnych doświadczeń, przeprowadzonych przez Jerzego Rutkowskiego (w Instyt. Pasteura w Paryżu) na królikach. Udało mu się mianowicie stwierdzić, że:

a) Pod działaniem odpowiedniego AVB sprawa chorobowa w stawach (sztucznie zakażonych gronkowcem złocistym) ulegała osłabieniu.

b) Uodparnianie trzykrotne stawu zdrowego za pomocą przesączu (AVB) może dać po siedmiu dniach całkowitą miejscową odporność na zakażenie gronkowcem złocistym w ilości, która u królika nieudpornego wywołuje bardzo silnie wyrażone ropne zakażenie stawu.

c) Można uodpornić stawy również przeciwko zakażeniu mieszanemu (paciorkowcami i gronkowcami). (Warsz. Czasop. Lek. N. N. 4 i 5—1927).

Picard i Citron stosowali leczenie AVB prawie w 200 przypadkach (na oddz. chir. w Charité) i uzyskali świetne wyniki mniej więcej w 70%,

Kressinger na 173 przypadkach ropowic, zastrzałów, ropni głębokich, czyraków i t. p. stwierdził nader dodatni wpływ AVB na gojenie się ran.

Metzler (Graz) stosował AVB w 50 przypadkach chirurgicznych i osiągnął rezultaty następujące: w 30% wyleczenie, w 37% poprawa, w pozostałych 33% bez rezultatu,

Nie ograniczając się tylko do leczenia AVB spraw ropnych, zlokalizowanych w skórze, niektórzy badacze poczynili próby stosowania go również w chorobach kobiecych, chorobach oczu, nosa i jamy ustnej.

Falk stosował z dobrym wynikiem AVB w upławach pochwoowych, sporządzając przesącz z flory miejscowej. Również w zapaleniu pochwy (*colpitis*), powikłanym pryszczycą, wywołaną przez stałą wydzielinę z pochwy, oraz w przypadkach fluoru u ciężarnych — osiągnano za pomocą AVB bardzo dobre rezultaty.

Autor miał też przypadek, w którym od dłuższego już czasu trwający i bezskutecznie leczony wypływ z pochwy u ciężarnej wywołał ciężki obrzęk sromu. Po zastosowaniu przesączu buljonowych sprawa cofnęła się zupełnie już po dwóch dniach.

Stiassny poleca stosowanie AVB w ginekologii zachowawczej, zwł. w sprawach zapalnych w miednicy małej.

W leczeniu antyvirusem zakażeń połogowych zanotowano pewną liczbę b. dobrych wyników. Levy-Solal, Simardi Leloup opisali jeden przypadek, zaś Couvelaire, Levy-Solal i Simard dwa przypadki b. ciężkiego zakażenia połogowego. We wszystkich tych przypadkach stwierdzono w wydzielinie z pochwy paciorkowce, wszystkie chore b. wysoko gorączkowały i pod względem rokowania przedstawiały się źle, zwł. że iniekcjami szczepionki przeciw paciorkowcowej nie osiągnięto widocznej poprawy. Tamponowanie macicy AVB już po krótkim czasie spowodowało spadek t^0 i poprawę stanu ogólnego. Tampony zmieniano codziennie i po krótkim czasie wszystkie te chore wyzdrowiały zupełnie.

(Dok. nast.)

Streszczenia pojedyncze i oceny książek.

Choroby jamy ustnej gardła, nosa i uszów.

M. HAJEK. Zagadnienie anginy. (Wien. Med. Woch. Nr 1 1929).

Opierając się na stosunkach anatomicznych i histologicznych migdałków podniebiennych oraz na przebiegu klinicznym anginy — autor wypowiada przypuszczenie, że angina jest schorzeniem zakaźnym ogólnym, wywoływanym przez swoisty zarazek natury przesączalnej. Paciorkowcom zaś i wywołanym przez nie zmianom w tkance chłonnej gardzieli należy przypisywać tylko wtórną rolę. Wiadomą jest rzeczą bowiem, że paciorkowce mogą latami przebywać w zatokach migdałków, nie wywołując żadnych znaczniejszych objawów chorobowych niemal jak saprofity. Dopiero uczulenie tych paciorkowców

przez domniemany swoisty drobnoustrój anginy wywołuje wtórnie ich szkodliwe działanie.

Jan Srebrny.

P. S. RHOADS i G. F. DICK. O skuteczności usunięcia migdałków w zwalczaniu zakażenia ogniskowego. (J. of the Am. Med. Ass. N 16 Tom 91. r. 1928).

Autorzy badali tkankę migdałków przed tonsillektomią oraz szczątki migdałków po tym zabiegu.

Stwierdzili, że po operacji flora bynajmniej nie okazała się mniej obfita i zjadliwa.

Wziąwszy pod uwagę, że tonsillektomia wykonywana jest przeważnie w celach wyeliminowania z ustroju źródła ciągłych zakażeń, jakim są czopy migdałkowe, należy uważać ze względu na nieosiągnięcie tego zamierzenia zabieg ten za zbyt czyny.

W 73% przypadków, operowanych nawet przez najlepszych specjalistów, szczątki zakażonych migdałków przedstawiają to samo niebezpieczeństwo co przedtem, a nawet niekiedy warunki ustrojowe się pogarszają.

O ile więc wykonywa się operację, należy usunąć bezwzględnie całą tkankę migdałkową, nie zostawiając z niej absolutnie nic.

W przypadkach niezupełnego usunięcia dopiero wtórna operacja stwarza rzeczywiste warunki do wygaśnięcia infekcji.

B. G.

L. LEROUX. O djatermo-koagulacji złośliwych guzów gardzielowych. (*Annales des maladies de l'oreille...* N 5 1928).

W ciągu 10 lat autor stosował tę metodę u 5 chorych. Postępowanie: znieczulenie miejscowe, koagulacja i curettage okolicy na której zastosowano zabieg.

Z osiągniętych rezultatów autor jest zadowolony. W jednym przypadku nastąpiło krwawienie z języka w 15 dni po koagulacji podczas odpadania strupów. Autor uważa podwiązanie tętnicy szyjnej zewn. za nieracjonalne, gdyż następstwo wytwarzających się anastomoz krwawienie może również wystąpić. W następnych przypadkach autor ma zamiar posiłkować się dodatkowo radjoterapią, by uniknąć recydyw.

E. Weinkiper.

J. Van der HOEVEN LEONHARD. Zespół tarczyczo-głosowy. (*Ann. des mal. de l'oreille etc.* 1928, N. 2).

Zdarza się, iż śpiewak w czasie wydobywania wysokich tonów nagle chrypnie. U niektórych osób głos co pewien czas załamuje się podczas śpiewu. Badanie laryngoskopowe może nie wykazywać u nich żadnych zmian ani w budowie, ani też w ruchomości strun głosowych. Wszystkie te osoby odznaczają się niewielkim przerostem gruczołu tarczowego. Nagle występujące u nich zmniejszone napięcie strun głosowych zależne jest od zaburzeń w układzie współczulnym, który znajduje się w ścisłym związku z gruczołem tarczowym.

J. Tencer.

A. SOULAS. Obecnie ciało w oskrzelach nierozpoznane w ciągu 10 lat i usunięcie go metodą bronchoskopową. (*Annales des maladies de l'oreille* Nr. 7, 1928).

Chory E. R. skarżył się na kaszel, dokuczający mu szczególnie w nocy. Pacjent czuł się ogólnie źle, pocił się nocami, schudł i osłabł. Płwocina cuchnąca. Roentgen wykazał cień okrągły u prawej granicy serca wielkości monety jednofrankowej.

Bliższy wywiad wyjaśnił, że 10 lat temu chory połknął monetę jednofrankową poczem silnie kasłał w ciągu godziny.

Dopiero od 3 lat datują się dolegliwości na które skarży się on obecnie. Stan pogorszył się od 6 mies. Dokonana została bronchoskopia. — Wydobyto z oskrzela prawego monetę jednofrankową; samopoczucie chorego szybko się poprawiło.

E. Weinkiper.

J. BERBERICH. Przemiana cholesterynowa a narząd słuchu. (*D. Med. Woch.*, 1928, Nr. 13).

Dokładne badania ustaliły ścisły związek, zachodzący pomiędzy zawartością cholesteryny we krwi a cierpieniami uszu. Liczne są tego dowody.

We krwi osobników, u których co pewien czas gromadzi się woszczek w zewnętrznym przewodzie słuchowym, stwierdza się zwiększoną zawartość cholesteryny; osobniki te odznaczają się zazwyczaj bogatym uwłosieniem ciała, obfitą tkanką tłuszczową podskórną oraz nadmiernym ciśnieniem krwi.

Błona bębnekowa ludzi w wieku starszym wykazuje czasami obecność obwódki o zabarwieniu szarawym. Jest ona podobna do obwódki starczej, występującej na rogówce oka. *Arcus senilis myringis* (nazwa, wprowadzona przez autora) pow-

staje dzięki nagromadzeniu się cholesteryny w błonie bębnekowej. Taką samą obwódkę stwierdza się niejednokrotnie na błonie bębnekowej kobiet ciężarnych, zwłaszcza w okresie końcowym ciąży, kiedy krew ich wykazuje zwiększoną zawartość cholesteryny. Po porodzie obwódka ta znika.

Badanie krwi w przypadkach otosklerozy stwierdza zmniejszoną ilość cholesteryny. Chorzy, dotknięci otosklerozą, wykazują również skąpe uwłosienie ciała i małą ilość woszczku w uchu zewnętrznym.

W starczym osłabieniu słuchu występuje hipercholesterolemia oraz w połowie przypadków nadmierne ciśnienie krwi. Cholesteryna odkłada się w błonie podstawowej przewodu ślimakowego oraz w zakończeniach nerwowych narządu Cortiego, wskutek czego słuch się pogarsza. Podobne zmiany zachodzą w uchu wewnętrznym w przypadkach osłabienia słuchu na tle cukrzycy oraz przewlekłego zapalenia nerek.

J. Tencer.

K. GRUNBERG. W sprawie gruźliczego zapalenia szpiku kostnego kości skroniowej. (*Z. f. Hals, Nas, u Ohr.* t. 21 1928).

Poglądy badaczy na patogenезę gruźlicy ucha nie są uzgodnione. Przeważa zdanie, że zakażenie gruźlicze dostaje się do ucha środkowego drogą trąbki słuchowej. Na zasadzie przeprowadzonych badań autor przyłącza się do badaczy, którzy uważają, iż gruźlica kości skroniowej powstaje na drodze naczyń krwionośnych.

J. Tencer.

Choroby płuc.

J. P. CROZER GRIFFITH. Zapalenie płuc krupowe a nieżytowe. (*J. of the Am Med. Ass.* Tom 91, № 18 1928 r.)

Autor przeprowadza porównanie między dwiema postaciami zapalenia płuc na zasadzie rozpoznania klinicznego, radjologicznego i wreszcie autopsji.

Część przypadków, klinicznie rozpoznawanych jako nieżytowe, radjologicznie zaś jako krupowe, na sekcji okazały się zapaleniem krupowym. W innych natomiast przypadkach autopsja potwierdziła rozpoznanie kliniczne a nie radjologiczne.

W przypadkach, kiedy zarówno klinicznie, jak i radjologicznie rozpoznanie było jednakowe, prawdopodobieństwo dobrego rozpoznania (wobec autopsji) jest największe.

B. G.

LAUCHE. Zagadnienie płatowego zapalenia płuc z punktu widzenia patologa. (*Klin. Woch.*, z 16/XII, 28 r. № 51).

Autor, wychodząc z założenia, że patologia płatowego zapalenia płuc jest jeszcze słabo opracowana i posiada cały szereg kwestyj niewyjaśnionych, stawia przed nami 2 zagadnienia.

I. W jakich warunkach przebiega infekcja pneumokokowa pod postacią typowego płatowego zapalenia płuc? Od czego zależy ten gwałtowny przebieg całej sprawy chorobowej?

Autor rozwiązuje to zagadnienie, ujmując cały proces, jako zapalenie alergiczne, jako sprawę zapalną w ustroju uczulonym przez poprzednie infekcje tego samego typu.

W II zagadnieniu rozpatruje autor sposób szerzenia się procesu chorobowego w obrębie całego płata.

I tu, po rozpatrzeniu wszystkich możliwych dróg, dochodzi on do wniosku, że sprawa z pierwotnego ogniska z okolicy wnęki szerzy się w obrębie całego płata drogami limfatycznymi. Tylko w ten sposób można wytłumaczyć sobie rozprzestrzenianie się sprawy w obrębie jednego płata, przenoszenie się sprawy zapalnej z płata dolnego na odcinki wyższe, do niego przylegające, oraz stały udział w tym schorzeniu opłucny.

Ambaszówna.

REICHMANN. Leczenie zapalenia płuc płatowego solwochiną. (D. M. W. № 38. 1928.)

Po zachęcających wynikach Bergmana zaczął aut. stosować solwochinę w zapaleniu płuc krupowym.

Solwochina jest to 25% roztw. chininy w płynie, posiadającym $pH=7,2$, a więc odpowiadającym pH tkankowemu, dzięki temu wstrzykiwania są zupełnie niebolesne. Ampułka zawiera 2 cm³ płynu, który w ciągu 1 do 3 dni wstrzykuje się domięśniowo, codziennie po jednej ampułce. Często wystarcza już jedno wstrzyknięcie do osiągnięcia znacznej poprawy. Ciepłota szybko obniża się, stan ogólny ulega znacznej poprawie, poprawia się krążenie, znika duszność. Opinia aut. utrzymana jest w tonie entuzjastycznym; uważa on, iż stosowanie solwochiny powinno być obowiązkiem lekarza.

M Goldman junior.

O. WIESE. O leczeniu rozstrzeni oskrzelowych u dzieci (Ther. d. Gegenwart r. 1928 N. 12.)

Najczęściej rozstrzenie usadawiają się w lewym płacie dolnym (80%).

Należy możliwie wcześniej rozpoznać cierpienie i nie dopuszczać do postępowania sprawy. Postacie rozwinięte są dla leczenia wewnętrznego stracone. Pozatem trzeba się liczyć z możliwością amyloidozą.

Jeśli chodzi o ograniczenie wydzieliny, to stosuje się środki balsamiczne, ewentualnie tak zwaną kurację pragnieniową czyli dietę możliwie bezwodną. Wydalanie wydzieliny ułatwia się zapomocą wieszania pacjenta z obniżoną górną częścią ciała.

W przypadkach zgorzeli lub zmian podobnych stosuje się neosalvarsan i trypaflawinę.

Wobec tego, że w cięższych postaciach leczenie wewnętrzne jest zupełnie bezsilne, powstała myśl leczenia chirurgicznego.

Istnieje szereg metod postępowania chirurgicznego, żadna atoli nie daje szczególnie dobrych wyników. Pewne wyniki otrzymano także za pomocą leczniczych wlewań do oskrzeli jodiny lub podobnych preparatów.

B. G.

M. A. RAMIREZ. O leczeniu dychawicy oskrzelowej zastrzykiwaniem peptonu. (Arch. of. Int. Med. Tom 42. N. 3 1928.)

Autor. przeprowadziwszy badania nad leczeniem dychawicy oskrzelowej zapomocą zastrzyków peptonu, doszedł do wniosku, że pepton w leczeniu dychawicy jest prawie zupełnie bezskuteczny.

B. G.

Choroby serca i naczyń.

FISHER, GUGGENHEIMER i E. A. MULLER. Wpływ preparatów teofilinowych i strofantyny na naczynia wieńcowe i napięcie mięśnia sercowego wedł. badań na preparacie sercowo-płucnym Starlinga. (D. m. W. N. 38 1928.)

Aut. stwierdzili w swych doświadczeniach, że teofilina i eufilina stale rozszerzają naczynia wieńcowe, wzmagając ich ukrwienie; napięcie mięśnia sercowego poprawia się, zmniejsza się objętość serca. Działanie strofantyny przejawiało się jedynie wzmocnieniem napięcia mięśniowego, zaś naczynia wieńcowe ulegały raczej zwężeniu; zwiększenie dawki strofantyny dawało stale zwężenie naczyń wieńcowych.

Wyciągając z tych badań wnioski praktyczne, zalecają aut. stosowanie środków naparstnicowych i purynowych w przypadkach niedomogi serca z uszkodzeniem naczyń wieńcowych, zwł. w miażdżycy, zaczęli wypowiedzieli się ostatnio Morawitz i Hochrein. Dla uniknięcia zaburzeń ze strony przewodu pokarmowego należy eufilinę podawać dożylnie, najlepiej rozcieńczając w 10 cm³ 20% cukru gronowego.

M. Goldman junior,

J. P. ANDERSON. Zamknięcie naczyń wieńcowych a objawy brzuszne. (J. of. the Am. Med. Ass. N. 12, tom 91. r. 1928.)

Typowy napad zamknięcia naczynia wieńcowego nie jest trudny do rozpoznania, o ile umiejscowienie bólów jest charakterystyczne — w dołku sercowym z promieniowaniem do lewego ramienia przyczem, w odróżnieniu od napadów zwykłej dusznicy, bóle nie przechodzą po zastosowaniu środków rozszerzających naczynia i spoczynku. Najwyżej morfina ma jakiś wpływ na bóle tego rodzaju.

O ile nie było żadnych zwiastunów napadu i napad zdarza się po raz pierwszy, lekarz jest skłonny nieraz przypuszczać, że chodzi o jakąś ostrą sprawę brzuszną np. przedziurawienie wrzodu żołądka, ostre zapalenie trzustki, kamicę żółciową i t. p.

To też trzeba pamiętać we wszystkich przypadkach bólów górnej części brzucha o zamknięciu naczyń wieńcowych, szczególnie, jeżeli osobnik ma powyżej 45 lat i jest mężczyzną.

Anamneza sercowa, napady duszniczy, nadmierne ciśnienie, które poprzedzały napad, względnie zdarzały się w rodzinie, przemawiają za rozpoczęciem naczyń wieńcowych, anamneza żołądkowa — przeciwko temu.

Podczas badania należy zwrócić uwagę na ewentualne zmiany w sercu, jak: rozszerzenie, szmery, rzężenia zastoinowe w płucach, powiększona i wrażliwa wątroba, zaburzenia rytmu sercowego, tarcie osierdziowe lub też nagły spadek ciśnienia krwi u hipertonia.

Bardzo pożyteczne jest badanie elektrokardiograficzne o ile jest ono możliwe.

W napadach schorzeń brzusznych bóle nie promieniają ku górze, lecz raczej ku dołowi, z wyjątkiem kolki żółciowej, gdzie bóle są bardziej ograniczone w okolicy pęcherzyka, zaś chorzy się kręcą i kurczą z bólów więcej, aniżeli to ma miejsce w sprawach sercowych.

B. Goldstein.

BRAUN i SAMET. Ucisk na nerw błędny a naczynia wieńcowe. (Dtsch. Arch. f. Klin. Med. Bd. 161. 5—6, 1928.)

U wielu ciężko chorych na serce ucisk n. błędnego nie daje wcale lub daje minimalny tylko efekt, natomiast przy zmianach w zakresie naczyń wieńcowych serca lewego wynik ucisku bywa zwykle wybitnie dodatni, to znaczy występuje wyraźne zahamowanie akcji serca. Rokowanie w tych przypadkach jest złe. Autorzy twierdzą, że pomiędzy stopniem uszkodzenia naczyń wieńcowych i wielkością efektu uciskowego istnieje niewątpliwa równoległość.

W razie bardzo ciężkiego uszkodzenia naczyń wieńcowych i m. sercowego wystarczy lekkie dotknięcie nerwu błędnego, aby wywołać zwolnienie tętna. W ostrych schorzeniach m. sercowego (np. *myocarditis* lub uszkodzenia m. sercowego w przebiegu np. grypy) wynik ucisku bywa wybitnie dodatni, lecz w miarę ustępowania objawów ogólnych efekt ucisku jest coraz mniejszy i stopniowo wraca do normy. Ma to wielkie znaczenie w terapii, gdyż pozwala nam się zorientować co do stanu serca. W *angina pectoris* i *status anginosus* bywają przestraszające wprost wyniki ucisku (zatrzymanie akcji serca na 5—7 sekund). Pozwala nam to posiłkować się uciskiem n. błędnego w celach różniczkowania *ang. pect.*

Również w tych przypadkach, gdy wypada nam opinować co do stanu m. sercowego, i gdy perkusja, auskultacja i Roentgen zawodzą, dodatni wynik ucisku jest jedynym często wskaźnikiem, że stan naczyń wieńcowych i m. sercowego jest niezadawalający.

W cukrzycy, z którą w związku stoi stwardnienie naczyń wieńcowych, znajdowali autorzy b. często dodatni wynik ucisku na nerw błędny.

Autorzy podkreślają, że wynik ujemny ucisku może być tylko wtedy brany w rachubę i odpowiednio komentowany,

o ile jest rytm zatokowy, gdyż, jako to wykazali Rothberger i Winterberg, przy rytmach heterotopicznych ucisk na n. błędny pozostaje zwykle bez efektu.

Uciskać należy prawy n. błędny, a gdy nie daje to efektu, — lewy.

H. Rasolt.

J. H. MUSSER, O stosowaniu teofilino - dwuaminoetyleny w cierpieniach serca połączonych z bólami. (J. of the Am. Med. Ass. Tom 91, N. 17 1928).

Z pośród rozmaitych leków grupy ksantynowej teofilinoetyleno - dwuamina posiada najbardziej wyrażone działanie rozszerzające na naczynia wieńcowe.

Działanie to zbliża się do działania azotynów i nitrogliceryny, jest jednakże bardziej długotrwałe. Może być stosowane wespół z naparstnicą.

Z pośród rozmaitych przyczyn, wywołujących bóle sercowe, najpospolitszą jest zmęczenie, które polega na zmniejszonym dopływie krwi do mięśnia sercowego.

Teofilino - etyleno - dwuamina — zwiększając przepływ krwi przez naczynia wieńcowe, znosi uczucie zmęczenia i bólu sercowego.

Wprawdzie jest rzeczą bardzo trudną należycie ocenić działanie leku, który podajemy jednocześnie z innymi środkami, jak leżenie w łóżku, ograniczona ilość płynów oraz odpowiednia djeta, które także bądź-co-bądź przyczyniają się do poprawy stanu chorego.

Spostrzeżenia wykazują, że leczenie w sprawach zastoinowych naparstnicą oraz teofilino - etyleno - dwuaminą i odpowiednią dietą było skuteczniejsze, aniżeli to samo leczenie bez teofiliny. W sprawach dusznicowych działanie jest znakomite i nie da się z niczym porównać, co potwierdzają obserwacje nad 30 chorymi.

B. G.

Choroby krwi i narządów krwiotwórczych.

R. ISAACS, C. C. STURGIO i M. SMITH. Leczenie niedokrewności złośliwej. (J. A. M. A. Tom 91, N. 22, r. 1928).

Postępy leczenia wątroby mogą być zauważone już w ciągu 2 tygodni, a to dzięki zmianie ilości części morfotycznych krwi, wskaźnika hemoglobiny oraz t. zw. retikulocytów.

Typ młodej komórki krwi zależy od stanu zróżniczkowania się tkanki erytoblastycznej w szpiku kostnym.

Jeżeli większość komórek młodych posiada jądro, to pierwszą oznaką poprawy czyli skuteczności leczenia będzie zwiększenie się liczby komórek następnego typu czyli t. zw. retikulocytów. Jeżeli zaś większość komórek młodych składa się właśnie z tych retikulocytów, to w przypadku poprawy wystąpią już normalne komórki bez jąder.

Należy podkreślić, że zmiany wyraźne w obrazie krwi po leczeniu wątrobowym można stwierdzić przede wszystkim u tych chorych, u których liczba czerwonych ciałek nie przekraczała 3.000.000. O ile była większa, lub też u osobników zdrowych podawanie wątroby względnie jej wyciągów, nie wpływa w znacznym stopniu na zwiększenie się liczby retikulocytów.

B. G.

O. RICHTER i in. O leczeniu ciężkiej niedokrewności na tle robaka. (Journ. Am. Med. Ass. N. 19, 1928 r. Tom. 91).

Autorzy przytaczają przypadek ciężkiej niedokrewności złośliwej na tle *dibothriocephalus latus*. Przypadek poprawił się znakomicie zarówno hematologicznie, jak i klinicznie pod wpływem leczenia djetetycznego wysokokalorcznego, obfitującego w wyciągi wątrobowe i witaminy.

Szczegółem ciekawym jest przeciwwskazanie do wypędzenia robaka, procedura ta jako bardzo męcząca i dość trująca

nie mogła mieć zastosowania u wycieńczonej pacjentki. Natomiast po poprawie, osiągniętej leczeniem djetetycznym, czerwona kuracja była przeprowadzona bez uszczerbku dla zdrowia.

Podobnie postępują autorzy w przypadkach ciężkiej niedokrewności na tle kiłowym. I w tych razach należy przeprowadzić leczenie djetetyczne, dopiero potem swoiste leczenie kiły.

B. G.

Choroby kobiet i położnictwo.

J. T. KING i E. PATTERSON. Uwagi o okresie przekwitania. (J. of the Am. Med. Ass. N. 20 z r. 1928 Tom 91).

Leczenie zaburzeń, powstających w okresie przekwitania, opierało się głównie na t. zw. leczeniu zastępczym preparatami jajnikowymi, czy to wyciągami całkowitymi czy też wyciągami z ciała żółtego.

Jak autorzy mieli możliwość się przekonać w doświadczeniach własnych, zarówno preparaty całkowitego gruczołu, jakoteż wyciągi ciała żółtego żadnego poważniejszego wyniku nie dały, zarówno przy podawaniu doustnym jak również przy zastrzykiwaniu podskórnym. Tak samo mało skuteczne okazały się wyciągi z pęcherzyków Graafa.

Dobre natomiast wyniki stwierdzono w przypadkach podawania bromków oraz pochodnych kwasu barbiturowego.

Działanie tych leków oczywiście nie jest swoiste, lecz ogólne — na układ nerwowy.

Natomiast wyciągi z ciała żółtego mogą podnieść niską przemianę podstawową. Wyniki te nie były jednak zupełnie pewne i stałe, ażeby pozwolić na pewne wnioski.

Wyciągi z pęcherzyków Graafa oraz z całkowitych jajników żadnego wpływu na przemianę podstawową nie miały.

B. G.

J. P. GARDINER. Wymioty ciężarnych. (J. A. M. A. Tom 91, N. 25 r. 1928).

Wymioty ciężarnych są chorobą swoistą o patogenie jeszcze niezupełnie wysвітłonej. Autor uważa wymioty za akt natury pierwotnej, jak, na przykład, ziewanie, oddychanie, oddawanie moczu i kału, wkaczające jednakże już częściowo w dziedzinę patologii.

O ile miesiączkowanie połączone jest niekiedy z wzmożoną czynnością przewodu pokarmowego, o tyle ciąży łączy się z osłabieniem tej czynności. Możliwe, że chodzi tu o działanie pewnych substancji z kosmówki.

Czas największej czynności kosmówki odpowiada czasowi największego natężenia wymiotów.

Badania doświadczalne na psach wykazały, że zmiany chorobowe, spowodowane przez wymioty ciężowe, właściwie są bardzo trudne do odróżnienia od zwykłych stanów wyniszczenia.

Ze względu na swoje wyjątkowe położenie wśród ssaków, człowiek, który jest jedynym stworzeniem, zachowującym pozycję pionową, jeden też tylko miewa wymioty ciężowe. Chodzi bowiem także o czysto mechaniczne oddziaływanie organów rodnych na przewód pokarmowy (jelita leżą na macicy). Toteż pozycja brzuszna odwrócona (pacjentka leży na brzuchu z uniesioną miednicą a obniżoną klatką piersiową), oddzielająca obydwie narządy od siebie, ma wyraźne działanie lecznicze.

O ile nie okaże się chorej pomocy, może nastąpić śmieć z wycieńczenia. Pomoc ta sprowadza się do podawania narkotyków (działanie na ośrodek wymiotny), do wprowadzania płynów do ustroju drogą pozastną, najlepiej przez odbytnicę, wreszcie do przerwania ciąży. Wymieniona wyżej metoda pozycji brzusznej okazała się skuteczna w 3 przypadkach.

B. G.

Choroby dzieci.

B. A. THOMAS i J. C. BIRDSALL. O schorzeniach urologicznych u dzieci. (Journ. of the Am. Med. Ass. Tom 91. N. 19 r. 1928).

Autorzy robią przegląd cierpień urologicznych, spotykanych u dzieci, i stwierdzają, że cierpienia są naogół te same co u dorosłych (z małymi wyjątkami).

Mogą, a nawet powinny one być rozpoznawane za pomocą dokładnego badania urologicznego.

Ropomocz i krwimocz są bezwzględnie wskazaniami do wczesnego i zupełnego badania urologicznego, składającego się z cystoskopji, chromouretroskopji, cewnikowania moczowodów, badania promieniami Roentgena, i ewentualnie uretropyelo — oraz cystografji.

Wczesne rozpoznanie i odpowiednie leczenie chirurgiczne może w większości przypadków zapobiec rozleglejszym i głębszym zmianom w obrębie aparatu moczotwórczego.

Wiek dziecka nie może być uważany za pretekst do niewykonywania zupełnego badania urologicznego, oczywiście, przy obecności odpowiednich przyrządów, specjalnie przystosowanych dla potrzeb dziecka.

B. G.

C. K. SMITH. Kamienie moczowe u dzieci. (Journ. of the Am. Med. Ass. N. 19, Tom 91, r. 1928).

Liczne przypadki autora dowodzą, że w dziedzinie kamicy nerkowej niema zasadniczej różnicy pomiędzy dzieckiem a osobą dorosłą.

Metody badania (cystoskopja) również są te same i winny być częściej stosowane.

Kamienie występują tak często, jak u dorosłych.

Rentgenogramy należy robić we wszystkich przypadkach, w których rozpoznano *pyelitis*, krwimocz lub stały ból.

Nawrotom zapobiegają dobre przepłukiwanie dróg moczowych oraz częste badania kontrolne.

B. G.

M. LEWISON i inni. Lordoza jako przyczyna białkomoczu. (Arch. of Int. Med. Tom 42, N. 3 r. 1928).

Na 25 lordotycznych dzieci, badanych przez autorów, tylko 3 wykazywało stałą skłonność do białkomoczu typu ortotycznego. U 3 innych dzieci skłonność ta była tylko przemijająca.

Zastosowanie aparatów ortopedycznych, względnie ich usunięcie nie wywoływało zmian w wydzielaniu białka.

Autorzy uważają, że lordoza nie odgrywa tej roli w powstawaniu białkomoczu ortotycznego, jaką jej oddawna przypisywano.

B. G.

R. L. J. KENNEDY. O splenektomji w chorobach dziecięcych. (Journ. of the Am. Med. Ass. Tom. 91. N. 12, r. 1928).

U dzieci z żółtaczką hemolityczną splenektomia była wykonana w 17 przypadkach. Wszystkie dzieci poprawiły się. Jedno zmarło w późniejszym czasie z innych przyczyn.

Rozpoznanie w przypadkach tego rodzaju opiera się przede wszystkim na zachowaniu się odporności czerwonych ciałek. Objaw ten występował we wszystkich przypadkach, zaś krwinki nie wracały do zupełnie normalnej odporności nawet po operacji.

W przypadkach skazy krwotocznej wykonano u 10 dzieci zabieg ze skutkiem dobrym. Jedno z tych dzieci zmarło w 6 tygodni po operacji z powodu silnego krwawienia po usunięciu migdałka.

Co do liczby płytek, to w 1 przypadku była ona normalna, jeden przypadek (zmarły po tonsillektomji) wykazał anemię aplastyczną.

Co do znaczenia rozpoznawczego liczby płytek istnieje jeszcze duża rozbieżność.

W 7 przypadkach niedokrewności śledzionowej dokonano zabiegu, wszystkie operacje przeszły dobrze, lecz troje dzieci z pośród operowanych zmarło później.

Pojęcie niedokrewności śledzionowej obejmuje zespół, cechujący się niedokrewnością nieraz dość znacznego stopnia leukopenją oraz powiększeniem śledziony. W jednym przypadku znaleziono przewlekły łącznotkankowy przerost śledziony z wtórną marskością wątroby.

Jest rzeczą prawdopodobną, że w wielu przypadkach początkowej marskości wątroby usunięcie śledziony może zapobiec dalszemu rozwojowi sprawy chorobowej, a nawet niekiedy przywrócić stan mniej więcej normalny.

Zmiany mikroskopowe w budowie śledziony nie są charakterystyczne dla żadnej ze spraw wymienionych.

B. G.

Choroby skóry, weneryczne i płciowe.

ROST G. A. Zawartość cukru we krwi i skóra. (D. m. W. N. 5 1929 r.).

Omawiając sprawę zawartości cukru we krwi i występowanie cukromoczu, podkreśla autor brak wyraźnej zależności między temi objawami, gdyż cukier w moczu zjawia się stosunkowo późno, we wczesnych zaś stanach cukrzyczych brak cukromoczu nie przesądza zmienionej przemiany węglowodanów (próba obciążenia).

Z uznaniem wyraża się autor o najnowszych modyfikacjach metod określania zawartości cukru we krwi, podanych przez B a n g a i H a g e d o r u - J e n s e n a. Największą trudność stanowi ocena różnych prac, gdyż nie znamy dotychczas ścisłych liczb zawartości cukru we krwi, które uważać należy za fizjologiczne.

Na zasadzie swych badań dochodzi autor do wniosku, iż zdolność oddziaływania skóry na zawartość cukru we krwi jest rzeczą indywidualną. Zwiększenie cukru we krwi znaleziono w *dermatitis intertriginosa*, a częściowo w *psoriasis* i *furunculosis*. Hipoglikemię stwierdzono w skazie wysiękowej. Wyraźnych danych na zwiększenie zawartości cukru we krwi niema w *status seborroicus* i *acne*.

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

H. SCHREUS. Istota i leczenie pokrzywki. (Ther. d. Gegenwart. N. 12 z r. 1928).

Pokrzywka należy do grupy t. zw. schorzeń anafilaktycznych, do której zalicza się i chorobę posurowiczą.

Do schorzeń tego rodzaju należą również t. zw. idiosynkrazje, których jedynym tłem patologicznym, narazie znanym jest usposobienie dziedziczne.

Istnieje jednak pozatem cały szereg wyprysków i pokrzywek, w których nie udaje się wykazać tła alergicznego.

Mowa tu o tych pokrzywkach, które powstają na tle urazów mechanicznych lub hormonalnych (menstruacyjne).

W ostatnim czasie próbowano ująć zagadnienia alergji z punktu widzenia równowagi kwasowo-zasadowej. Jak większość autorów utrzymuje, tkanki chorego na pokrzywkę zawierają więcej kwasu (raczej mniej zasad), niż normalnie.

Po zastrzyknięciu dożylnem roztworu dwuwęglanu sodu u normalnego osobnika wzrasta alkaliczność moczu, u chorego natomiast na pokrzywkę zjawisko to nie występuje.

Po zastrzyknięciu doskórnie rozcieńczonego kwasu ($1/300$ N) chory reaguje silniej, aniżeli zdrowy przez wytworzenie pokrzywki.

Wchodzi tu w grę także kwas mrówczany, lub też np. zjawisko występowania pokrzywki po zastrzyknięciu morfiny (działającej zakwaszająco).

Szczegóły te posiadają poniekąd wartość leczniczą.

Jeżeli, bowiem, pokrzywka przebiega z zakwaszeniem, to najprościej będzie podać choremu zasady. Doustnie były one podawane już oddawna. Ostatnio zaś zaproponowano także śródżylnie zastrzykiwania 4 — 6% roztworu NaHCO_3 w ilościach 30 — 50 cm^3 . Podobnie nieco działają podskórne zastrzykiwania lobeliny (wypędzanie CO_2).

W przypadkach (mniej licznych), kiedy przeważa alkalozja pierwotna, stosuje się preparaty zakwaszające, a więc chlorek amonu i t. podobne leki, między innymi także zastrzykiwania adrenaliny.

Także dietetyka została wciągnięta w ten system leczenia. Dieta mięsna działa zakwaszająco, mleczno-roślinna — alkalizująco.

Jeśli chodzi o leczenie odczulające, to dawno już znany jest sposób stopniowego wprowadzania do ustroju bardzo drobnych ilości substancji uczulającej (części miligramy).

Metoda ta ze względu na trudności przy wyszukiwaniu antygeny nie nadaje się do powszechnego użytku, aczkolwiek jest może najpewniejsza ze wszystkich metod.

Bardziej wygodna jest metoda nieswoistego odczulania za pomocą podawania peptonu po 0,5 gr. przed jedzeniem, szczególnie przed spożyciem pokarmów, wywołujących napady.

Dalej wymienić należy jeszcze tak zwaną autohemoterapię, przy dłuższym stosowaniu dającą niezłe wyniki.

Antyalergicznym działają według *Storvan Leeuwen* także zastrzykiwania siarki (1% *sulfur praecipit.* w oliwie) po 1 cm^3 domięśniowo.

Miejscowe leczenie jest objawowe. Pendzlowanie alkoholem mentolowym przynosi pewną ulgę. To samo da się powiedzieć o środkach ogólnie kojących.

B. G.

R. H. DURHAM. Sklerodermja a zwapnienia patologiczne. (*Arch. of Int. Med.* Tom 12, N. 4, 1928).

Autor przytacza 14 przypadków współistnienia sklerodermji ze zwapnieniami. W tem były 3 przypadki z jednoczesną skle-

rodaktylią. Odwrotnie w 3 przyp. sklerodaktylii nie było objawów sklerodermji.

Mimo niezbyt częstego współistnienia chorób powyższych należy przypuszczać, że mają one jakąś wspólną etiologję.

Jest rzeczą niewyjaśnioną, czy zwapnienia oraz sklerodermja są następstwem miejscowych zmian w metabolizmie lub zaburzenia przemiany mineralnej. Białka koloidalne, zdaje się, odgrywają wielką rolę także w tych procesach zwapnienia.

B. G.

W. SCOTT PUGH. O zapaleniu pęcherzyków nasiennych. (*Journ. Am. Med. Ass.* Tom 91, N. 19, r. 1928).

Autor zwraca uwagę na możliwość uniedroźnienia moczowodów na tle zapalnych zmian w pęcherzykach nasiennych.

Przytacza przytem kilka przypadków kazuistycznych bardzo pouczających.

Z wywodów autora wynika, że sprawy zapalne pęcherzyków nasiennych bynajmniej nie są rzadkością. Są one dość często przyczyną objawów, do złudzenia przypominających kamicę nerkową lub moczowodową, w których napróżno doszukiwanoby się obecności kamienia.

Zwraca także uwagę na możliwość występowania objawów podobnych do objawów zapalenia wyrostka robaczkowego.

Toteż w każdym przypadku zapalenia wyrostka należy zbadać m. in. prawy pęcherzyk nasienny i skontrolować jego bolesność.

Podobnie we wszystkich przypadkach kamicy nerkowej i moczowodowej badanie pęcherzyków nasiennych nie powinno być pomijane.

Zmiany zapalne pęcherzyków nasiennych mogą spowodować także zupełną niedrożność moczowodu, niezupełne zamknięcie jest nader pospolite.

Lecznictwo autor poleca wazektomję jako najbardziej celowy zabieg. Wazotomia jest niewystarczająca.

B. G.

Wskazówki praktyczne.

— *Beckman* zaleca w astmie: *Rp. Acid. nitro-chlorhydr. (Aq. regia non diluta)* 18,0. *Aq. destill.* 120,0 *Ds.* łyżeczkę od kawy w szklance wody.

(*Amer. Journ. of the med. Science*, T. 174).

— W ostrym goście stawowym przepisuje *Lutier*: *Rp. Natr. salicyl* 12,0, *Natr. bicarb.* 8,0 *Cognac* 40,0, *Syr. cort. aurant. am.* *Aq. dest. aa* 100,0 *Mds.* łyżkę stołową w mleku 3 — 8 razy dziennie (stosownie do ciężkości przypadku)

(*Presse méd.* 1928 N. 27).

— Jako środek poronny w ostrym niezycie nosa poleca *Beyer* przepis następujący: *Rp. Calc. lact* 4,0, *Dionin.* 0,4 *Syr. Rub. Id* 50,0 *Aq. dest. ad* 100 *Mds.* zażyć w ciągu jednego dnia. W razie rozwinętego niezycia nosa: *Rp. Coc. mur. Menthol aa* 0,10 *Sacch. lact.* 10,0 *Mds.* Proszek do nosa. Można też stosować masę z *lenireny*.

(*D. med. Woch.* 1928 N. 13).

— Przeciwno strachowi nocnemu (*pavor nocturnus*) dzieci daje *Comby*: *Rp. Calc. Brom.* 2,0; *Syrup Bellad.*, *Syrup Diacodii*; *Aq. de-coct. aa* 100,0 *Mds.* Wieczorem łyżeczkę od kawy do łyżeczki od herbaty (stosownie do wieku w filiżance herbaty).

(*Presse med.* 1928 N 31).

— *H. Taterka* i *L. Hirsch* chwają stosowanie *efedryny* wzgl. *efeloniny* w chorobie posurowiczej. Dorosłym i starszym dzieciom daje się 0,05 doustnie lub podskórnie, mniejszym dzieciom połowę tej dawki.

(*Med. Klin.* 1928 N 42).

— *Zimmer* i *Fehlon* stosowali z powodzeniem zastrzykiwania surowicy krwi zwierzęcej w chorobie *Basedowa*. Zwykle wystarczają 2 zastrzyknięcia śródmięśniowe z pauzą 4 tygodniową pomiędzy jednym a drugim. Objawów anafilaktycznych unika się drogą zastrzykiwania krwi różnych zwierząt (baranów, wołów, koni, świń).

(*Münch. med. Woch.* 1929 N 4).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich.

Warszawskie Towarzystwo Neurologiczne.

Posiedzenie z dn. 17.XI. 1928 r.

P. Szpilman-Neudingowa i N. Mesz z oddz. chor. nerw. szp. na Czystem, (ordyn. L. Bregman).

Przypadek rozszczepienia kręgów szyjnych z porażeniem urazowym 4 kończyn.

O., lat 64, w końcu września b. r., wracając z pola na wozie, doznał zawrotu głowy, spadł, nie tracąc przytomności. Bezpośrednio po urazie wystąpiło porażenie kkg. d. i zatrzymanie moczu. W styczniu r. b. częste zawroty głowy. Poza tem zdrow.

Przedmiotowo stwierdzono objaw Hornera, ograniczenie ruchów w lewej stopie i palcach, poza tem — porażenie. Kręgosłup zniekształceń nie przedstawia. Zaburzenia czucia typu syringomielicznego. Obustr. Babiński. Odruch brzuszny górny lewy — słaby, pozostałe — zniesione. Prawy kolanowy — żywszy, z ścięgna Achil. — umiarkowane. Wassermann z płynu m.-rdz. i krwi — ujemny. Płyn cytol. i chemicznie — norm. Rentgenogram wykazuje rozszczepienie VI C.

Co się tyczy rozpoznania to, mając chorego, u którego po urazie rozwinęło się porażenie wszystkich kończyn, można było przypuszczać zwichnięcie lub złamanie kręgów szyjnych. Na chroniczne zaś cierpienie kręgów, jak *lues* lub *tbc.*, brak danych.

R-gram nie wykazał zbroczenia urazowego, natomiast rozszczepienie łuków kr. szyjnych. Wobec takiego wyniku należało rozstrzygnąć, czy zachodzi ściślejszy stosunek między rozszczepieniem a porażeniem.

Można sobie przedstawić, że są to 2 odrębne sprawy i że porażenie nastąpiło skutkiem krwotoku do rdzenia po urazie. *Haematorrhachis* należało wykluczyć, ponieważ płyn m.-rdz. był przezroczysty. Jednakowoż jest prawdopodobne, że pomiędzy temi 2 sprawami zachodzi związek ściślejszy. Wiadomo, że najmniejszy uraz może powodować najcięższe objawy porażne. Związek między rozszczepieniem a urazem może powstać w dwójaki sposób:

- I. przez rozerwanie więzów pasem łącznotkankowych;
- II. „ często towarzyszącą rozszczepieniu gliozę i ewentualny wylew krwi do jamy syringomielicznej.

W końcu nadmienić trzeba, że rozszczepienie kr. szyj. wyrazić się może w 2 typach:

- I. w postaciach z obj. rdzeniowemi, jak u naszego chorego;
- II. w typie, opisanym przez Klippel-Ferla t. zw. ludzi bezszyjnych, t. j. u których głowa bezpośrednio styka się z tułowiem.

B. Stępień. *Meningitis chronica niewiadomego pochodzenia u chorej z ciężką anemią.*

Przypadek dotyczy 54 letniej panny, przyjętej do kliniki z powodu trudności w chodzeniu, bólów w kończynach, w krzyżu i pod lewą łopatką. Chora przez całe życie była anemiczna. Obecna choroba zaczęła się pół roku przed przybyciem do kliniki osłabieniem ogólnym, niechęcią do pracy, brakiem apetytu, bezsennością i bólami w całym ciele. Na 3 miesiące przed przybyciem do kliniki zjawiał się ból w krzyżu i podwyższona temperatura, dochodząca do 38°. Do tych objawów z czasem dołączyły się bóle korzonkowe w dolnej części klatki piersiowej, a na początku pobytu na klinice pewien stan odręzenia, podwójne widzenie, złudzenia słuchowe, niedowład k. g. l.

Stan obecny: odżywienie upośledzone, wybitna niedokrwoność wtórna (ciałek czerwonych $2\frac{1}{2}$ miliona, hemoglobiny 28%), powiększenie wątroby, brak kwasu solnego w soku żołądkowym po próbnym śniadaniu, zanik starczy narządu rodowego oraz polip słuzowy pochwy. Danych, pozwalających przypuścić nowotwór narządów wewnętrznych, niema. Temp. stale utrzymuje się powyżej 37°, często przekracza 38°.

Stan neurologiczny: ślad Kerniga, źrenice nierówne, oddziaływanie na światło i przystosowanie sprawne, dno oczu bez zmian, wybitna hipotonja kkg. słabe odruchy okostnowe na kkg., odr. k. pr. > l., brak odruchów ze ścięgna Achillesa, brak porażen, brak zaburzeń przedmiotowych czucia, brak objawów neurotycznych. Nakłucie lędźwiowe wykazało ciśnienie płynu mózgoworodzeniowego normalne, odczyn NA ++, ilość białka $1,20/_{00}$, liczba komórek w mm^3 $\frac{2}{3}$. Odczyn Wassermann a we krwi i w płynie ujemny. Po 3 tygodniach pobytu w klinice chora straciła prawie zupełnie władzę w kończynie dolnej lewej i zauważyła osłabienie k. g. pr. Odruchy kolanowe znikły zupełnie. Z czasem jednak na dęcie Whippla i po naświetleniach rentgenowskich głowy i rdzenia kręgowego stan ogólny

chorej uległ poprawie. Samopoczucie jest lepsze, zaburzenia świadomości niepowtarzają się, sen jest lepszy, może siaład, niedowład kgr. ustąpił zupełnie, a kdl. uległ znacznej poprawie, odr. k. pr. powrócił, l. brak. Obraz krwi jednak nie zmienił się na lepsze. Czasem miewa bóle w nogach i między łopatkami. Podczas drugiego nakłucia lędźwiowego wprowadzono około 10 cm^3 powietrza do przestrzeni podpajęczynkowej i upuszczono około 10 cm^3 płynu żółtawego, który po kilku minutach skrzepł, zawierał białka $3,20/_{00}$, globuliny w dużej ilości i ciałek w mm^3 $120/_{3}$. W preparatach barwionych z płynu stwierdza się dość dużo komórek z różową plazmą i czasem zwyrodniałych tłuszczowców, któreby mogły odpowiadać zwyrodniałym eozynofilom. Ślad Kerniga, zmiany w płynie, brak odruchu kolanowego lewego i ze ścięgna Achillesa, osłabienie odruchów okostnowych na kkg., bóle korzonkowe w kkd. i opasujące w dolnej części klatki piersiowej, przemijające niedowłady kkg. składają się na obraz kliniczny chronicznej *meningoradiculitis*. Tło kiłowe należy wykluczyć z powodu ujemnego odczynu W. we krwi i w płynie. Z powodu braku danych, potwierdzających przypuszczenie nowotworu złośliwego narządów wewnętrznych, należy również wykluczyć rozlaną sprawę nowotworową przerzutową opon mózgoworodzeniowych. Pierwotnej rozlanej mięsakowości opon nie można w tym przypadku rozpoznać, ponieważ w płynie m.-rdz. nie znaleziono ani komórek nowotworowych, ani kariokinez, nie można jej jednak mimo to wykluczyć. Brak ciężkich objawów ogólnych, bólów głowy, wymiotów, drgawek, apatii pozwala wykluczyć *meningitidem chron. tuberc.* Wchodzi w grę jeszcze inna rozsiana sprawa opon m.-rdz., mianowicie, węgrowatość i to postać oponowokorzonkowa. — Za tem rozpoznaniem przemawiają komórki w płynie, któreby mogły odpowiadać eozynofilom. Ostatnio obserwowana poprawa stanu ogólnego i dość dobre samopoczucie chorej oraz okoliczność, że mimo półrocznego trwania niema narastających porażen i zmian czuciowych, przechylają w pewnym stopniu rozpoznanie ku węgrowatości opon.

Krakovski. (Z oddz. Chor. nerw. Dra. Bregmana)

Rzekomo-więdowa postać stwardnienia wieloogniskowego.

Chora l. 20, dawniej zawsze zdrowa. Obecne cierpienie, które rozpoczęło się od bólów, palenia i kłucia w kkd. datuje się od roku. Jednocześnie wystąpiło osłabienie kkd., stopniowo narastające. W tym też czasie przejściowe zaburzenia w urynowaniu. Wkrótce po tem zmieniła się mowa i wystąpiły zaburzenia w połykaniu. Następnym etapem w rozwoju choroby było osłabienie i drżenie kkg. Na początku cierpienia podwójne widzenie. St. obecny: Drżenie głowy, które nasila się przy każdej próbie mówienia, przyjmując charakter rytmicznych ruchów, wykonywanych w takt sylab wyraźnie zaakcentowanej mowy, skandowanej. Chód ataktyczny, na szerokiej podstawie. Przy ruchach zamiarowych silne drżenie kkg. Rombert +. Nierówność źrenic — prawa szersza, źle oddziaływająca na światło. Oczopląs, który wystąpił dopiero w 2-im miesiącu pobytu na oddziale. Dno oczu bez zmian. Kkg.: odruchy ścięgnowe i okostnowe osłabione. Przy próbie palec — nos bezład kkd. Odruchy ścięgnowe zniesione. Obustronna dysmetria. Obustronny Babiński. Rossolimo —. Odruchy brzuszne zachowane, jednak słabsze po stronie lewej. Dyskretnie zaburzenia czucia dotykowego i cieplnego na kkd. i powłokach brzusznych. Odczyn Wassermann a we krwi i płynie m.-rdz. ujemny. Płyn m.-rdz. bez pleocytozy. Nonne-Apelt — białka $0,16/_{00}$. Po nakłuciu lędźwiowym bóle głowy. Rozpoznanie waha się pomiędzy wiadom rdzenia i stwardnieniem rozsianem. Za wiadom rdzenia przemawia obustronny brak odruchu kolanowego, ze ścięgna Achillesa i anizokorja z gorszym oddziaływaniem źrenic na światło, przy zachowanej reakcji na zbieżność. Ze względu jednak na ujemny odczyn Wassermann a w surowicy krwi i płynie m.-rdz., oraz brak danych anamnestycznych rozpoznanie to odrzuciliśmy i zatrzymaliśmy się na rozpoznaniu *stwardnienia wieloogniskowego*, ze względu na wyraźną mowę skandowaną, oczopląs, patognomiczne drżenie zamiarowe, różnicę w odruchach brzusznych z ich osłabieniem na stronie lewej, obustronny objaw Babińskiego, nietolerancję chorej względem nakłucia lędźwiowego oraz wieloogniskowy charakter tego cierpienia. Jest to rzekomo-więdowa postać stwardnienia wieloogniskowego — *pseudotabes polysclerotica*. Pomimo wielobarwności stwardnienia rozsianego byłoby to przypadek wyjątkowy, gdyż obok braku odruchów ścięgnowych na kkd. stwierdzamy tutaj zachowanie się źrenic zbliżone do objawu Argyll-Robertsona.

J. Choroński (kl. neurol. prof. Orzechowskiego)
Zespół pozapiramidowy u tabetyka pochodzenia odruchowego.

Chory lat 60, cierpi od 1913 r. na uporczywe bóle kaulgiczne i strzelające, najsilniejsze w kończynach górnych, zwłaszcza prawej, oraz na utrudnienie ruchów obu kończyn górnych. Przedmiotowo stwierdzamy dwa obok siebie występujące zespoły objawowe: z jednej strony zupełną sztywność żreń i ich nierówność, osłabienie, względnie zniesienie odruchów ścięgowo-okostnowych na wszystkich kończynach, hiperestezję na zimno na kończynach górnych i tułowiu i słabo dodatni (+) odczyn B.-W. we krwi i płynie mózgo-rdzeń, a zatem obraz *tabes dorsalis* — z drugiej strony zaś przykurcz i uniesienie barku prawego, odwiedzenia w stawie barkowym, zgięcie w łokciu, ekstensja nadgarstka i daszkowate ułożenie palców ręki prawej, brak balansowania prawej kończyny górnej przy chodzeniu, wzmożone odruchy antagonistów, objaw koła zębatego ze strony wszystkich kończyn, wreszcie objaw Schrijver-Burchardta na kończynie dolnej prawej, t. zw. objawy pozapiramidowe. Ponadto trzeba zanotować ogólnie wzmożoną pobudliwość mechaniczną mięśni i nerwów obwodowych. Brak najcharakterystyczniejszych objawów parkinsonowskich, jak: zwolnienie ruchów, maskowość, typowej postawy tułowia, chodu małymi krokami i wreszcie charakterystycznego drżenia pozwala wyłączyć u naszego chorego obecność parkinsonoidu starczego, miażdżycowego czy luetycznego. Obecność ich najwybitniejszą na kończynie górnej prawej, dotkniętej równocześnie bólami o charakterze kaulgicznych i znacznymi zaburzeniami naczynio-ruchowymi i odżywczymi skłania nas do pojęcia mechanizmu odruchowego, jako czynnika, wywołującego powstanie tych objawów.

Nieustannie i uporczywe bóle powodowałyby drogą odruchową wzmożenie pobudliwości ośrodków tonogennych pnia mózgowego i rdzeniowych, wywołując obok wzmożenia pobudliwości mechanicznej mięśni wybitne objawy antagonistów, koła zębatego, objaw Schrijvera i ustawienie przykurczone o charakterze pozapiramidowym na kończynie górnej prawej. Przypadek obecny zbliża się do obserwowanego u nas przed kilkoma miesiącami chorego, u którego również na tle bólów kaulgicznych prawej kończyny górnej wystąpiło podobne ułożenie jej o charakterze pozapiramidowym, jak również wzmożenie odruchów antagonistów i obecność koła zębatego.

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

— *Nowe spostrzeżenia, dotyczące seroterapii przeciwokrężnicowej,* zostały zreferowane przez Vincenta na posiedz. marcowym akademii lekarskiej w Paryżu. Jest to uzupełnienie dawniejszych komunikatów autora o skuteczności surowicy przeciwko pałeczce

okrężnicy w przypadkach bardzo ciężkich. Szczególnie dobre wyniki ma dawać surowica ta wraz z surowicą przeciwzgorzelinową w zapaleniu zgorzelinowym wyrostka robaczkowego po zabiegu. W przypadku posocznicy, wywołanej przez pałeczkę okrężnicy, i dającej objawy b. ciężkie ogólne z zajęciem nerek, obrzękami, zapaleniem dróg żółciowych, żółtaczką, podrażnieniem opon, drganiem gałek ocznych, skurczami mięśni twarzy etc. surowica miała rychło usunąć grożące śmiercią zachorzenie.

(Pr. méd. Nr. 24)

— Labbé, Nepveux i Justia — Besancon zdawali sprawę na posiedz. marcowym tow. biologicznego w Paryżu ze swych doświadczeń z *acetylcholiną*. Po wstrzyknięciu domięśniowym 20 centygr. acetylcholino stwierdzili spadek glicemii, który może być znaczny i dość długotrwały u osobników normalnych i który jest mniej wydatny o diabetyków i otyłych.

(Pr. méd. Nr. 24)

— Roch i Du Bois uzyskali poprawę w przypadku ciężkiej moczołki cukrowej po zastosowaniu soli niklu i kobaltu wraz z *insuliną*. Wprowadzono drobne ilości chlorku niklu i kobaltu (3 miligr. każdego dziennie). Wynik jest widoczny po kilku dniach i trwa około 5 — 6 dni. W ten sposób można zmniejszyć nieco ilości stosowanej insuliny.

(Pr. méd. Nr. 24)

— Planson, operując pacjenta z powodu rozpoznania przewlekłego zapalenia wyrostka, znalazł koło kreski w kącie u początku okrężnicy *pakiet z 3 zserowaciątych gruczolów gruczolnych*, który usunął. Zaleca, wobec trudności rozpoznawczych, usuwać w ten sposób zmienione gruczoły, o ile je się stwierdza przypadkowo w czasie innego zabiegu w jamie brzusznej.

(Pr. méd. Nr. 24)

— Ze sprawozdania amerykańskiego Public Health Bureau warto przytoczyć nieco danych co do zakażenia ogniskowego. W Ameryce, jak się okazuje, we wszystkich zakażeniach przede wszystkim myśli się o zakażeniu ogniskowym i zaczyna się interwencja od zębów i migdałków, nie oszczędzając następnie wyrostka, pęcherzyka żółciowego, zatok nosowych, a nawet gruczolów krokowego. $\frac{1}{3}$ wszystkich zabiegów operacyjnych w Ameryce — to wyluszczenie migdałków. Według Collina i Sydenstzike'a cierpienia dróg oddechowych mają rzadziej zdarzać się u osobników pozbawionych migdałków, natomiast odra, krztusiec, świnka, a może i płonica mają częściej atakować dzieci bez migdałków. Błonica ma rzadziej się spostrzegać u dzieci, którym wyluszczone migdałki.

(D. m. W. Nr. 13).

Z j a z d y.

Zjazd lekarzy powiatowych Województwa Warszawskiego w Płocku.

Dnia 8 i 9 marca r. b. odbył się w Płocku zjazd lekarzy powiatowych Województwa Warszawskiego, na który przybyło 23 lekarzy.

Pan Wojewoda Twardo otworzył zjazd przemówieniem, w którym rozwinął szczegółowy plan pracy władz administracyjnych na terenie Województwa.

W imieniu Rządu powitał zjazd Dr. Hryszkiewicz, ilustrując cyframi stan sanitarno-porządkowy Woj. Warszawskiego i wzywając lekarzy powiatowych do energicznej akcji w tym kierunku, zwłaszcza wobec licznie zgłaszanych już obecnie zbiorowych wycieczek po kraju osób, które przybędą z zagranicy na Powszechną Wystawę Krajową w Poznaniu.

W imieniu Płockiego T-wa Lekarskiego witał Zjazd prezes tego Towarzystwa Dr. Maciesza, poczem zaznajomił uczestników zjazdu ze szczegółowymi datami historycznymi miasta Płocka.

Przystępując do porządku dziennego, lekarze powiatowi odczytali kolejno sprawozdania ze swej działalności w 1928 r. na terenie powiatu.

Akcja społeczna znajduje się w stanie stałego rozwoju. Stacje opieki nad matką i dzieckiem są w pow. warszawskim, Kutnie, Lipnie, Łowiczu, Mińsku Mazowieckim, Płocku, Pułtusk, Skierniewicach i Żyrardowie.

Ośrodki zdrowia zorganizowane są w pow. warszawskim, mławskim, rkierniewickim, Pułtusk i Rypinie.

Walka z alkoholizmem prowadzona jest w Płocku, gdzie jest poradnia pod kierunkiem lekarza i specjalnie wyszkolonej higienistki, oraz w Łowiczu przez T-wo Abstynentów. Miasto Pruszków uchwaliło na swym terenie prohibicję.

Walka z jaglicą prowadzona jest zapomocą przychodni szczególnie w powiatach, w których niektóre gminy stanowią ogniska jaglicy, mianowicie w pow. włocławskim, w którym na poborze ujawniono 7,6% poborowych, chorych na jaglicę, i w pow. sierpeckim z 5,3% poborowych jagliczych, a także w Skierniewicach, gdzie w Sierocińcu było 22% dzieci z jaglicą.

Walka z gruźlicą i chorobami wenerycznymi prowadzona jest tam, gdzie niema ośrodków zdrowia, w przychodniach ogólnych.

Powiat warszawski ma w Otwocku własne sanatorium dla gruźlików na 75 łózek.

Akcja sanitarno-porządkowa stale się rozwija, co widać z liczby odnowionych domów (przeszło 40%), śmietników (65%), ustępów w miastach i miasteczkach (75%) i ustępów we wsiach (77%).

W dalszym przebiegu zjazdu Dr. Kacprzak wygłosił referat o statystyce lekarskiej, jej znaczeniu i metodach, a Dr. Adamowicz owa przedstawiła stan statystyki lekarskiej w Woj. Warszawskim, podkreślając najczęściej spotykane błędy w rejestracji chorób.

Inż. Kirkor omówił sprawę pobierania prób i oceny

wody do picia, poczem dawał wyjaśnienia na szereg wątpliwości, które się wyłoniły w dyskusji.

Dr. Mitkiewicz zobrazował stan sanitarny szkół powszechnych i opiekę higieniczno-lekarską nad działalnością szkolną na terenie kuratorium Warszawskiego, omawiając braki higieniczne w szkołach i stwierdzając ogólną poprawę warunków sanitarnych w szkolnictwie.

Dr. Dietrich następnie referował o podniesieniu zdrowotności i wyglądu kraju, Dr. Rozen o walce z nierządem, Dr. Drzewiecki o naturalnym i napływowym ruchu ludności w pow. warszawskim w świetle cyfr statystycznych, wreszcie Dr. Łazarowicz o podniesieniu stanu sanitarnego miast i wsi.

Po każdym referacie wywiązywała się ożywiona dyskusja, w której brali udział wszyscy uczestnicy zjazdu.

Drugi dzień zjazdu poświęcony był zwiedzaniu szpitala św. Trójcy, stacji opieki nad matką i dzieckiem, kąpieliska dla uczniów szkół średnich, które powstało ze składek i jest chętnie przez uczniów uczęszczane, kąpieliska dla uczniów szkół powszechnych, gdzie dawał wyjaśnienia Dr. Przyłuski, przytaczając cyfrowo dodatnie wyniki opieki społecznej na terenie szkół powszechnych i schroniska dla sierot z Kresów. Wszystkie te instytucje zrobiły dodatnie wrażenie zarówno pod względem rezultatów lekarsko-higienicznych, jak i pod względem porządku i czystości.

Na zakończenie uczestnicy zjazdu zwiedzili muzeum płockie, gdzie objaśnień udzielała organizatorka muzeum p. Rudzka, i skarbiec w Katedrze płockiej, przechowujący wiele cennych pamiątek.

Zjazd lekarzy powiatowych Województwa Krakowskiego w Krakowie.

W dn. 2 i 3 marca r. b. odbył się w Krakowie zjazd lekarzy powiatowych Woj. Krakowskiego, na który przybyło 22 lekarzy.

Otwierając Zjazd, p. Wojewoda Dr. Kwaśniewski podkreślił, że Woj. Krakowskie, posiadające na swym obszarze uzdrowiska i tereny górskie o doniosłym znaczeniu leczniczym i sportowym, winno być przez lekarzy powiatowych otoczone szczególną uwagą i pieczą zarówno pod względem podniesienia warunków higienicznych, jak i sanitarno-porządkowych.

W imieniu Władz Centralnych Państwowej Służby Zdrowia powitał zjazd Dr. Hryszkiewicz, poczem omówił szczegółowo zestawienie rezultatów dotychczasowych prac w dzie-

zinie sanitarno-porządkowej na terenie Woj. Krakowskiego. Z tego zestawienia wynika, że aczkolwiek sprawy odnowienia domów mieszkalnych, urządzenia śmietników i ustępów w miastach i miasteczkach posunęły się znacznie naprzód, to należy jednak przyspieszyć tempo prac w tym kierunku, a to wskutek oczekiwanych wycieczek po kraju przez odwiedzających Pow. szędną Wystawę Krajową w Poznaniu.

Walka z chorobami społecznymi czyni postępy. Nowe ośrodki zdrowia powstały w Gorlicach i Białej, w Chrzanowie wykańczany jest obecnie *ad hoc* wybudowany obszerny budynek, w którym będą umieszczone poradnie przeciwgruźlicza i przeciwjaglicza, stacja opieki nad matką i dzieckiem z kuchnią mleczną, poradnia higieniczna dla młodzieży szkolnej, gabinet dentystyczny, lampa kwarцова, natryski i wanny.

W akcji sanitarno-porządkowej daje się zauważyć postęp. W miastach i miasteczkach odnowiono około 40% domów, urządzono 75% ustępów i 70% śmietników. Wiele dróg naprawiono i obsadzono drzewkami. W powiatach, w których daje się odczuwać brak wody, mianowicie w powiatach chrzanowskim, dąbrowskim, mieleckim, wadowickim i żywieckim, wykopano szereg nowych studzien i dokonano badań wody pod względem fizycznym, chemicznym i bakteriologicznym.

Po zakończeniu dyskusji, która się wyłoniła w związku ze sprawozdaniami lekarzy powiatowych, Naczelnik Wojewódzkiego Wydziału Zdrowia Dr. Wróblewski zabrał głos w sprawie zwalczania chorób społecznych i zawodowych, zwracając między innymi uwagę na konieczność szerszego stosowania praw i obowiązków lekarzy powiatowych, określonych w art. 7 i 8 rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22. VIII. 1927 r. o zapobieganiu chorobom zawodowym i ich zwalczaniu.

Inspektor lekarski Województwa Dr. Janikiewicz wygłosił referat o działalności sanitarnej samorządów. Z referatu tego wynika, że z ogólnego opodatkowania przypada przeciętnie po 60 gr. na głowę ludności na sprawy sanitarno-lecznicze. Z pomiędzy 61 okręgów lekarskich obsadzonych jest zaledwie 37; położnych w 479 gminach jest 1081; szpitali 52 z 4750 łózkami; odczuwa się brak oddziałów dla chorych zakaźnych; szpitali i sanatoriów dla chorych na gruźlicę jest 26 z 1429 łózkami. Poza tym na obszarze Województwa jest 11 szpitali Tymczasowego Wydziału Samorządowego w likwidacji, jeden szpital państwowy dla umysłowo chorych w Kobierzynie, 17 poradni przeciwgruźliczych i 16 przeciwjagliczych.

Po skończonych obradach uczestnicy zjazdu zwiedzili wzorowo urządzone i prowadzone dom noclegowy w Krakowie przy ul. Nadwiślańskiej 3 i szpital dla umysłowo chorych w Kobierzynie, gdzie objaśnień udzielał Dr. Stryjeński, naczelnik szpitala.

Medycyna społeczna.

Pod kierunkiem M. KACPRZAKA.

Gruźlica u żydów w Warszawie.

Podał

Dr. L. LEJZEROWICZ (Warszawa).

Gruźlica, nazwana między innymi przez Sokołowskiego chorobą proletariatu, w dużej mierze zawdzięcza potęgę swego rozwoju złym warunkom materialnym oraz zaniedbaniu higieniczno-sanitarnemu osobnika i jego mieszkania. Jest to choroba złego mieszkania (R. Koch), skażonego odżywiania i pracy ponad siły.

Prawdy słów powyższych dowodzą również dane, zebrane w poradniach przeciwgruźliczych w Warszawie (Toz, Brijus) i dotyczące warunków mieszkaniowych i społecznych pacjentów tych przychodni.

Na 5106 pacjentów wyżej wymienionych poradni — jedynie w 72% (3660) stwierdzono gruźlicę, reszta zaś chorych — 28% — cierpiała na schorzenia niegruźlicze.

Szczegółowo — dane te przedstawiają się następująco:

TABLICA I.

	dotkn. gruźlicą	niegruźl.	ogółem	% niegruźl.
Mężczyzn	1258	329	1587	20.6%
Kobiet	1426	588	2014	29.3%
Chłopców do 15 l.	473	243	716	34%
Dziewcząt do 15 l.	503	286	789	36.2%
	3660	1446	5106	

Odwiedzenie przychodni przez te 1446 osób, u których gruźlicy nie rozpoznano — zostało spowodowane obecnością objawów, występujących w gruźliczym schorzeniu płuc: kaszlem, spluwaniem plwociny, ciepłotą podgorączkową, krwią w plwocinie lub też obawą przed schorzeniem, z powodu bliskiego sąsiedztwa, wzgl. współżycia

z gruźlikiem, a więc chęcią skontrolowania swego stanu zdrowia.

Krótkie to zestawienie dowodzi, że % pacjentów przychodni płci męskiej, nieobarczonych gruźlicą, jest znacznie mniejszy, niż % kobiet. Wprawdzie liczba kobiet, zamieszkujących Warszawę, jest większa, niż mężczyzn (45% męzc. i 55% kobiet), przyczem — jak wykazują dane Biura Statystycznego m. st. Warszawy — na 100 Żydów przypada 112,8 Żydówek, ale decydującym czynnikiem w odwiedzaniu przychodni przez przedstawicieli poszczególnych płci — jest ich stanowisko społeczne. Stanowisko społeczne mężczyzny zmusza go do cięższej, niż kobietę pracy i do wyżywienia rodziny; ten czynnik, jak również brak czasu oraz mniejsze „usposobienie nerwowe” — przyczyniają się do większego zaniedbywania przezeń swego stanu zdrowia. To powoduje, że liczba kobiet, wzgl. dziewcząt — pacjentek przychodni — znacznie przewyższa liczbę mężczyzn.

Fakt ten możnaby było zaliczyć do dodatnich zjawisk, gdyby kobiety, korzystając z wolniejszego czasu, zwracały się w porę do przychodni, dając możliwość postawienia lekarzowi wczesnego rozpoznania, łatwiejszego wyleczenia pacjentki oraz zachowania wszelkich środków profilaktycznych, niezbędnych dla zwalczania, wzgl. ustrzeżenia otoczenia od zarażenia się gruźlicą.

Niestety, fakty dowodzą, że uświadomienie społeczeństwa nie dosięgło tych rozmiarów, by pacjent przy stwierdzeniu pierwszych objawów schorzenia gruźliczego zwracał się o pomoc do przychodni.

Niżej podana tablica wskazuje, w jakim czasie po stwierdzeniu u siebie pierwszych objawów schorzenia gruźliczego (kaszel, plwocina, krwioplucie, t⁰ i t. d.), pacjent zjawiał się do przychodni. Nie wyłącza to, że pacjent do tego czasu mógł leczyć się u lekarza prywatnego.

TABLICA II.

Czas, który upłynął od pierwszych objawów choroby, do zjawienia się pacjenta w przychodni.

		Liczba chorych							
		Do 3 mies.	Do 6 mies.	Do 12 mies.	Do 3 lat	Do 5 lat	Przeszło 5 lat	Najpóźn.	Przeciętnie
Tbc. pulm.	Turb. I	222	285	237	213	107	50	20 lat	1,8 r.
	„ II	138	175	201	227	143	70	20 „	2,5 r.
	„ III	21	44	95	99	90	30	15 „	3 lata
Gruźlica gruźcoł.		38	50	43	38	17	7	12 „	1,7 r.
Gruźlica kostno-stawowa		4	7	14	25	10	8	20 „	2,6 r.
Zapalen. opłucn.		6	14	7	7	2	3	6 „	1,8 r.
		2.747							

Jak widać z tablicy, chorzy przeciętnie po upływie roku i 10-ciu miesięcy od chwili zaobserwowania u siebie pierwszych oznak choroby przychodzą na poradę do przychodni. Dla chorych z gruźlicą w okresie Turban II — przeciętna ta podnosi się do 2½ roku, ażeby osiągnąć granicę 3 lat dla chorych w okresie Turban III,

Oczywiście, im poziom kulturalny danego kraju jest wyższy, im energiczniej jest prowadzona walka społeczna z gruźlicą, tem wcześniej chory zgłasza się do przychodni. Tak np. Teleky podaje w „Statistik der Tuberculose“ (podr. Löwensteina), iż w Niemczech chory na gruźlicę najwyżej w ½ — 1 roku po stwierdzeniu u siebie pierwszych objawów gruźlicy staje się pacjentem przychodni. Wyżej podane liczby świadczą m. i., że, im wcześniej chory zjawia się do przychodni, tem mniejszy jest obszar zajętego płuca, i tem mniej zaawansowane są jego zmiany gruźlicze.

Rzeczywiście, jeżeli zestawimy dane dotyczące zmian płucnych pacjentów przychodni, zgłaszających się do niej najwyżej w rok od chwili zachorowania, to okaże się, iż chorych w okresie:

TABLICA III.

Turban I było 67%
 „ II „ 54%
 „ III „ 40%

Wiek chorych na gruźlicę ilustruje następująca tablica Nr. III.

Do 15 lat	było — 976 osób.	co stanowi	27,2%	} 70,4%
od 16—20 „	— 666 „	„	18,5%	
od 21—30 „	— 886 „	„	24,7%	
od 31—40 „	— 541 „	„	14,8%	} 29,6%
od 41—50 „	— 361 „	„	10,5%	
powyżej 50 „	— 165 „	„	4,3%	
3.595				

Widzimy, iż olbrzymia większość chorych (70,4%) — to dzieci (27,2%) i dorośli do lat 30.

Że lata 15 — 30 dają największą liczbę ofiar na gruźlicę, dowodzi m. i. statystyka śmiertelności na gruźlicę w Warszawie, podana przez Gantza („Gruźlica w Warszawie“). Należy również podkreślić, że okres czasu, który obejmuje nasza statystyka (1917—1925) przypada na lata wojny.

Jeżeli chodzi specjalnie o gruźlicę płuc, to dane tablicy Nr. 4 wykazują stosunek wieku i płci do okresu gruźlicy płuc.

TABLICA IV.

Stosunek wieku i płci do okresu gruźlicy płuc.

	Turban I		Turban II		Turban III		
Wiek	Męzc.	Kob.	Męzc.	Kob.	Męzc.	Kob.	Razem
16 — 20	152	199	119	101	18	37	626
21 — 30	130	255	180	162	77	65	869
31 — 40	89	136	114	104	50	38	531
41 — 50	53	60	108	76	35	20	352
powyżej 50	27	20	53	30	16	8	154
	451	670	574	473	196	168	2532

Kobiety chore na gruźlicę (1311) licznie przewyższają mężczyzn (1221). Przewaga ta dotyczy jedynie chorych w I okresie Turbana, wówczas gdy liczba chorych mężczyzn w II i III okresach Turbana znacznie przewyższa liczbę kobiet, co jeszcze raz dowodzi, że kobiety, mniej zajęte pracą zarobkową, mogą więcej dbać o swoje zdrowie i w I-ym okresie choroby są częstszymi pacjentkami przychodni.

Wyżej podana tablica pozwala skonstatować, że gruźlica zbiera swe żniwo głównie w mieszkaniach jedno, wzgl. dwuizbowych, które stanowią 76,6% ogólnej liczby zagruźliczonych mieszkań. Wynik tych badań znajduje potwierdzenie w artykule Hleb—Koszańskiej („Przeludnienie mieszkań, a gruźlica”) — Zdrowie 9 (27), która podaje, że najbardziej zadomowiona jest gruźlica w mieszkaniach dwuizbowych (39,1%). To same zdanie wypowiada Beekmann, poruszając sprawę wpływu mieszkania na gruźlicę w artykule „Tuberkulose und Wohnung” (Zeitschr. für Tuberkul. 36 (1). Badania Hleb—Koszańskiej są oparte na szczegółowym przeglądzie 652 mieszkań, liczbie, zbliżonej do naszej, omawiają m. in. kwestję liczby mieszkańców, przypadających przeciętnie na jedną izbę mieszkalną.

TABLICA X.
Ile osób przypada przeciętnie na 1-ę izbę.

	Lokale niegruźlicze	Lokale gruźlicze
W całej Warszawie	2,12	—
W okręgach podmiejskich W-awy .	2,62	—
W dzielnicy Mokotowskiej (XVI, XX, XXI Kom.)	2,87	3,73
W śródmieściu (nasze badania) .	—	3,12

Widzimy, że przeciętna skupienia ludności na 1 izbę znacznie się zwiększa w lokalach, w których przebywa gruźlik, przyczem na 1-ę „zagruźliczoną” izbę, w omawianej przez nas dzielnicy przypada 3,12 osób, wówczas gdy przeciętna ta dla Mokotowa podnosi się do 3,73. W ten sposób przeciętna gęstości zaludnienia, przypadająca na 1-ę izbę gruźliczą, przekracza t. zw. normalną gęstość zaludnienia na jedną izbę Warszawy o 1 — $1\frac{1}{2}$ osób.

Dalsze badania wykazują, że na 1-ę izbę przypada przeciętnie osób:

TABLICA XI.

		L o k a l e		
		1-o izbow.	2-u izbow.	3-ch izbow.
w mieszk. niegruźl.	w całej W-awie ¹⁾	3,7	2,4	1,8
	w Mokotowie ²⁾	5.—	2,5	1,4
w mieszk. gruźlicz.	nasze obliczenia	4,6	2,8	1,9
	w Bonn (Niemcy) ³⁾	2,8	2,1	1,7

(Dok. nast.)

¹⁾ Dane Biura Statystycznego m. W-awy;

²⁾ „Przeludnienie mieszkań a gruźlica” — Dr. Koszańska;

³⁾ „Tuberkulose und Wohnung” — Dr. Beekmann.

Wiadomości bieżące.

— Okólnik Ministerstwa Spraw Wewnętrznych do P. P. Wojewodów (wszystkich oprócz Śląskiego) i P. Komisarza Rządu m. st. Warszawy, w sprawie utworzenia w Urzędach Wojewódzkich Oddziału Apropowizacyjnego.

Biorąc pod uwagę potrzebę sprawnego działania Urzędów Wojewódzkich w zakresie spraw apropowizacyjnych, zarządzam co następuje:

1) W każdym Urzędzie Wojewódzkim (Komisarjacie Rządu m. st. Warszawy) tworzy się w łonie Wydziału Samorządowego osobną jednostkę organizacyjną pod nazwą: Oddział Apropowizacyjny (znak „S. Apr.”).

2) Gdzie tego warunki miejscowe, personalne, oraz konieczność zachowania równomiernego obciążenia wydziałów wymagają — Oddział Apropowizacyjny może być przydzielony do Wydziału Administracyjnego (wówczas znak oddziału będzie „A. Apr.”).

3) W tymczasowych statutach urzędów wojewódzkich należy zamieścić postanowienie następujące: „Oddział Apropowizacyjny obejmuje sprawy pieczy nad stanem zaopatrzenia ludności w przedmioty powszechnego użytku, sprawy tworzenia rezerw środków żywności, zwalczanie lichwy, nadzór nad gospodarką apropowizacyjną związków komunalnych, sprawy mobilizacji gospodarczej dla celów wojskowych.

4) W tymczasowych szczegółowych podziałach czynności Urzędów Wojewódzkich należy wydzielić sprawy apropowizacyjne i ustalić szczegółowy podział czynności Oddziału Apropowizacyjnego na podstawie załączonego zestawienia spraw apropowizacyjnych.

5) P. P. Wojewodowie (P. Komisarz Rządu) wydadzą zarządzenia, aby wszystkie sprawy mające związek z zagadnieniami apropowizacyjnymi były załatwiane przez poszczególne Wydziały (Oddziały) zwłaszcza fachowe w porozumieniu, względnie po zasięgnięciu opinii Oddziału Apropowizacyjnego, jako też ażeby sprawy z tego zakresu przedkładane do aprobaty P. P. Wojewodów (wzgl. Wicewojewodów) były udzielane — o ile to się poprzednio nie stało — do wglądu Oddziałowi Apropowizacyjnemu.

6) P. P. Wojewodowie (P. Komisarz Rządu) ustalą z zakresu spraw apropowizacyjnych te, które zamierzają zastrzec do swojej aprobaty, oraz aprobaty właściwego Naczelnika Wydziału

(Samorządowego, względnie Administracyjnego) lub też te, które zechcą pozostawić do samodzielnej decyzji kierownika Oddziału Apropowizacyjnego.

W każdym razie zasadnicze kwestje polityki apropowizacyjnej powinny podlegać aprobacie P. P. Wojewodów (P. Kom. Rządu).

7) Powyższe zarządzenie należy niezwłocznie wprowadzić w życie — zarazem uchyła się postanowienia okólnika Nr. 183 z dnia 10. X. 1928 r. w sprawie działalności wojewódzkich referentów apropowizacyjnych (Dz. Urz. M. S. Wewn. Nr. 7. 1928, poz. 5) w części dotyczącej utworzenia referatu apropowizacyjnego.

Pozatem oznajmiam co następuje:

a) postanowienia niniejszego okólnika wchodzić również w skład przepisów rozporządzenia „o organizacji Urzędów Wojewódzkich” etc, które już w krótkim czasie zostaną wydane;

b) szczegółowe rozwinięcie zasad współpracy Oddziału Apropowizacyjnego z Wydziałami (Oddziałami) Wojewódzkimi (i odwrotnie) w szczególności w sprawach mob. żywn. będzie przedmiotem dodatkowych zarządzeń, które Min. Spr. Wewn. wkrótce wyda.

Sławoj Składkowski
(Minister).

(Odpis) Sprawy Apropowizacyjne.

1) sprawy z zakresu nadzoru nad działalnością apropowizacyjną związków komunalnych (miejskie przedsiębiorstwa apropowizacyjne);

2) sprawy dotyczące ogólnej pieczy nad apropowizacją ludności, a m. in. wydawanie we właściwym zakresie ogólnych zarządzeń gospodarczych w sprawach apropowizacyjnych i czuwanie nad ich wykonaniem;

3) sprawy pieczy nad zaopatrzeniem ludności w zboże, mąkę i chleb (sprawy obrotu zbożem, rezerw zbożowych, ograniczeń przemiału, mechanizacji piekarni i t. p.);

4) sprawy pieczy nad zaopatrzeniem ludności w mięso i jego przetwory, nabiał, cukier, węgiel i naftę (sprawy chłodni, rzeźni, targowisk, kas targowych, mleczarni, pijalni i t. p.);

5) nadzór i współdziałanie w powyższych sprawach apropowizacyjnych z instytucjami komunalnymi, społecznymi i spółdzielczymi;

6) sprawy walki z lichwą; nadzór nad działalnością w tym zakresie władz administracji ogólnej, oraz władz samorządowych w związku z wyznaczeniem cen i zabezpieczeniem podaży przedmiotów powszechnego użytku;

7) sprawy mieszkaniowe wynikłe z ustawy o ochronie lokatorów;

8) udzielanie wytycznych w zakresie karania adm. w sprawach aprowizacyjnych i walki z lichwą;

9) statystyka w zakresie spraw polityki aprowizacji, a m. in. zbieranie danych o stosunkach aprowizacyjnych na obszarze Województwa.

10) współdziałanie w załatwianiu spraw należących do innych Wydziałów (Oddziałów), a będących w związku z zagadnieniami aprowizacyjnymi;

11) sprawy mobilizacji żywnościowej w porozumieniu z Wydziałem Wojskowym stosownie do specjalnych zarządzeń w tym względzie.

— Okólnik Ministerstwa Spraw Wewnętrznych do Panów Wojewodów i Pana Komisarza Rządu m. st. Warszawy w sprawie uporządkowania hoteli.

Nawiązując do okólnika Nr. 48, rozesłanego za Nr. OJ.86/15 z dnia 25 lutego 1929 r., w sprawie wycieczek po kraju, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych prosi Pana Wojewodę (Pana Komisarza) o zwrócenie specjalnej uwagi na uporządkowanie hoteli w tych miastach, które są wyznaczone dla ruchu wycieczkowego w związku z Powszechną Wystawą Krajową w Poznaniu.

Zechce Pan Wojewoda spowodować, by wykaz hoteli, mających odpowiednie urządzenia sanitarne (w szczególności bieżącą wodę w każdym pokoju i urządzenia kąpielowe) i dających możliwość wygodnego pobytu, był wywieszony na widocznym i dostępnym miejscu na dworcach we wszystkich tych miejscowościach przez które w myśl przytoczonego okólnika mają być skierowane wycieczki.

Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia
Dr. Piestrzyński

— W redakcji kwartalnika „Higjena Pracy” odbyło się dnia 20 marca b. r. pod przewodnictwem Marszałka senatu, prof. dr. Szymańskiego, posiedzenie informacyjne w sprawie zawiązania Polskiego Towarzystwa Higjeny i Bezpieczeństwa Pracy. Po wygłoszeniu referatu programowego przez dr. Raciążkę wywiązała się dłuższa dyskusja, w której zabierali głos imieniem Dep. Zdrowia M. S. W. dyr. dr. Adamski oraz naczel. dr. Sęczyński, jak również z zainteresowanych kół przemysłowych prof. inż. Chorzeński oraz inż. Zamoyński. Tezy poruszone w referacie głównym (dr. Raciążek) zostały przez zebranych jednomyślnie przyjęte, jak również i wniosek końcowy (dr. Kłuszyński oraz inż. Biesiekierski) dotyczący udzielenia szerszego przedstawicielstwa organizacjom robotniczym, poczem zebranie rozwiązano.

— W dniu 19 b. m. odbyła się w Państwowej Szkole Higjeny uroczystość zakończenia trzeciego kursu dokształcenia sanitarnego dla inżynierów z udziałem przedstawicieli Ministerstw, Magistratu m. st. Warszawy i instytucji społecznych, które poparły inicjatywę Departamentu Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w kierunku prowadzenia szkolenia inżynierów w dziedzinie techniczno-sanitarnej.

Zebranie otworzył Inż. A. Szniolis w imieniu Dyrektora Państwowej Szkoły Higjeny, poczem przemawiali kolejno: Inż. Z. Rudolf, jako kierownik kursów oraz w imieniu Departamentu Służby Zdrowia, Radca w imieniu Ministerstwa Reform Rolnych, Ppłk. Dr. Babecki, jako przedstawiciel Departamentu Sanitarnego Ministerstwa Spraw Wojskowych, Dr. Maleciński od Wydziału Zdrowia Magistratu m. st. Warszawy, Dyr. Piekarski imieniem Polskiego Instytutu Wodociągowo-Kanalizacyjnego, Gen. Inż. E. Kątkowski, jako przedstawiciel Stowarzyszenia Techników i Warszawskiego Towarzystwa Higjicznego, Inż. A. Szniolis, imieniem Dyrekcji Państwowej Szkoły Higjeny oraz przedstawiciel słuchaczy, Inż. Czechowski.

Mówcy żywo motywowali potrzebę prowadzenia takich kursów, wykazując ścisłą łączność w pracy pomiędzy lekarzami i inżynierami na polu uzdrowotnienia kraju. Jednocześnie wskazywano, że kursa te nie mogą zastąpić wydziału inżynierii sanitarnej, jaki winien być utworzony w najbliższym czasie na Politechnice w Warszawie.

Przedstawiciel słuchaczy wyraził w imieniu kolegów głęboką wdzięczność na zorganizowanie kursu i za wykłady, które dały słuchaczom wiele nowych myśli i zapału do pracy.

Kurs trwał od 1-go do 18-go b. m. Udział w nim wzięło 22 inżynierów, w tem 15 z instytucji państwowych i 7 z instytucji samorządowych. Podobnie jak w latach poprzednich, instytucje państwowe wykazują większe zainteresowanie kursami dla inżynierów niż samorządy, co uważać należy za objaw niekorzystny. Sprawę tę podkreślił kierownik kursu, Inż. Rudolf, wyrażając nadzieję, że w przyszłości zarządy miast wydelegują większą liczbę swych inżynierów na kursa dokształcenia sanitarnego.

— Wielkanocny (6) numer „Dziecka i Matki” przynosi atykuły: W. Borudzkiej „Wychowanie religijne” — J. Prażmowskiej „Podstawy równouprawnienia”, Dr. J. Śmiarowskiej „Dzieciństwo talentu”, M. Wąsowicz — Sopoćkowej „Wychowanie estetyczne”, Dr. Tad. Welfle „Ciechocinek”, wiersz L. Krzemienieckiej „Wielkanoc” oraz nowelę „Przedwiośnie” Ewy Szemberg-Zarembiny i Aleks. Maliszewskiego.

Trybuna dla czytelniczek, którą Redakcja wprowadziła na łamy tego pisma p. t. „Matki między sobą”, zamieszcza szereg ciekawych listów w sprawach, interesujących matki”. Numer uzupełniają odpowiedzi działu lekarskiego na listy matek, mody dziecięce, zabawki oraz arkusz wzorów i tablicę kroju.

TREŚĆ: WŁ. STERLING. Zespół kurczowo-torsyjny w wieku starczym (Dok.) — A. LANDAU, J. GLASS i St. KAMINER. Badania nad rozmieszczeniem chloru we krwi i nad zależnością tego zjawiska od stanu równowagi kwasowo-zasadowej (Dok.) — B. KARBOWSKI. W sprawie artykułu D-ra Henryka Puszeta: „Przypadek rażenia prądem elektrycznym” — H. PUSZET. Odpowiedź na uwagi D-ra Karbowskiego. — G. GELMAN. Przypadek Taeniae nanae. — N. PRYŁUCKI. Antivirus Besredki, jako nowa metoda zwalczania chorób spowodowanych przez zakażenie gronkowcami i paciorkowcami (Str. zbior. c. d.). — Streszczenia pojedyncze i oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — Zjazdy. — L. LEJZEROWICZ. Gruźlica u żydów w Warszawie. — Wiadomości bieżące.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: L. STERLING. Le syndrome dystonique de la vieillesse (fin.) — A. LANDAU, G. GLASS et St. KAMINER. Recherches sur la distribution du chlore dans le sang (fin.) — B. KARBOWSKI. A propos de l'article du Dr. Puszeta: „Un cas du coup de courant électrique”. — H. PUSZET. Réponse aux remarques du Dr. Karbowski. — G. GELMAN. Un cas de Taenia nana. — N. PRYŁUCKI. L'antivirus de Besredka, comme une nouvelle méthode de la lutte contre les maladies causées par l'infection staphylo-et streptococcique. (Rev. gén. suite). — L. LEJZEROWICZ. La tuberculose chez les juifs à Varsovie.

WARUNKI PRENUMERATY:

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

Uprasza się Szan. Prenumeratorów w Warszawie i na prowincji o wpłacanie prenumeraty na P.K.O. 86-96

Redaktor przyjmuje codziennie od 3-ej do 4-ej pp.

Wydawca przyjmuje codziennie od 8-ej do 11-ej r.

Drukarnia Kooperatywy Pracowników Drukarskich. Warszawa. Zielna 47. Tel. 19-57.