

WARSZAWSKIE CZASOPISMO LEKARSKIE

WYCHODZI 4 RAZY NA MIESIĄC WE CZWARTKI

REDAKTOR ZYGMUNT SREBRNY

WYDAWCA WILHELM KNAPPE

ADRES REDAKCJI: Widok 9, m. 6 tel. 652-51.

ADRES ADMINISTRACJI: Towarowa 2/4, tel. 3.34-87.

Rok XV

WARSZAWA, 3 LUTEGO 1938 R.

Nr. 5

PRACE ORYGINALNE.

Wykłady kliniczne.

O diencefalozach. *)

Podał

Gustaw BYCHOWSKI (Warszawa).

Terminem diencefalozy chciałbym określić zespoły chorobowe, zasadniczo odwracalne, w których symptomatologii objawy diencefaliczne odgrywają znaczną rolę. Chodzi tutaj o sprawy, które czy to pierwotnie, czy wtórnie zaczepione są o diencefalon. Przeważa w nich element czysto dynamiczny, ale nie jest wyłączony współudział czynnika zapalnego.

Muszę tutaj wspomnieć, że już po skryzalizowaniu się mojej koncepcji i planu niniejszej pracy znalazłem przy przeglądaniu piśmiennictwa, że termin diencefalozy został już raz użyty w 1933 r. przez L a m p l a, który nazwą tą obejmuje narko- i pyknolepsję, geloplegię, powołując się przy tym również i na orgasmolepsję R o t f e l d a¹⁾.

Co do mnie, to, jak wynika z podanej przeze mnie definicji, nie chodzi mi tutaj o znane już i ściśle odgraniczone jednostki nozologiczne, tylko o zespoły chorobowe o nie zawsze jasnej strukturze, które genetycznie i patofizjologicznie zdają się mieć wiele wspólnego.

Punkt wyjścia spraw, o które mi tutaj chodzi, może być, jak się przekonamy, zarówno psychiczny, jak i somatyczny, tak, że sformułowana przeze mnie w innym miejscu zasada podwójnej genezy znajduje tutaj swoje pełne zastosowanie. Ważne jest stwierdzenie, że bez względu na punkt wyjścia sprawy chorobowej symptomatologia zawiera zarówno elementy psychiczne, jak i somatyczne.

Podstawę stanowi tutaj wyjątkowe znaczenie międzymózgowia, które możnaby nazwać stacją przełączenia psychofizycznego.

Spośród bogatych danych doświadczalnych i klinicznych, jakimi w tym przedmiocie rozporządzamy, chciałbym zwrócić tutaj uwagę na najważniejsze.

A. Dane doświadczalne.

S a l m o n, drażniąc okolicę lejka, otrzymywał wybitnie zaburzenia psychiczne wraz z podrażnieniami ruchowymi. Stwierdził on, iż jądra międzymózgowia są

bardzo wrażliwe na podniety afektywne, płynące od kory mózgowej i przerywające sen. Podniety te wywołują poliurię i nadmierne pocenie się. Ten sam autor wywoływał u zwierząt odmóżdżonych napady katatoniczne za pomocą zastrzykiwań bulbokapniny do jąder międzymózgowia. Drażnienie okolicy 3-ej komory wywoływało napady padaczki, drażnienie jąder lejka nadmierne wydzielanie adrenaliny. Głęboki sen po napadzie epileptycznym wskazuje, zdaniem S a l m o n a, również na znaczenie czynnika diencefalicznego w genezie napadu padaczki.

Zbyteczne jest przytaczać tutaj szczegółowe dane doświadczalne, dotyczące wpływu międzymózgowia na czynności narządów wewnętrznych za pośrednictwem układu roślinnego. Uwagę zwraca fakt, że wpływy te w wysokim stopniu przypominają zjawiska somatyczne, towarzyszące wzruszeniom i afektom.

Od czasu podstawowych badań K a r p l u s a i K r e i d l a zdobyto cały szereg nowych danych doświadczalnych²⁾.

Przypomnę o doniosłych badaniach B a r d a, który przez usuwanie kory, prądkowia i oralnej części międzymózgowia wywoływał stan podobny do wściekłości t. zw. przez siebie s h a m r a g e. W dalszych doświadczeniach stało się jasnym, że dla wystąpienia tego stanu konieczne jest zachowanie kaudalnego odcinka międzymózgowia, przede wszystkim kaudalnej części podwzgórza.

Zwierzęta B a r d a reagowały na nieznaczne podniety z gwałtowną dzikością, waliły ogonem, jeżyły sierść, wykazywały rozszerzenie źrenic, wciągnięcie *membrana nictitans*, wytrzeszcz, silne poty, maksymalne podniesienie się parcia krwi i tachikardię.

W swych badaniach doświadczalnych stwierdziły J a n k o w s k a i Z a n d o w a wyraźny wpływ uszkodzeń międzymózgowia na nastrój zwierząt.

Przypomnijmy dalej o licznych badaniach doświadczalnych nad regulacją snu i czuwania (M é h e s, S p i e g e l i I n a r a, I t o, M a r i n e s c o, S a g e r i K r e i n d l e r, H e s s), nad regulacją ciepłoty (już w 1887 r. stwierdził O t t o, że najwyższe podniesienie ciepłoty występuje po nakłuciu okolicy lejka. Z dalszymi danymi, dotyczącymi lokalizacji dien-

²⁾ Poniższy przegląd na podstawie monografii G a g e l a w podręczniku B u m k e g o i F o e r s t e r a.

*) Odczyt, wygłoszony na 1-ym Zjeździe Neurologów Polskich we Lwowie w lipcu 1937 r.

¹⁾ Die vegetat. Zwischenhirnzentren und ihre Beziehung zur Sexualpathologie — Psych.-neur. Wochenschr. 1933.

cefalicznej, związane są nazwiska I s e r s c h m i d a i K r e h l a, S c h n i t z l e r a, L e s c h k e g o i autorów amerykańskich). Dalej stwierdzono eksperymentalnie wpływ podwzgórza na gospodarkę wodną (B a i l e y i B r e m e r, C a m u s i R o u s s y, C. R i c h t e r, H e l e n B o u r q u i n).

Znane są zaburzenia w gospodarce tłuszczowej (A s c h n e r, C a m u s i R o u s s y, B a i l e y i B r e m e r, H o u s s a y, G r a f e i G r ü n t h a l, P. E. S m i t h), białkowej (G r a f e) i węglowodanowej (A s c h n e r, C a m u s, G o u r n a y i L e G r a n d, D e c o u l f). Stwierdzono zaburzenia naczyniowo-ruchowe (K a r p l a s i K r e i d l, B e a t t i e, B r o w i L o n g), transpiracyjne (K a r p l a s i K r e i d l) wzmożenie wydzielania łez, śliny i śluzu (K a r p l a s i K r e i d l, C u s h i n g, O. F o e r s t e r), zaburzenia ze strony pęcherza i przewodu pokarmowego (L i c h t e n s t e r n, K a r p l u s i K r e i d l, O t t, E c k a r d t, B e c h t e z e w i M i s l o w s k i, H e s s, A s c h n e r, C u s h i n g, O. F o e r s t e r). Wpływ na oddech i czynność serca stwierdziły badania R a n s o m a i M a g o u n a, B e a t t i e, B r o w n a i L o n g a).

Zaburzenia wzrostu i rozwoju seksualnego, uważane dawniej za wyłączny przywilej spraw przysadkowych, wiążemy dzisiaj, jak wiadomo w niemniejszym stopniu z diencefalonem.

O związkach fizjologicznych i klinicznych pomiędzy międzymózgowiem a układem gruczołów dokrewnych możemy tutaj nie wspominać. Sprawie tej poświęcone są w ramach zjazdowych specjalne prace.

Wobec tego nieprzebranego po prostu zasobu funkcji organizmu, pozostających pod wpływem międzymózgowia, zrozumiałe jest, że klinika dostarcza niewyczerpanego mnóstwa kombinacji objawów, zespołów, obejmujących wybrane elementy z tej olbrzymiej całości. Żaden przypadek nie da zaburzenia nie tylko wszystkich tych funkcji, ale nawet większości spośród nich.

Toteż z ogromnego już dzisiaj materiału spostrzeżeń klinicznych pragnę przytoczyć te tylko, które pozostają w pewnym związku z kazuistyką, omawianą w toku pracy niniejszej, i które rzucają światło na symptomatologię diencefalozy, jako takiej.

Podług G a g l a należą zaburzenia psychiczne do najczęstszych objawów spraw, rozgrywających się w podwzgórzu. Występują obrazy maniakalne i hipomaniakalne, których bezpośredni związek z podwzgórzem uwidacznia się najjaskrawiej w przebiegu spostrzeżeń operacyjnych (O. F o e r s t e r).³⁾

Badacz rosyjski R a t t n e r na podstawie całego szeregu obserwacji broni tezy, że psychoza maniakalno-depresyjna jest diencefaloza.

Przy zabiegach operacyjnych w okolicy wzgórz czworaczych i tylnej części podwzgórza występowały zjawiska odwrotne: senność, bezwład, zaćmienie świadomości i zamroczenie. W nowotworach podwzgórza spostrzegał F o e r s t e r także naprzemiennosc wspomnianych wyżej objawów: w dzień śpiączka, w nocy obraz podniecenia majaczeniowego.

Wszystkie te spostrzeżenia reasumuje G a g e l, jak następuje: odnosi się wrażenie, że kora zostaje włączona i pobudzona przez oralny odcinek podwzgórza, podczas gdy odcinek ógonowy, szare masy wodociągu

i opuszka wywierają wpływ hamujący, względnie całkowicie wyłączający.

Ze spostrzeżeń L h e r m i t t e a, K l e i s t a i O b r e g i a wynika, iż ze strefą diencefaliczną należy wiązać także pewne szczególne zaburzenia psychiczne, w których na czoło wysuwa się depersonalizacja wraz z poczuciem obcości rzeczywistości zewnętrznej (t. zw. derealizacja).

Spostrzeżenia G a m p e r a — ostatnio O. F o e r s t e r a i S t e r t z a wskazują na związek podwzgórza z zespołem K o r s a k o w a.

Spostrzeżenia kliniczne nad zaburzeniami snu — śpiączką, bezsennością i odwróceniem cykliczności snu i czuwania są tak powszechnie znane, że nie ma potrzeby bliżej się nad nimi rozwodzić.

Na szczególną uwagę zasługują natomiast te obserwacje kliniczne, które wskazują na wspólne siedlisko zaburzeń psychicznych o charakterze cyklicznym oraz funkcji cyklicznej kat'exochén, jaką jest sen, tudzież funkcji wegetatywnych. Obserwacje takie podkreślają jak najdobitniej znaczenie psychofizyczne międzymózgowia. Przytaczam w krótkości spostrzeżenia S t e n g l a.

W przypadku melancholii wystąpiły ciężkie objawy parkinsonizmu, między innymi niezmiernie obfite ślinienie, a więc objaw odwrotny do obrazu melancholicznego. Okazało się, że chora przed 12-u laty przechodziła śpiączkowe zapalenie mózgu, po którym pozostała lekka saliwacja i nieznaczne zahamowanie ruchowe. W przebiegu melancholii objawy te uległy ogromnemu nasileniu. Zjawisko to wskazuje — zdaniem S t e n g l a — na związek pomiędzy organicznym podłożem procesu melancholicznego a pewnymi narządami w pniu mózgowym⁴⁾.

Niemniej interesująca jest druga obserwacja tegoż autora⁵⁾. U chorej, która przebyła śpiączkowe zapalenie mózgu, występowały zrazu napady narkolepsji, napady wejrzeniowe wraz z oligurią i wzmożonym poceniem się, poza tym zaburzenie czucia o charakterze talamicznym. Dziesięć lat po upływie ostrego schorzenia począł występować okresowo 2 — 3 razy w roku zespół chorobowy, na który składały się maksymalna oliguria, wybitne ślinienie, parkinsonowska motoryka, śpiączka oraz depresja melancholiczna. Występowanie chorobliwej okresowości właśnie po śpiączce nagminnie wskazuje, zdaniem autora, na centralne znaczenie periodyczności snu dla wszelkiej okresowości w organizmie.

Symptomatologia przypadku mówi sama przez się, jeśli chodzi o patofizjologię zaburzenia psychicznego, opartego o mechanizmy regulacji wegetatywnej.

W tym samym sensie przemawiają spostrzeżenia S t e n g l a nad występowaniem depresji melancholicznych w czasie napadów wejrzeniowych.

W a g n e r - J a u r e g g uważa, że w występowaniu psychozy maniakalno-depresyjnej działają dwa czynniki: jeden to wzmożona chwiejność narządu ośrodkowego, regulującego nastrój, drugi to czynnik wywołujący okresowość⁶⁾. Otóż oba te czynniki wydają się związane z środ — i międzymózgowiem.

Na znaczenie między — i śródmózgowia dla psychiki rzucają dużo światła spostrzeżenia L h e r m i t t e a, których kwintesencję podał on w specjalnej pra-

⁴⁾ Über die Bedeutung einer abgelaufenen Encephalitis letharg. für die Gestaltung von Krankheitsprozessen anderer Genese. Wiener med. Woch. Nr 10, 1937.

⁵⁾ Über ein periodisch auftretendes Syndrom: Steigerung der Speichelsekretion, parkinsonistische Motilität, melancholische Depression. Mtsch. f. Psych. 1937.

⁶⁾ Cyt. podług S t e n g l a.

³⁾ Zjawiska te występują u osobników, którzy nigdy przed tym nie zdradzali najbliższych tego rodzaju objawów.

cy⁷⁾. Zwraca on szczególną uwagę na obrazy oneiroidalne, które występują przy lokalizacji mezo-diencefalicznej (czepiec, III komora). Nazwy „oneiroidalne” używam umyślnie, ażeby zaznaczyć w ten sposób, iż te stany majaczeniowe są — zdaniem L h e r m i t t e a, z którym należy się zgodzić, spowodowane przez „inwazję chorobliwego snu i rozwinięcie się urywków marzenia sennego, uzewnętrznionego przede wszystkim przez omamy wzrokowe, rzadziej słuchowe lub dotykowe”. Inwazja ta wiąże się, oczywiście, z zaburzeniami mechanizmu, regulującego sen i czuwanie (L h e r m i t t e i T o u r n a y). Z punktu widzenia lokalizacyjnego szczególne znaczenie posiadają ściśle ograniczone zaburzenia naczyniowe, które wykazują tę samą symptomatologię.

V a n B o g a e r t, analizując obraz omamicy szypułkowej, przypisuje duże znaczenie osłabieniu zmysłu rzeczywistości i rozluźnieniu „uwagi życiowej” w sensie B e r g s o n a, rozluźnienie to opiera się na uszkodzeniu tych narządów mózgowia, które są jednocześnie ośrodkami wegetatywnymi.

W niektórych przypadkach zaburzenie świadomości o charakterze bardziej dyskretnym prowadzi do osłabienia poczucia własnej aktywności psychicznej i ruchowej, a tym samym do poczucia pewnego automatyzmu myślowego i psychoruchowego.

Jeśli dodamy wspomniane w innym miejscu obserwacje nad depersonalizacją, to będziemy mieli pełny i bogaty obraz znaczenia narządów w międzymózgowiu (i śródmózgowiu) dla życia psychicznego.

Zjawiska naczynio-ruchowe zasługują na naszą szczególną uwagę. Spostrzeżenia kliniczne O. F o e r s t e r a, C u s h i n g a, S o g a e r t a nie pozostawiają żadnej wątpliwości co do wpływu podwzgórza na rozszerzenie i zwężenie naczyń oraz na parcie krwi.

Spośród licznej kazuistyki chciałbym podkreślić dwa interesujące zespoły kliniczne, które wykazują podobieństwo do moich własnych spostrzeżeń.

W 1935 r. opisał P a g e swoje spostrzeżenia nad zespołem, który określa dobitnie jako zespół, imitujący podrażnienie diencefaliczne, występujący u chorych z nadciśnieniem samoistnym⁸⁾. Zespół ten występował przeważnie u młodych kobiet, dotkniętych hipertonią, i przypominał wspomniane powyżej obrazy doświadczalne, otrzymywane jako „sham rage” przez B a r d a. Przy wzruszeniu występowały rumieńce, rozprzestrzeniające się poprzez czoło, policzki i szyję na całe ciało, poza tym silne poty przy silnych rekach, silne bicie serca i podniesienie ciśnienia, wzmożone wydzielanie śliny i łez, pogłębienie oddechu i wzmożone ruchy w zakresie narządów wewnętrznych.

Podobny zespół kliniczny opisał P e n f i e l d jako „diencephalic autonomic epilepsy”. U chorego z nowotworem III-ej komory występowały napady, na które składały się łzawienie, poty, saliwacja, rozszerzenie źrenic, wytrzeszcz, przyspieszenie tętna i zwolnienie oddechu.

Wreszcie na zakończenie należy wspomnieć o tonizującym wpływie ośrodków międzymózgowia na czynności układu nerwowego zwierzęcego.

Poglądy H e s s a oraz ogromny materiał, zebrany przez O r b e l l e g o i jego szkołę, przemawiają wyraź-

nie za bezpośrednim wpływem układu roślinnego na zwierzęcy. Pierwszy przygotowuje i adaptuje drugi, szykując go niejako do jego funkcji. Odruchy, siła mięśniowa i męczliwość, a nawet aktywność pozostają niewątpliwie pod wpływem tonizacji, udzielanej przez układ roślinny. Doświadczenia szkoły O r b e l l e g o wykazały z całą pewnością, że układ talamiczno-hipotalamiczny odgrywa tutaj niemniejszą rolę, aniżeli układ współczulny obwodowy.

Zobaczmy, że klinika diencefalozy dostarcza odpowiednich ilustracji dla zastosowania klinicznego tych znamiennych faktów eksperymentalnych.

Z przypadków własnych pragnę wspomnieć pobieżnie o trzech z praktyki prywatnej, trzy zaś, spostrzegane klinicznie, omówić szczegółowiej.

Przypadki kliniczne. Chora K. Kl. lat 35, w klinice psychiatrycznej U. J. P. od 31.VIII.1932 do 19.XI.1932, wypisana z rozpoznaniem *schizophrenia abiotrophica*, konstytucja cielesna leptosomiczna, psychiczna — hiperestetyczno-depresyjna.

Najważniejsze dane z historii choroby. U chorej w przeciągu długich lat narastały pod maską neurasteniczno-hipochondryczną objawy abiotrofii w sensie nieprzystosowania do życia i otoczenia. Chora — pracownica domowa — zmieniała miejsca coraz częściej, nawet wtedy, kiedy, jak sama przyznaje, nie miała do tego żadnych realnych powodów. Wreszcie przestała zupełnie pracować. Inne objawy psychiczne nie występowały. Do kliniki zaprowadziła chorą próba samobójcza.

Badania nasze na początku pobytu w klinice wykazały jedynie obraz osobowości hiperestetycznej, dla której życie, jako takie, było pasmem urazów.

Nastroj depresyjny, płaczliwa. Badanie somatyczne nie stwierdziło żadnych odchyśleń od normy, poza rzadkimi podniesieniami ciepłoty do 37,2°.

W pewnej chwili chora zaczęła nagle zdradzać objawy astazji-abazji, które z początku imponowały jako hysteryczne.

W szybkim jednak tempie rozwijał się obraz psychotyczny-neurologiczny, którego charakter organiczny nie ulegał żadnej wątpliwości. Na obraz neurologiczny składały się astazja, asynergia, mowa, zrazu tylko zamazana, potem bełkocaco dysartyczna, odruchy ścięgniste wzmożone (przy czym na początku tego epizodu było wyraźne wzmożenie dowolne w sensie K r e t s c h m e r a), odruch Rossolimo czasem jedno — to znów obuustronny, jednostronny klonus rzepki.

Zjawiało się naoliwienie twarzy, senność, zanieczyszczanie się. Obraz psychiczny, na który w okresie wstępnym, składała się duża chwiejność uczuciowa, lekiwość i płaczliwość i sny o charakterze lękowym, przybrał wkrótce charakter halucynowy o typie onirycznym z przeżyciami treści fantastyczno-lekowej. W skład tych przeżyć wchodziły niektóre elementy wyraźnie neurologiczne, tak np. parestezje, a prawdopodobnie i zaburzenia w schemacie ciała, dotyczącym kończyn dolnych, które odczuwała z początku jako nogi szklane, później zaś przeżywała obcinanie nóg, łamanie ich przez pielęgniarki, przemienione w przesładowczyne.

Rysy hysteryczne, zwłaszcza na początku obrazu, były niewatpliwie i to właśnie o charakterze pitiatycznym: wpływ sugestii na nasilenie poszczególnych objawów był wyraźny.

Ciepłota dochodziła wyjątkowo do 38°, przeważnie wahała się pomiędzy 36° a 37,2°. Cały epizod trwał około 5 tygodni i zakończył się drogą stopniowego ustępowania objawów neurologicznych i zamroczeniowych. W okresie końcowym znów zaznaczyły się objawy pitiatyczne.

Z czym mieliśmy tutaj do czynienia? Obraz neurologiczny dałby się wytłumaczyć podrażnieniem śród — i międzymózgowia. wobec czego obraz psychiczny dałby się bez trudu ująć jako o m a m i c a szypułkowa L h e r m i t t e a. Czy mieliśmy tutaj do czynienia ze

⁷⁾ L'influence de l'appareil mésodiencephalique sur la vie psychique. Volume jubilaire en l'honneur du prof. G. Marinesco. Bucarest 1933.

⁸⁾ Amer. J. med. Sc. 190.

sprawą zapalną o charakterze epizodu encefalitycznego? Przemawiałby za tym w samej rzeczy cały szereg objawów klinicznych, ale — zdaniem moim — możliwa byłaby jeszcze koncepcja dynamiczna. U osobnika o szczególnie chwiejnym przystosowaniu do rzeczywistości, o chwiejnej uczuciowości i o nadmiernej wrażliwości na podniecy zewnętrzne wystąpiły objawy podrażnienia pnia mózgowego z wtórnym prawdopodobnie zaburzeniem dyskryminacji korowej.

Gdybyśmy pierwszą część tego stwierdzenia spróbowali ująć w sposób bardziej biologiczno-neurologiczny, wtedy dynamiczna geneza całej sprawy stałaby się jaśniejsza. Można by sobie wyobrazić, że u podstawy tego zestroju psychicznego leży nadmierna urażność układu talamiczno-hipotalamicznego, jako narządu afektyw-

ności protopatycznej, a co za tym idzie, i jego połączeń korowych. Możemy sobie jeszcze wyobrazić, że ten filtr dla podniecy nie tylko zmysłowych, ale i uczuciowych, jakim zapewne jest wzgórek wzrokowy, jest tutaj niedostatecznie sprawny, zbyt przepuszczalny.

Narastanie podniecy, kulminujące wreszcie w urazie internowania, mogło sprawić, że narządy podkorowe, o które tutaj chodzi, okazały się niewystarczające, zawiodły. Nie wydaje mi się zbyt ryzykownym przypuszczenie, że wszystkie objawy, które w obrazie klinicznym imponowały jako encefalityczne — aż do podwyższonej ciepłoty włącznie — mogły być wyrazem podrażnienia dynamicznego pnia mózgowego.

(Dok. nast.).

Z klinik, szpitali i pracowni.

Z Oddziału Dermatologicznego Szpitala na Czystem
(Ordynator: I. J. Merenlender).

Cutis gyrata (sive plicata) imitata.

Zmiany skóry naśladujące t. zw. skórę krętą; rzadsze odmiany skóry krętej.

Podał

I. J. MERENLENDER (Warszawa).

Zagadnienie etiologii t. zw. skóry krętej (t. j. wytwarzania osobliwych brózd i fałd skóry głowy, przeważnie na ciemieniu, w wyjątkowo rzadkich przypadkach również na twarzy, rękach, stopach i pośladkach) — *cutis verticis (capitis) gyrata sive plicata*, pachydermie vorticellée du cuir chevelu — nie przestaje być przedmiotem zainteresowania dermatologów, pomimo, że już przeszło 30 lat minęło od chwili opisanie tej osobliwej postaci chorobowej przez J a d a s s o h n a.

Piśmiennictwo, dotyczące tej jednostki chorobowej, albo raczej osobliwego odczynu skóry (Réaction cutanée), jest niebylewale obfite. Truffi zestawiał do 1932 r. około 200 spostrzeżeń, znanych z piśmiennictwa. Od tego czasu ja naliczyłem w dostępnym mi wszechświatowym piśmiennictwie jeszcze około 50-ciu przypadków.

Dyskusja autorów wciąż toczy się dookoła 2-ch momentów etiologicznych tej anomalii: sprawa wrodzona, stan zapalny. Momenty te, zresztą, już dawniej wyczerpująco omówili w swych klasycznych pracach Sprinz, Fischer i Truffi.

Jak wiadomo, Darier i Krzysztalowiec zaliczają anomalię tę do znamion przerosłych („naevi hypertrophiques“). Adrian¹⁾ jednak przeciwstawia się temu pogładowi: na podstawie swoich 21 spostrzeżeń twierdzi on, że *C. gyr.* nie może być zaliczona do tworów znamionowych; przyczyną tej anomalii ma być raczej dysproporcja we wzroście czaszki (kostnej) i skóry; w 4-ch swoich spostrzeżeniach wykazał autor ten łączność z akromegalią.

Godna uwagi jest bardzo interesująca praca Turaine-Solente-Golé²⁾, którzy opisali osobliwy zespół skórno - kostny (Syndrome ostéo - dermo-pathique; pachydermie plicaturée avec pachypériostose des extrémités); w spostrzeżeniu tym, przedstawiającym się klinicznie jako *Cutis gyrata*, stwierdzili powyżsi autorzy obok zgrubienia skóry twarzy (z wytwa-

rzaniem fałd), dłoni i częściowo stóp wzmocnienie spistości odsiebnych (końcowych) części kończyn, uwarunkowane zgrubieniem części okostnych (Roentgen), podczas gdy budowa kości samej była prawidłowa. Autorzy rozważają możliwość przyczyny ośrodkowej (ośrodk. ukł. nerw.), względnie istnienia zaburzeń wewnątrzwydzielniczych, powodujących omawianą anomalię.

Périn³⁾ dzieli przypadki skóry krętej na rozległe i ograniczone postaci: pierwsze należą do znamion, ostatnie występują skutkiem zmian zapalnych. Według autora tego również należy odróżniać 2 postaci skóry krętej: a) wrodzona — z grupy znamion przerosłych i b) nabyta o charakterze zapalnym.

Reasumując poglądy nowoczesnych dermatologów na stronę etiologiczną „skóry krętej“, należy więc mieć na względzie 3 główne przyczyny tej anomalii: wada wrodzona (znamię), stany zapalne, akromegalia (Sabat).

Jeżeli chodzi o stany zapalne, zwłaszcza pourazowe — to mogą one również wywołać zmiany skóry, zbliżone do stanu, który ja nazwałem (1925 r.) „*Cutis gyrata latens*“⁴⁾. Postać tę niezależnie ode mnie i prawie jednocześnie opisali również Mrongowius i Danilewskaja. Interesując się stale tym zagadnieniem, miałem możność od czasu mojej publikacji przebadania głów kilkunastu tysięcy ludzi; przekonałem się, że *cutis gyr. latens* należy do dość częstych zjawisk, natomiast prawdziwą „skórę krętą“ spotyka się bardzo rzadko.

Niektóre z poczynionych przeze mnie w ostatnich latach spostrzeżeń wyćwalały mi się najbardziej interesującymi ze względu na pewne momenty etiologiczne oraz mechanizm ich powstawania.

Poniżej pozwalam sobie podać krótki opis 5-ciu przypadków, w których zmiany skóry raczej naśladowały (imitowały) skórę krętą.

I. Spostrzeżenie zawdzięczam uprzejmości kol. Szoura. Osobnika tego miałem możność raz jeden, niestety tylko badać, gdyż był on przejazdem (jako emigrant) w Warszawie (1933 r.), mając do dyspozycji zaledwie 2 godziny. Zdążyłem jedynie klinicznie go zbadać oraz dokonać zdjęć fotograficznych.

Sprawa dotyczyła 25-letniego robotnika Sz. S., którego wywiady osobiste i rodzinne były bez znaczenia.

¹⁾ Bulletin Soc. Franç. Derm. 1932. Nr 9.

²⁾ Presse médicale. 1935.

³⁾ Rev. Franç. Derm. 9; Nouvelle Pratique Derm. 1936. VI.

⁴⁾ Archiv. f. Dermatolog., B. 149 (1925).

Według twierdzenia Sz. S., zmiany skóry twarzy i głowy uwłosionej istnieją od wczesnego dzieciństwa.

Osobnik wzrostu średniego, budowy prawidłowej, odżywienia dostatecznego, czyniący niesamowite wrażenie dzięki zmianom skóry twarzy. W jamie ustnej, narządach wewnętrznych, układzie nerwowym — klinicznie odchyłać od normy (zwłaszcza zboczeń rozwojowych) nie stwierdziłem.

Skóra tułowia i kończyn — poza pojedynczymi plamkami barwnikowymi oraz naczynekami zmian patologicznych nie wykazuje.

Skóra twarzy zawdzięcza swój osobliwie uderzający wygląd zmianom o charakterze brodawkowatym ściśle odgraniczonym, zajmującym około $\frac{1}{3}$ części prawej połowy twarzy, ciągnącym się od prawej strony podbródka, względnie górnej wargi, na obwodzie twarzy ku górze, t. j. ku okolicy przedusznej i skroni, przechodzącym na granicy uwłosionej przez okolicę czołową do ciemienia; w okolicy czołowej na granicy ciemienia i okolicy czołowej oraz na samym ciemieniu widoczne są 3 odcinki skóry (wielkości mniej więcej dłoni dorosłego człowieka), która łudząco przypomina mózgowie. [To nie są prawdziwe fałdy (*cutis gyr*), dające się na skutek bocznego ucisku wyraźniej uwidocznić]. Otrzymuje się wrażenie, jakby w okolicach tych były nałożone ściśle odgraniczone płyty skóry wysokości około 0,6 — 1 cm.; płyty te łączą się jak gdyby mostkami.



Ryc. 1.

Osobliwie przedstawiają się zmiany dookoła prawego kąta ust (górna warga i część podbródka), widoczne są tu drzewiaste fałdy i brózdki. Również i tu skóra przypomina zawoje mózgu. (Ryc. 1 i 2).

Na przedniej powierzchni szyjnej widoczne są wyraźne, linijnie ułożone zmiany brodawkowate (znamionowe).

W okolicy przedusznej lewej — ognisko wielkości dłoni dziecka, wykazujące również cechy brodawkowate.

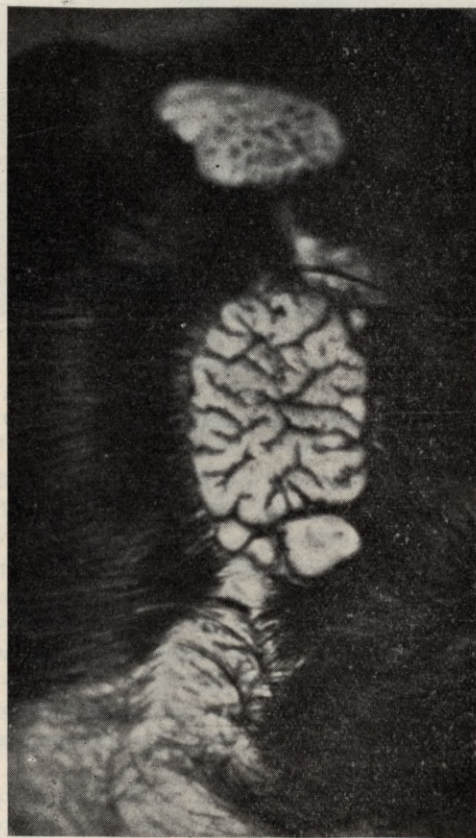
Podczas, gdy na normalnych odcinkach skóry twarzy istnieje prawidłowy (nieco słabszy) porost włosów, to w opisanych odcinkach patologicznych stwierdza się całkowity brak uwłosienia.

W obrębie zmian patologicznych — skóra wykazuje miękkie rozrosty brodawkowate i jest przeważnie — odbarwiona.

Interesująca jest sprawa ubarwienia zmian patologicznych skóry u powyższego osobnika: podczas gdy w tworach głowy uwłosionej i twarzy brak jest barwnika, to w wykwitach brodawkowato — znamionowych na podbródku, szyi i w okolicy przedusznej lewej barwnik brunatny, względnie ciemnobrunatny jest wyraźnie utrzymany. Należy przypuszczać, że wszystkie zmiany były kiedyś mocniej ubarwione, a ostatnio utraciły barwnik (chory w tym kierunku nic nie mógł wyjaśnić).

Zresztą, Meirowski⁵⁾ zwraca uwagę na okoliczność, że znamiona barwnikowe mogą utracić swoje ubarwienie (spostreżał on również całkowite samoistne ustąpienie znamion barwnikowych).

Reasumując: w spostrzeżeniu powyższym stwierdzamy zmiany znamionowe bardzo osobliwe i przypominające *cutis gyr*. w okolicy prawego kąta jamy ustnej, poza tym na głowie uwłosionej zmiany do złudzenia podobne do klasycznego obrazu *cutis gyr*; zmiany te



Ryc. 2.
Okolica ciemieniowa.

nie są jednak uwarunkowane rozrostem i fałdowaniem skóry, lecz budową samoistną wrodzoną: znamię (*Naevus verrucosus capitis*) usystematyzowane (w postaci) naśladujące *cutis gyr*.

II. Spostrzeżenie dotyczyło (skierowanego do oddziału przez kol. I. Milejkowskiego) 22-letniego studenta A. B., który zgłosił się (w październiku 1935 r.) z powodu swędzenia głowy uwłosionej oraz znacznego wypadania włosów.

Wywiady rodzinne bez znaczenia. Chorób poważniejszych nie przechodził. Chory podaje, że przed 2-ma laty ukazał się na

⁵⁾ Jadassohns Hbch. d. Hautkr. B. IV, 2, S. 715.

głowie uwłosionej znaczny łupież, swędzenie, „krosty“ i obfitsze wypadanie włosów; fryzjer zwrócił mu uwagę na obecność 2-ch fałd na tyłogłowie; przed miesiącem chory zauważył, że liczba fałd się zwiększyła; niekiedy jednak (jak twierdzi pacjent w łączności z nasileniem swędzenia i zjawienia się „krost“ na głowie uwłosionej) fałdy jakby ginęły.

Pacjent poza tym podaje, że nie odczuwa pociągu pciowego, miewa rzadko erekcje, względnie polucje, stosunków pciowych nigdy nie miał.

Stan obecny: osobnik wysoki (179 cm), o kończynach górnych i dolnych długich, typu eunuchoidalnego. Uwłosienie ciała obfite; linia uwłosienia na wżórk u łonowym — na miarę kobiecą; tkanka tłuszczowa w okolicy gruczołów piersiowych dość obfita; na brzuchu również dość obfita; na tułowiu pomiędzy łopatkami a linią biodrową — pokłady tłuszczu układające się w 3 głębokie, równoległe, poprzeczne bróždy.

Twarz chłopięca, odpowiada 16-letniemu chłopcu; zarost na twarzy skąpszy, niż normalnie, zwłaszcza na wardze górnej. Prącie, jądra — prawidłowe.

Narządy wewnętrzne — bez zmian [poza przyspieszonym (100) tętnem].

Ośrodkowy układ nerwowy (Dr. E. Herman): nieznaczny oczopląs przy ustawieniach bocznych, osłabienie odruchów kolanowych. Poza tym — norma.

Duża gra naczyniowo-ruchowa, zwłaszcza na twarzy.

Powyższe objawy wskazują na pewne zakłócenie w układzie inkrecyjno-wegetatywnym, prawdopodobnie z największym udziałem przysadki, ew. gruczołów pciowych, a może i pewną nadczynnością tarczycy i układu współczulnego. Wszystkie zaburzenia bardzo dyskretne, stwierdzone klinicznie.

Badania pracowniane: Mocz, krew (morfologia) — norma; WaR — ujemny; cukier we krwi — 71 mgr %; cholesterolina — 140 mgr%; badania farmakodynamiczne wykazały zarówno sympatykotonię, jak i wagotonię. Badanie podstawowej przemiany materii wykazało — 10,2%; badania rentgenologiczne kości długich oraz czaszki (*sella turcica*) zmian patologicznych nie wykryły.

Stan skóry głowy uwłosionej: bardzo obfity łupież oraz liczne ogniska dokołamieszkowe (*folliculitis*) w skórze wybitnie łojotokowej.

Na tyłogłowie widoczne są 3 głębsze i 2 dość powierzchowne bróždy wielkości około 5—8 cm, wytwarzające odnośne fałdy (najlepiej uwidocznione na fotografii).

Przy uciśnięciu z obu boków otrzymuje się osobliwy obraz bardzo przypominający „*cutis plicata*“.

Osobliwość zmian polega na tym, że wytworzone fałdy nie znajdują się na jednym poziomie: 2 z nich umiejscowione są wyżej, 3 — niżej.

Badanie histologiczne wycinka (z granicy fałdy i bróždy) wykazało typowy przewlekły stan zapalny skóry właściwej i zmiany wtórne naskórkowe (*hyperakantosis*).

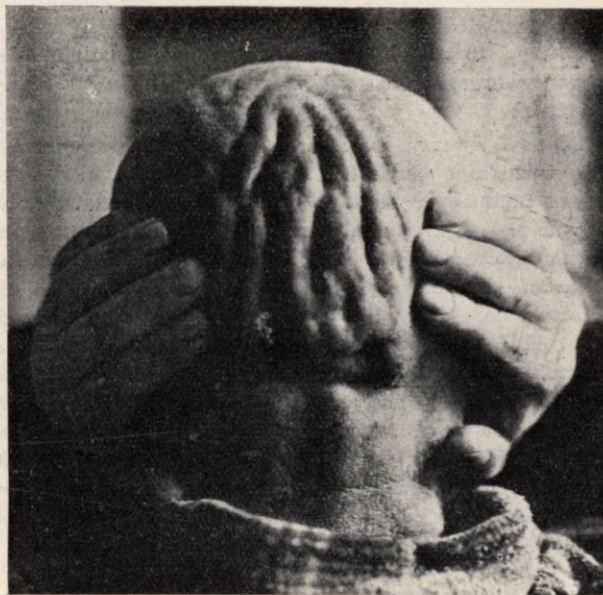
Chorego obserwowałem przeszło rok. Ciekawa była okoliczność, że fałdy i bróždy zwiększały się w miarę nasilenia spraw zapalno-łojotokowych głowy uwłosionej.

Reasumując: mieliśmy tu osobliwie ułożone zmiany na tyłogłowie (u osobnika z zaburzeniami inkrecyjnymi) zupełnie naśladujące *cutis plicata*, zmienność obrazu klinicznego zależna była od okresowego nasilenia sprawy zapalnej skóry (*perifolliculitis*).

III. Spostrzeżenie miało miejsce w 1931 r. i dotyczyło 42-letniego mężczyzny chorego na zapalenie skóry wypryskowo-łojotokowe, umiejscowione na głowie i tułowiu.

Chory skarżył się poza tym na dolegliwości ze strony układu nerwowego, a polegające na atakach zimna na przemian z gorącem i nagłym poceniem się.

Głowa uwłosiona: typowe układanie się skóry w fałdy na powierzchni $\frac{2}{3}$ głowy, wybitnie zaś na ciemieniu i potylicy; kierunek fałd przedniotylny; niektóre są rozgałęzione i komunikują się. Poza tym liczne ogniska o charakterze wypryskowym i *folliculitis*.



Ryc. 3.

Badania pracowniane: krew (W a R i morfologia), mocz — norma.

Ośrodkowy układ nerwowy (Dr. Orliński): lekkie wodogłowie oraz wzmoczenie ciśnienia wewnątrzczaszkowego; wobec zaznaczonego zgrubienia kształtów, które wystąpiło ostatnio (nos, wargi, rozstępy zębowe) — możliwość akromegalii.

Badanie histologiczne skrawka z pogranicza fałdy: zmiany banalne, odpowiadające przewlekłemu stanowi zapalnemu.

Rentgenogram czaszki (Dr. Mesz): czaszka spłaszczona, niekształtna, kości sklepienia zgrubiałe, mają ograniczone miejsca przewapnione; w części ciemieniowej — *hyperostosis partialis*; siódło tureckie rozszerzone w kierunku przednio-tylnym, z szerokim wejściem do jamy, kształt łódkowy.

Reasumując: u 42-letniego osobnika stwierdza się osobliwe ułożenie skóry na całej głowie, pozorujące t. zw. skórę krętą (względnie „*cutis gyr. latens*“). Niewątpliwie zachodzi pewna łączność między rozrostem skóry głowy a zaburzeniami układu nerwowego; względnie mogą te zmiany skóry być uważane, jako jeden z objawów akromegalii (w myśl koncepcji Sabata).

IV. Spostrzeżenie (wspólne z kol. E. Hermanem) dotyczy 35-letniego rolnika C. A., spostrzeganego w lecie 1936 r., który 7 lat temu zauważył powiększenie i deformację kości twarzy oraz palców rąk; jednocześnie wystąpiła nadmierna otyłość, uczucie osłabienia, oraz wzmoczone pragnienie i łaknienie; ostatnio — silne bóle głowy i osłabienie wzroku.

Stan obecny: Wzrost wysoki, rysy twarzy zgrubiałe; nos, żuchwa, podbródek — dużych rozmiarów; dłonie — duże, szerokie, paliczki duże. Stopy b. duże. Narządy wewnętrzne — norma. Dno oka — tarcze blade, wypadnięcie części pola widzenia; źrenice — wąskie, anizokoria, na światło reagują opieszale. Układ nerwowy i psychika — norma; W a R — ujemny.

Roentgen czaszki (nieco zwiększonej): siodło tureckie (*Sella turcica*) — znacznie rozszerzone i pogłębione.

Rozpoznanie — akromegalia.

Skóra sklepienia czaszki wyraźnie zwiększona w rozmiarach i wykazuje osobliwe fałdowanie, które uwydatnia się przy ucisku bocznym (względnie z obu biegunów).

Fałdowanie jest o tyle osobliwe, że skóra układa się w fałdy dośrodkowe.

Wynik badania histologicznego wycinka skóry z pogranicza fałdy i brzozy:

Naskórek: warstwa rogowa miejscami nieco poszerzona; wybitna akantoz; rozszerzenie znaczne mieszków łojowych, wypełnionych warstwą zrogowaciałą.

Skóra właściwa: wykazuje sporą liczbę mniejszych (włosowatych) lub większych naczyń rozszerzonych i otoczonych naciekiem drobnokomórkowym; także naciski w warstwie brodawkowej i poniżej niezależnie od naczyń; gruczoły łojowe i potowe — prawidłowe i niezwiększone.

Reasumując: u osobnika z typową akromegalią stwierdziliśmy rozrost skóry głowy uwłosionej; skóra układa się w fałdy osobliwe, bo koncentrycznie; skóra kręta — histologicznie okazująca stan zapalny — jest w danym przypadku objawem akromegalii.

V. Spostrzeżenie zawdzięczać uprzejmości kol. M. Landsberga.

65-letni L. C. zgłosił się do szpitala w lipcu 1936 r. z powodu guza brzucha i obrzęku twarzy.

Wywiady rodzinne bez znaczenia. Wywiady osobiste: 26 lat temu chorował na nerki; od 5-ciu lat kaszle; 2 lata temu — zapalenie płuc, od tego czasu stany podgorączkowe.

1/2 roku temu zjawily się fałdy (chory przedstawił 3 zdjęcia swoje z lat 1932 — 1933, z których wyraźnie wynika, że w owym czasie miał czoło zupełnie gładkie) w skórze czoła, które nie prawiały choremu specjalnych dolegliwości. Jednocześnie chory zaczął miewać 3—4 razy dziennie nawały krwi do głowy: twarz stawała się bardzo czerwona i paliła; stan taki trwał zwykle od kilku minut do 1/2 godziny.

W ostatnim półroczu występowały u chorego ponadto przemijające obrzęki nosa i wargi górnej, zwłaszcza w nocy.

Chorób wenerycznych jakoby nie przechodził; nie pije i nie pali.

Stan obecny: Wzrost wysoki. Budowa prawidłowa, mocna (*Typus digestivus*). Odżywianie dobre.

Gruczoły chłonne: pachowe, pachwinowe, podszczękowe — macalne, wielkości od grochu do fasoli, przesuwalne, niebolesne; w okolicy podżuchwowej prawej wyczuwa się twór elastyczny wielkości moreli.

Jama ustna — uzębienie liche; język obłożony nalotem szarawym.

Płuca — rozlane furczenia i świsty; serce — granica lewa — nieco przesunięta, tony ciche.

Wątroba wystaje na 4 palce z pod łuku żebrowego, twarda, niebolesna na ucisk; śledziona — niepowiększona; ośrodkowy układ nerwowy — bez zmian.

Badania pracowniane: Mocz — obecność białka 0,165% (6.IX. doszło do 3%!); Krew — WaR — ujemny; morfologia. — C. cz. 4.300.000, B. c. 10.8000; Hb. 80%; Wzór — 44% limfocyt.; poza tym — norma. Badanie chemiczne krwi: mocznik — 27 mgr%; cukier — 112 mgr%; kwas moczowy: 1,4 mgr%; cholesteroliny — 168 mgr%. Roentgenogram czaszki: powiększona czaszka o zgrubiałych kościach sklepienia; siodło tureckie — prawidłowe. Ciśnienie krwi — 155/75.

Stan skóry. Na czole skóra układa się w osobliwe fałdy, które są bardzo wyraźne i przebiegają częściowo poziomo, częściowo pionowo, przy czym skóra zarówno fałd, jak

i brózd jest niezmienniona i barwy prawidłowej. (Ryc. 4). Chory zaznacza, że fałdy zrana są nieco mniejsze (!). Daje się zauważyć, że w razie zdenerwowania albo podrażnienia chorego fałdy na czole powiększają się (bardziej uwypuklają się). Pozostała skóra nie wykazuje zmian patologicznych.



Ryc. 4.

Chory był spostrzegany w oddziale wewnętrznym Dra Landsberga oraz w moim oddziale około 3-ch tygodni. Po wypisaniu się ze szpitala chory pozostawał u mnie na dalszej obserwacji w ciągu około 3-ch miesięcy. Był on również spostrzegany przez Dr. Fr. Gleichgewichta, któremu zawdzięczać dane, dotyczące dalszego przebiegu schorzenia.

Wynik badania histologicznego skóry fałdowanej chorego L. C.

Celem badania wycięto skrawek (długości 2 cm, grubości 1/2 cm.) z fałdy pogranicza czoła i okolicy skroniowej.

Badanie tkankowe wykazało, co następuje:

Już w słabym powiększeniu lupa uderza wypełnienie znacznej części tkanki (miejscami 2/3, a nawet i 3/4) rozrośłymi gruczołami łojowymi: gruczoły te ułożone są w skórze właściwej i sięgają wszędzie górnych warstw, dochodząc niekiedy do warstwy brodawkowej; przerosłe te gruczoły oparte są nie tylko o mieszki łojowe, lecz znajdują się i niezależnie od nich (Ryc. 5).

Naskórek wybitnie ścieńczały, o warstwie rogowej tylko zaznaczonej; warstwa kolczasta wykazuje 2—3 rzędy; komórki warstwy podstawnej zawierają sporo barwnika.

Granica między naskórkiem i skórą właściwą — w postaci linii wyrównanej, miejscami tylko lekko falistej; brodawki przeto minimalnie zaznaczone.

Wyloty mieszków łojowych miejscami rozszerzone.

Skóra właściwa: w górnych pokładach skupienia komórek limfocytarnych oraz pojedyncze większe naczynia napelnione krwinkami, a otoczone również naciekami drobnokomórkowymi; poza tym widać sporo naczyń włosowatych, również otoczonych naciekami.

Co się tyczy gruczołów łojowych, to są one albo ułożone obok siebie, pooddzielane tylko skąpą tkanką łączną, bądź też otoczone olbrzymimi skupieniami komórek limfoidalnych.

Gruczoły potowe — bez zmian.



Ryc. 5.

Reasumując: obraz wybitnie przypomina *adenoma sebaceum*, poza tym mamy stan zapalny skóry właściwej z zaznaczonym zanikiem naskórka.

Aby wyłaczyć wątpliwości, czy to nie jest obraz normalny w miejscu, gdzie zazwyczaj spotykamy więcej gruczołów łojowych, postanowiłem przeprowadzić histologiczne studia porównawcze.

Dzięki uprzejmości i pomocy prosektora naszego szpitala, Dra Płońskiego, badałem histologicznie skórę tej samej okolicy (co w opis. przypadku) dwóch zwłok, pochodzących od mężczyzn w tym samym wieku. Badanie tych skrawków wykazało prawidłowe stosunki, t. j. liczba gruczołów łojowych wynosiła 3—5 w poszczególnym preparacie; nie było też odczynu zapalnego, opisanego w powyższym przypadku.

Decursus morbi.

Według relacji Dra Gleichgewichta stan chorego po wypisaniu się ze szpitala uległ zmianie na gorsze. Dr. G. stwierdził u chorego wówczas: *Phthisis pulmonum bilater., myodegeneratio cordis, nephritis chron., Cirrhosis hepatis chronica probabiliter Laënneci*. W dalszym przebiegu wątroba powiększyła się, zjawily się wymioty, ślinotok; chory uskarżał się na trudności przy ruszaniu skóry na czole (uczucie obręczy). Mocz zawierał coraz większe ilości białka. Mocznik we krwi — wzmożony (0,75 — 1,25‰ *ante mortem*); chory zapadał w sen. Brzuch wzdyma się, zjawia się wolny płyn w jamie brzusznej, wątroba zmniejsza się, chociaż do końca życia wystaje z pod łuku na 2 palce; występuje *asthma uraemicum*, stan komatyczny i chory przy objawie oddechu *Cheyne-Stokesa* umiera w grudniu 1936 r.

Na 3 doby przed zgonem skóra na czole i twarzy wyglądała się (czyli brzozy i fałdy na czole prawie całkowicie znikły), obrzęk skóry całkowicie ustąpił, wyraz twarzy chorego zmienił się, pozostał natomiast lekki obrzęk warg górnej i dolnej.

Reasumując: mieliśmy więc w spostrzeżeniu tym stan zapalno - zastoinowy, skojarzony z *adenoma sebaceum*, co też spowodowało zmiany skóry naśladujące *cutis gyrata*.

Zestawienie kliniczne.

Obserwowano 5 osobliwych przypadków skóry krętej głowy, względnie zmian skóry, imitujących skórę

krętą. W I spostrzeżeniu sprawa była uwarunkowana znamieniem, w II — zjawisko zmienności nasilenia (objętości) osobliwie ułożonych fałd u osobnika eunuchoidalnego z zaburzeniami inkrecyjnymi, wybitnym łojotokiem i zmianami zapalnymi skóry zasługuje na szczególną uwagę; w III — zmiany, przypominające *cutis gyr. latens*, uwarunkowane rozrostem skóry u osobnika, wykazującego objawy poronne akromegalii; w IV — dośrodkowo układające się fałdy głowy u osobnika z klasyczną akromegalią; wreszcie w V — dotyczącym chorego z *cirrhosis hepatis Laënneci*; fałdowanie skóry czoła zmieniające swoją objętość w zależności od zaburzenia w krążeniu.

Zestawienie histologiczne.

Badania histologiczne przeprowadzono w 4-ch przypadkach.

W II, III, IV — spostrzeżeniach stwierdzony został przewlekły stan zapalny skóry.

Natomiast w spostrzeżeniu V — obraz odpowiadający *adenoma sebaceum* w skojarzeniu z (być może wtórnym) stanem zapalnym skóry właściwej.

Jak wynika z piśmiennictwa⁶⁾ badania histologiczne były przeprowadzone zaledwie w kilkunastu przypadkach *Cutis gyr.*: w przypadkach wrodzonych — zmian nie stwierdzono, w przypadkach natomiast powstałych w następstwie zapalenia wykazano naciekowe skupienia komórkowe. Jedynie w spostrzeżeniu Oty⁷⁾ — C. g. skóry czoła — miały miejsce rozrost i przerost gruczołów łojowych przy stanie zapalnym skóry właściwej.

Streszczenie końcowe.

We wszystkich 5-ciu podanych spostrzeżeniach miały miejsce zmiany skóry, naśladujące do złudzenia „skórę krętą”. Ułożenie fałd w II, III i IV przypadkach było bardzo osobliwe. Spostrzeżenia te są ciekawe zarówno ze względu na oryginalne obrysy (rysunek), jak i nienotowaną dotąd zmienność fałdowania.

Jedyny w swoim rodzaju i ikonograficznie niesłychanie ciekawy jest przypadek I, w którym rzeczywiście można mówić o „wybryku natury”, pięknie naśladującym „skórę krętą”. W V spostrzeżeniu mieliśmy do czynienia z nienotowanym dotychczas skojarzeniem zaburzenia w krążeniu ze zmianami tkankowymi (*adenoma sebaceum*).

Ostatnie to spostrzeżenie można by było częściowo tylko zaliczyć do grupy, nazwanej przez Jadassohna⁸⁾ *Pseudocutis verticis gyrata*, albo *Cutis gyrata symptomatrica*, występująca w trądzie, naciekach leukemicznych, względnie zmianach sioniatych skóry.

⁶⁾ Galewsky — Jadassohn Handbuch d. Hautkr. XIII, 1, 1932.

⁷⁾ Ota — Dermat. Wochenschr.

⁸⁾ Uwaga dyskusyjna na pokazie Werthera — Zentralblatt f. Hautkr. 35, 602 (1931).

Z Zakładu Histologii U. J. P.

(Kierownik: Prof. Dr. M. Konopacki).

Zniesienie reakcji hormonu gonadotropowego przez rosnący nowotwór.

Podali

J. FLAKS i A. BER (Warszawa).

Poszukiwaniu różnic morfologicznych i biologicznych między tkankami zwierząt normalnych i dotkniętych nowotworem poświęca się od dawna specjalną uwa-

gę. Chodzi mianowicie o znalezienie zmian, które by pozwoliły rozpoznać nowotwór we wczesnych jego okresach na zasadzie specyficznych morfologicznych, względnie biologicznych odchyleń od normy. Badania te nie dały dotychczas pewnych wyników.

Poszukując nowej metody badania omawianego zagadnienia, doszliśmy do wniosku, że nie wykorzystano dotychczas dużych możliwości, jakimi są znane i ostatnio metodycznie opracowane biologiczne reakcje hormonalne. Dla przykładu przytoczymy reakcję hormonu gonadotropowego, który, wstrzyknięty niedojrzałemu płciowo zwierzęciu w odpowiedniej dawce, powoduje szereg charakterystycznych zmian w narządach płciowych — w jajniku, macicy i pochwie. Zmiany te są tak dokładnie znane i tak regularnie dają się reproduktować przy odpowiednim nastawieniu doświadczenia, że wydawało nam się słusznym użyć ich jako wskaźnika (testu) dla ustalenia nieuchwytnych inną drogą zmian biologicznych, które wywołać może rosnący w ustroju nowotwór. To samo tyczy się naturalnie i szeregu innych reakcji hormonalnych (inne hormony przysadki, jajnika, tarczycy, nadnercza i t. d.).

W pracy niniejszej podajemy tylko wyniki, dotyczące się wpływu nowotworu *in situ* na wynik działania hormonu gonadotropowego, względnie na wynik znanej reakcji ciążowej *Aschheima-Zondeka*. Do reakcji używaliśmy hormonu gonadotropowego, produkowanego w postaci proszku, a mianowicie Antelobiny *Byla*. Do badania wpływu nowotworu na wynik omawianej reakcji użyliśmy mięsaka *Ehrlicha*, zjadliwego szczepu, który przy szczepieniu podskórnym wyrasta w ciągu 2 do 3 tygodni do olbrzymich rozmiarów i zabija w tym czasie dorosłe myszy.

W naszych doświadczeniach szczepiliśmy samiczki mysie wagi od 5 do 6 g. podskórną na grzbiecie dosyć gęstą zawiesiną mięsaka *Ehrlicha*, w ilości 0,1 cm³. Szczepienie to znoszą ośeski dobrze, a nowotwór po tygodniu osiąga wielkość grochu. W 9 dni po szczepieniu, kiedy myszki osiągają wagę około 7 gramów, przystępujemy do zastrzykiwań hormonu gonadotropowego. Wstrzykujemy 5 jednostek Antelobiny *Byla* w ciągu 3 dni, podskórną na brzuchu, w równych odstępach czasu. Po 100 godzinach od rozpoczęcia zastrzykiwań hormonu gonadotropowego zabijamy myszki w celu stwierdzenia zmian w jajniku. W czasie ostatnich 2 dni przed zabiciem zwierząt badamy też 2 razy dziennie rozmazy z pochwy (test *Allen-Doisy*).

Jak widzimy z przytoczonego wyżej doświadczenia, jajnik zwierzęcia, szczepionego nowotworem, nie wykazuje dodatniej reakcji, znanej z prac *Evansa* i *Zondeka* o ile stosunek wagi guza do wagi ciała wynosi około 0,5. Przy mniejszych guzach reakcja może wypaść jeszcze dodatnio.

Klasyczne badania nad działaniem hormonu gonadotropowego (hormonów gonadotropowych, względnie prolanów A i B) wykazały, że hormony te powodują charakterystyczne zmiany w jajniku, macicy i pochwie u niedojrzałych płciowo myszek (3—4 tygodniowych, ważących 6—8 gramów) lub u niedojrzałych płciowo szczurków (4—5 tygodniowych, ważących 25—30 gramów). Wstrzyknięcie tym niedojrzałym zwierzętom 1 jednostki hormonu gonadotropowego lub prolanu (A i B) powoduje po około 100 godzinach następujące zmiany:

w jajniku — przekrwienie, dojrzewanie pęcherzyków *Graafa*, krwawienia do ich wnętrza (*Blutpunkt*) powstanie ciałek żółtych,

w macicy — powiększenie jej objętości, rozrost nabłonków gruczołowych,

w pochwie — zmiany charakteryzujące ruje (*Schollenstadium*).

Mechanizm działania hormonu gonadotropowego względnie prolanu, nie jest wyjaśniony, jest jednakże pewnym, że punkt zadziałania leży w samym jajniku (*B. Zondek*). Wobec tego, że w doświadczeniach naszych jajnik niedojrzałej myszki, szczepionej nowotworem, nie odpowiada na wprowadzony do ustroju hormon gonadotropowy, nasuwają się różne możliwości interpretacji:

1) rosnący nowotwór chłonie lub inaktywuje hormon gonadotropowy, lub

2) rosnący nowotwór uszkadza jajnik w ten sposób, że czynny hormon gonadotropowy nie może wywołać efektu, który normalnie wywołuje,

3) w ustroju niedojrzałej myszki szczepionej nowotworem zjawia się antihormon (?), skierowany przeciw hormonowi gonadotropowemu.

W celu wyjaśnienia wymienionych możliwości, wykonaliśmy następujące doświadczenia:

Ad 1. W celu stwierdzenia, czy hormon zostaje inaktywowany przez tkankę nowotworową, zadano rozdrobnioną, świeżo wyciętą z ustroju tkankę nowotworową, jak również tkankę normalną roztworem hormonu

Przykład zniesienia reakcji hormonu gonadotropowego przez szczepiony nowotwór.

Nr. myszki	Waga myszki dnia 10/12	Szczepiono dn. 10/12	Waga myszki przy guzach wiel. grochu 17/12	W ciągu 3 dni wstrzyknięto (19-20-21/12)	Wynik reakcji po 100 godz. t. j. dn. 23/12	Waga myszki z guzem dn. 23/12	Waga guza dn. 23/12	Stosunek wagi guza do wagi ciała (bez guza)
1	5,8 gr.	0,1 cm ³	6,5 gr.	5 j. m. Antel.	—	10,0 gr.	3,0 gr.	0,43
2	6,0	"	7,0	5 j. m. Antel.	—	10,5	3,9	0,59
3	5,8	"	7,5	nie wstrzyk.	—	8,0	1,7	0,27
4	5,5	"	6,0	5 j. m. Antel.	—	6,5	2,0	0,44
5	5,5	"	6,5	5 j. m. Antel.	—	7,2	1,9	0,36
6	5,2	"	6,5	nie wstrzyk.	—	8,5	2,4	0,40
7	5,8	nie szczepiono	7,0	5 j. m. Antel.	+	9,0		
8	5,8	"	7,0	5 j. m. Antel.	+	10,0		
9	5,2	"	6,0	5 j. m. Antel.	+	8,0		
10	5,7	"	7,0	5 j. m. Antel.	+	9,0		

— oznacza brak zmian w jajniku, macicy i pochwie

+ „ typową dodatnią reakcję *Aschheima-Zondeka* (H. V. R. I, II, III).

gonadotropowego i po 24 godzinnym kontakcie w temperaturze 37° wstrzyknięto niedojrzałym myszkom.

Ad 2. W celu stwierdzenia, czy jajnik niedojrzałej myszki, szczepionej nowotworem, zostaje uszkodzony w sensie niemocy reagowania na hormon gonadotropowy, wstrzykiwaliśmy niedojrzałym zwierzętom w ciągu paru dni duże dawki zawiesiny nowotworowej, po czym wykonywaliśmy na nich reakcję z hormonem gonadotropowym. Poza tym w innych doświadczeniach wstrzykiwaliśmy znacznie większe dawki hormonu gonadotropowego zwierzętom, szczepionym nowotworem, aniżeli w opisanym wyżej doświadczeniu, dawki, z których tylko część mogłaby ulec inaktywowaniu, a reszta

musiałaby wywołać reakcję w razie nieuszkodzonego jajnika.

Opis tych doświadczeń, które rozstrzygną, czy tkanka nowotworowa posiada zdolność inaktywowania hormonu gonadotropowego, czy też jajnik zostaje uszkodzony przez rosnący nowotwór, podamy w następnym komunikacie.

Analiza opisanego zjawiska jest w toku opracowania. W każdym razie podkreślimy tutaj, że metoda badania wpływu rosnącego guza na organizm, którą obrabialiśmy, pozwoliła zwrócić uwagę na narząd, który zdawało się najmniej zostaje dotknięty rosnącym w odległym miejscu ustroju nowotworem.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

Pod kierunkiem M. GANTZA.

Streszczenia zbiorowe i pogłódowe.

Przetaczanie krwi konserwowanej.

Podał

M. SZEJNMAN (Warszawa).

Stały i nieustanny rozwój medycyny, wciąż zmieniające się warunki życia, groza zbliżającej się wojny wysuwają zagadnienie przetaczania krwi na jedno z pierwszych miejsc. Główną przeszkodą, jaką napotyka ta na pozór nowa, niepewne jeszcze kroki stawiająca metoda, jest brak dawców krwi w ogóle i pewien czasami dość znaczny odstęp czasu, jaki upływa między powzięciem decyzji transfuzji a jej wykonaniem. „*Bis dat qui cito dat*” — mało gdzie może być z taką słuszością zastosowane, jak w dziedzinie przetaczania krwi. Zagadnienie wojny, warunki i potrzeby, przez nią stawiane, wymagają oddzielnego omówienia i tu rozpatrywane nie będą.

Dostarczenie krwi z możliwie jak najdalej idącym obniżeniem kosztu, zredukowanie do *minimum* czasu potrzebnego do jej podania — to dwa naczelné problemy, bez których rozwiązania transfuzja krwi nie znajdzie tak szerokiego zastosowania, na jakie zasługuje. Próbowano rozwiązać te kwestie przez podawanie krwi nie bezpośrednio z żył dawcy, ale t. zw. krwi konserwowanej. Zadaniem pracy niniejszej, nie wyczerpującej całości zagadnienia, ale będącej zebraniem najważniejszych faktów i doświadczeń z tej dziedziny, jest odpowiedź na pytanie — czy krew konserwowana nadaje się do przetaczania, i jakie są metody jej pobierania i przechowania?

Pierwsze przetoczenie konserwowanej krwi odwłóknionej zostało wykonane na psie w r. 1821 przez Prevosta. Parnum w r. 1863 zwraca uwagę na wpływ t^0 i proponuje przechowywać krew na lodzie, a podgrzewać ją do t^0 ciała w chwili przetoczenia. Doświadczenia Saturgina, który w r. 1865 w krótkim odstępie czasu czterokrotnie zmienił psu krew krążącą, przekonały, a raczej powinny były przekonać, że przetaczanie krwi nie tylko nie jest zabiegiem niebezpiecznym, ale w pewnych warunkach może być zbawienne. Prace Augusta de Coruna, Taburego, Barta, Recklinghausena, Landoisa zamykają pierwszy okres w dziejach przetaczania krwi — okres przetaczania krwi odwłóknionej zwierzętom.

I jak się to często dzieje, po tak dobrych początkach nastąpiła blisko 50-cioletnia przerwa. Wojna światowa, jeżeli nie liczyć prac Landsteinerja 1900, Janika 1907, Morsa 1910, stanowi początek dru-

giego okresu — gdzie transfuzji dokonywano już na ludziach. Pierwszym, który ośmielił się przetoczyć krew konserwowaną przez dodanie 10% *Na. citrici* do żył biorcy, był Weil w r. 1915. Rous i Turner proponują dodanie do cytrynianu sodu glukozy, jako środka konserwującego.

Podczas wojny każde niemal z państw koalicji, z wyjątkiem państw centralnych, poszczycić się może pewnym dorobkiem w dziedzinie przechowywania i przetaczania krwi. Robertson w St. Zjedn. Am. Północnej dokonał 20 transfuzji krwi, przechowywanej do 2 tyg., Grey w Anglii, a Hedon i Jeanbran w Francji przechowywali krew w odstępach od 1 — 3 tygodni.

I znowu eisza, tym razem nie tak długa, po której w wielu krajach praca zaczyna posuwać się naprzód. Sasaki i Naoji Kiguchi w Japonii, Perri w Ameryce, grupa badaczy z Bordeaux, Bieleńkij, który w Rosji pierwszy przetacza krew konserwowaną, Judin, który pierwszy przetacza krew ze zwłok żywemu człowiekowi — oto nazwiska pionierów w dziedzinie przetaczania krwi. Najżywszy odźwięk i najlepszy rozwój nauki o przetaczaniu krwi konserwowanej nastąpił w Rosji. Nazwiska Bogdanowa, Bogdasarowa, Judina, Perelman-na, Spasokukoickiego, Skundinej trwale zapisały się w dziejach rozwoju tej gałęzi nauki. Dziś w Moskwie istnieje Centralny Instytut Przetaczania Kwi, mający filie niemal w każdym większym mieście prowincjonalnym. I u nas, chociaż w b. powolnym tempie i w b. skromnym zakresie, posuwa się praca w tej dziedzinie.

Wojna Hiszpańska dostarcza dowodów wartości przetaczania krwi konserwowanej i zarazem otwiera następny okres — okres masowego przetaczania.

Zadaniem dobrego środka konserwującego jest przechowanie krwi w stanie możliwie mało zmienionym przez jak najdłuższy okres czasu. Zjawisko, którego przede wszystkim uniknąć należy, jest krzepnięcie krwi, gdyż odwłókniona krew b. znacznie zmienia swoje własności biologiczne, chemiczne i fizyczne. Najprostszym środkiem zapobieżenia krzepnięciu jest cytrynian sodu — nic więc dziwnego, że będzie on wchodził w skład niemal każdego środka konserwującego. Spośród środków, które przeszły ogniową próbę doświadczenia, wymienić należy:

1. 4—5% roztwór *Na. citrici* — płyn konserwujący, stosunkowo najgorszy — bo wprowadza do krwi

Streszczenia pojedyncze.

Biologia.

DUCUING, HILETZKY, MARQUES. **Badania doświadczalne nad zmianami we krwi, spowodowanymi ogólnymi naświetlaniami promieniami X.** (Le Sang Nr 5, r. 1937).

Badania doświadczalne przeprowadzone były na psach, które naświetlano dużymi dawkami promieni Roentgena. Na podstawie przebadania zachowywania się 8 psów autorowie doszli do następujących wyników: Klinicznie rozwijał się prawie zawsze obraz ciężkiej skazy krwotocznej, nieuchronnie prowadzący do śmierci. Zmiany we krwi były na ogół wszędzie podobne; okazało się, że liczba leukocytów szybko maleje, młodocianych postaci w ogóle nie było — jako jedyną zmianę jakościową podać można pojawienie się kilku leukocytów o 10 jądrach. Limfocyty są bardziej odporne niż leukocyty, chociaż i one stopniowo giną. Również brak jest zmian jakościowych w czerwonych krwinkach, zmniejsza się szybko ich liczba, hemoglobiny ubywa proporcjonalnie — także wskaźnik pozostaje mniej więcej bez zmian, poikilocytozy ani anizocytozy stwierdzić nie było można. Najszybciej wyginęły może płytki krwi i retikulocyty. Skutkiem tego rodzaju zmian oczywiście wydłużył się kolosalnie czas krwawienia: pies krwawił bodaj do całkowitego wykrwawienia się — ale sam przez się krwotok się nie hamował. Czas krzepnięcia nieco tylko się wydłużył, przy czym skrzep prawie się nie kurczył. Szybkość opadania nieco się powiększyła. Hemolizyn we krwi nie znaleziono. Oporność osmotyczna zachowywała się w każdym przypadku inaczej. Naświetlanie silnymi dawkami powodować mogło występowanie wyżej wymienionych zmian już po upływie 20 godzin. Naświetlanie dawką mniejszą powodowało przejściowy i krótkotrwały okres pobudzenia szpiku kostnego. Badania anatomiczno-patologiczne pozwoliły stwierdzić nawal w narządach mięsistych, wyczerpienia i wylewy podskórne, zawały płuc, obecność krwi w oskrzelach i kanalikach nerki. Gruczoły i śledziona powiększone skutkiem wypełnienia krwią zatok i rozrostu siateczki, ośrodków rozmnażania nie ma w ogóle, liczba limfocytów wydatnie zmniejszona; w szpiku kostnym brak młodocianych elementów. Porównywanie wielkości dawek i szybkości rozwoju zespołu pozwoliło wysnuć wniosek, że nie ilość ogólna energii promienistej — ale intensywność poszczególnych naświetlań i odstęp między nimi odgrywają tu decydującą rolę. Wreszcie starali się autorzy wyświetlić rolę śledziony: ochrona jej podczas naświetlania nie chroniła od zejścia śmiertelnego — ale zmniejszała szybkość rozwoju zespołu chorobowego; usunięcie śledziony, odwrotnie, przyspieszało i pogłębiało objawy; naświetlanie wyizolowanej śledziony nie wywierało żadnego wpływu na organizm. M. Szejnman.

Diagnostyka.

STERN. **Ocena czynności układu S.—Ś. przy pomocy próby z czerwienią Kongo.** (Wien. kl. Woch. 1937, N 46).

Od czasu wyodrębnienia przez Aschoffa układu siateczkowo-śródbłonkowego podano różne próby oceny jego czynności. Wśród nich szczególne miejsce zajmuje metoda Adlera i Reimanna (1925), polegająca na wstrzykiwaniu dożylnym 10 cm³ 1% roztworu czerwieni kongo i określaniu zawartości tego barwnika w surowicy po 4 i po 60 minutach. Stosunek obu tych zawartości ma być miarą natężenia czynności układu S.—Ś. W różnych stanach indeks ten okazał się wartościowym probierzem a mianowicie w blokadzie tuszowej, zatruciu toluendiamią, wycieciu śledziony i t. d. Autor opracował nową mikrometodę dość łatwą w użyciu, której szczegóły przekraczają jednak ramy recenzji. Przy jej pomocy nie tylko używa małych ilości krwi do badania, ale otrzymuje wysoki stopień dokładności, eliminując ewentualne błędy, zdarzające się przy metodzie oryginalnej (możliwość hemolizy, powstawanie hematyny), które zakłócają odczytanie wyniku. Osiągnąwszy w ten sposób wysoki stopień dokładności,

autor podjął ponownie zaniedbane ostatnio badania z czerwienią kongo na dużą skalę na materiale klinicznym. Szczególnie pożyteczną wydaje mu się ona dla diagnostyki nowotworów złośliwych. Być może, metoda autora, ściśła w wykonaniu, pozwoli na wczesne rozpoznanie niedoczynności układu S.—Ś., co może być cennym przyczynkiem dla tak dotąd niepewnej diagnostyki rozplemów złośliwych.

A. Wajngot.

Lecznictwo.

C. VARNET. **Pięcioletnie doświadczenie w leczeniu ultrakrótkimi falami, szczególnie w chorobach podbrzusza.** (D. m. W. 32/37).

Autor, który pierwszy wprowadził w Danii terapię krótkofalową, podaje wyniki leczenia u 4521 chorych, zgrupowanych według specjalności. Chorzy ci, którzy znajdowali się pod stałą kontrolą lekarską, byli leczeni krótkimi falami rozmaitej długości; klinika bowiem posiada 8 aparatów różnej konstrukcji. A oto w skrócie ciekawsze, ze względu na rodzaj i liczbę przypadków, wyniki terapii krótkofalowej. *Cholecystitis chr. et ac., gastritis chr., colitis chr. i cystitis chr.* — 147 chorych: wyleczenie u 75, poprawa u 67, brak efektu u 5. W chorobach płucnych (*pleuritis, pneumonia chr., tbc, bronchitis chr. i subch., asthma bronch.*) — 394 przypadki; przeważnie nieżyty oskrzeli — wyleczenie u 261, poprawa u 120, brak wyników u 13 chorych. *Angina pectoris i hypertensio* 159 przypadków. Chorzy z anginą piersiową — wyleczenie u 19, poprawa u 56, brak efektu u 7 chorych. Należy zawsze zaczynać od słabych dawek. W sprawach ropnych, głównie skóry, u 704 chorych — wyleczenie, u 47 — poprawa, u 5 — bez efektu. W neuralgiach u 240 chorych — wyleczenie, u 40 — poprawa, u 17 — efekt ujemny. (Dotychczasowe wyniki autorów były daleko mniej pomyślne — uwaga ref.). W sprawach zapalnych zatok nosowych ostrych i przewlekłych u 344 — wyleczenie, u 52 — poprawa, u 40 — wynik ujemny. Na bardzo dużym materiale chorych ze sprawami stawowymi (1114 przypadków) — wyniki bardzo dobre. W grupie chorych ginekologicznych — krótkie fale wykazały swą przewagę nad innymi metodami leczniczymi. S. Hopensztadt.

E. SCHLIEPHAKE. **Wskazania i sposób działania terapii krótkofalowej.** (W. m. W. 28—29, 1937 r.).

Terapia krótkofalowa znalazła ostatnio szerokie zastosowanie w medycynie. Otrzymywane przez nią efekty przewyższają wyniki, osiągnięte inną fizykalną metodą. Brak pożądanego wyniku zależy często od nieodpowiedniego wskazania, albo też nieumiejętnego dawkowania lub techniki. Setki czyraków, często już nacinanych, ale ciągle wznowiających się, zostało zupełnie wyleczonych krótkimi falami w ciągu 5—6 dni. Pogorszenia autor nie widział ani razu. Tak samo w ropniach gruczołów pachowych (*hydroadenitis*), gdzie najdłuższe leczenie trwało 3 tygodnie, przeciętne ok. 8 dni. W zastrzałach krótkie fale dają efekty tylko w podostrych i przewlekłych przypadkach; w ostrych — zabieg. Autor przestrzega przez zbyt silnym dawkowaniem. Im sprawa jest bardziej ostra, tym moc i czas naświetlań mniejszy; później można je stopniowo zwiększać. Egana na materiale 1000 przypadków czyraków, karbunków, zastrzałów potwierdza dane autora. Szczególnie dobre były wyniki w 91 przypadkach czyraka twarzy, gdzie już przeciętnie kilka naświetlań wystarczyło do zlikwidowania tak niebezpiecznego ze względu na lokalizację, schorzenia. Należy jednak zawsze współpracować z chirurgiem, ażeby w razie konieczności nie opóźnić zabiegu. W ropnych zapaleniach zatok nosowych wyniki, otrzymywane początkowo przez autora, były niejednolite. Okazało się, że błąd tkwi w dawkowaniu. Obecnie autor daje dużo słabsze dawki, tak, że chory zaledwie odczuwa ciepło, i już 5—6 naświetlań wystarczy do wyleczenia ostrej sprawy. W przewlekłych ropniach zatok nosowych w około 50% przypadków udało się otrzymać znaczną poprawę. Przed ewentualnym zabiegiem warto

więc zawsze wypróbować krótkie fale. Autor potwierdza wyniki, otrzymane przez Berry i Ruete w zapaleniu oraz przerście gruczołu krokowego. W wielu przypadkach udawało się usunąć zaburzenia mikcji i zmniejszyć gruczoł krokowy. Zachęcające są rezultaty, otrzymywane bardzo słabymi dawkami, w gruźlicy krtani. W schorzeniach reumatycznych, przy zajęciu jednego lub dwóch stawów, należy stosować miejscowe naświetlania, przy zajęciu zaś kilku stawów ogólne naświetlania celem otrzymania podniesienia t° . Naturalnie, nie można usunąć zmian anatomicznych w stawach (narośle kostne i t. d.), ale ruchomość w stawach poprawia się znacznie. Przedtem trzeba usunąć jednak źródło infekcji (migdałki, zęby i t. d.). Wyniki dodatnie leczenia często występują dopiero później, po zakończeniu kuracji. Odsetek przypadków znacznej poprawy około 80%. U jednej trzeciej chorych dawano wyłącznie naświetlania krótkofalowe, u dwóch trzecich — kombinowano je z leczeniem internistycznym. Co do sposobu działania, to jeszcze nic pewnego nie można powiedzieć. Aczkolwiek doświadczalnie dotychczas nie udało się zupełnie wyraźnie stwierdzić działania specyficznego, to jednak mamy do czynienia z czymś więcej, aniżeli z terapią wyłącznie cieplną.

S. Hopensztadt.

S. JELLINEK. W walce z pozorną śmiercią. (La pr. méd. 1938, N 2).

Era obecna notuje sporo przypadków, w których zastosowano znane metody ratownicze z pozytywnym wynikiem, jeszcze więcej takich, w których ich nie zastosowano, choć były ku temu wskazania i sporo zgonów, w których winę ponosi nieumiejętne podjęcie wskazanych zabiegów. Fakt ten skłonił autora do rewizji dotychczasowych metod ratowniczych i przedstawienia własnej metody sztucznego oddychania. Do chwili obecnej na całym świecie stosowana jest metoda sztucznego oddychania według Silwestra lub, w modyfikacji Schaeffera. Zwłaszcza druga, pozornie łatwa do zastosowania, znalazła prawo obywatelstwa nawet w najbardziej prymitywnych podręcznikach i nader często jest używana w przypadkach utonięcia, zatrucia gazami, zadławienia i t. p. Metoda, niewątpliwie celowa, niestety, w rękach przygodnego ratownika staje się mieczem obosiecznym i nierzadko przed przybyciem fachowej pomocy dobiega nieszczęśliwymi ofiarę. Podstawowymi ruchami metody Silwestra i Schaeffera są: rytmiczne ugniatanie dolnej części klatki piersiowej i rozciąganie jej pancerza kostno-więzadłowego. Rozważenie fizjologicznej czynności klatki piersiowej ze szczególnym uwzględnieniem siły ssącej jamy piersiowej doprowadziło autora do opracowania nowej, łatwej i celowej metody sztucznego oddychania, w której klatka piersiowa jest „*noli me tangere*”. Opiera się ona na obserwacji żołnierza w postawie „na baczność”. Wypina on wtedy klatkę piersiową do przodu, wyprostowując kręgosłup i doprowadzając fizjologiczne jego skrzywienie w części piersiowej do linii prostej. W tym czasie żebra unoszą się i oddalają od kręgosłupa i od mostka. Jama piersiowa powiększa się w 3-ch wymiarach, czego skutkiem jest głęboki wdech i rozszerzenie płuc ze znanymi dalszymi następstwami dla krążenia, przemiany hemoglobiny etc. Dla wywołania podobnego zjawiska u pozornie zmarłego należy ułożyć go poziomo, z podkładką ze złożonego w kilkoro materiału, papieru, trawy lub czegoś podobnego między łopatkami. Ratownik kładzie za głowę ofiary i obiema dłońmi jednocześnie energicznie przyśiska oba ramiona do ziemi na przeciąg 2-ch sekund. Następnie zwalnia ucisk i znów przez dwie sekundy pozwala ramionom unosić się swobodnie. Rękoczyn ten należy powtarzać do skutku, to znaczy kilka nieraz godzin i zaprzestać go właściwie dopiero z ukazaniem się plam opadowych. Autor sprawdził swą metodę na zwierzętach przy pomocy prześwietleń, obserwacji ciśnienia powietrza w tchawicy i obserwacji krwi w tętnicach i żyłach. Niewielka dotąd kazuistyka ludzka potwierdza jej wartość. Dane z fizjologii, łatwość i bezpieczeństwo wykonania zalecają ją wśród innych,

zwłaszcza do zastosowania przez laików. Dlatego bezwzględnie należy dążyć do jej rozpowszechnienia. Rzecz jasna, sztuczne oddychanie Jellinka winno się kojarzyć, jak i w zabiegu Silwestra i Schaeffera, o ile to możliwe, z innymi próbami ratowniczymi, jak z kompresem z benzyny na serce i obdęt, rozcieraniem i ogrzewaniem kończyn, a po przybyciu fachowca z upustem krwi, nakłuciem lędźwiowym i różnymi wstrzykiwaniami.

A. Wajngot.

Choroby jamy ustnej, gardła, nosa i uszu.

HÜNERMANN. O terapii krótkofalowej w laryngologii. (D. m. W. 28/1937).

Krótkie fale, dzięki swemu jednolitemu przenikaniu do głębiej położonych tkanek, mają znaczną przewagę nad innymi metodami cieplnymi. Im sprawa jest ostrzejsza i wcześniejsza, tym lepszy jest wynik leczenia krótkimi falami. Najlepiej reagują na terapię krótkofalową ostre i podostre zapalenia jam obocznych nosa. Już po kilku naświetlaniach wydzielina przybiera charakter bardziej śluzowy, zmniejsza się jej ilość oraz następuje wyraźna poprawa subiektywna. Także na ostre nieżyty — krótkie fale wpływają bardzo dobrze. W ostrych sprawach ucha środkowego należy ostrożnie dawkować, tak, aby chory odczuwał niewiele ciepła; zbyt intensywne nagrzanie krótkimi falami może wywołać nawet pogorszenie. Na przewlekłe sprawy ucha środkowego, jeżeli chodzi o ropienie kostne, krótkie fale wpływu nie wywierają; działają tylko dobrze na zaostrenie, wychodzące ze śluzówki trąbki lub jamy bębnekowej. Bardzo dobrze reagują suche nieżyty trąbki Eustachjusza oraz czerlaki ucha zewnętrznego. W otosclerosis — brak efektu. Dobrze pod wpływem terapii krótkofalowej poprawiają się nieżyty gardła i tchawicy. Na zasadzie czteroletniego doświadczenia autor uważa krótkie fale za cenną zdobycz lecznictwa, najbardziej efektywną w nieżytach nosa, jam nosowych, ale także skuteczną w chorobach ucha i gardła.

S. Hopensztadt.

H. MELLER i G. FUCHS. O stosowaniu krótkich fal w terapii niezagojonych jam, pozostałych po operacji doszczętnej. (W. m. W. 28—29/37).

Jest niewątpliwą zasługą Neumanna, który już w r. 1929 wraz z Buchbendem i Raskowitschem, zastosował krótkie fale w chorobach usznych. Od tego czasu terapia krótkofalowa bywa często stosowana w stanach zapalnych, ostrych i przewlekłych. Autorzy naświetlali metodą atermiczną Liebesnego tak, ażeby chory odczuwał minimalne ciepło. Materiał składał się z 20 chorych o ranach obficie ropiejących, u niektórych — już w kilka lat po zabiegu. Liczba naświetlań wahała się od 12 do 53, przeciętnie około 20-tu. U dziesięciu chorych — wyleczenie, całkowita epidermizacja wraz z zupełnym ustąpieniem wydzieliny. Najstarszy z tych chorych był już 16 lat po zabiegu. U dziewięciu znaczna poprawa obiektywna i subiektywna. Ciekawe, że dochodziło nie tylko do cofania się ziarniny, lecz w dwóch przypadkach doszło do zniknięcia dość wielkich polipów.

S. Hopensztadt.

K. LÖWY. Uwagi o leczeniu krótkimi falami przewlekłego ropienia ucha środkowego. (Wien. med. Woch. 28—29/37).

Jednocześnie z leczeniem jam, pozostałych po operacji doszczętnej, w klinice dokonywano naświetlań krótkimi falami przewlekłych zapaleń ropnych ucha środkowego. Autor wybrał pośrednią grupę chorych z obwodowym przedziurawieniem bębienka, gdyż z jednej strony środkowe przebicie bębienka goi się bardzo dobrze konserwatywnymi środkami, a z drugiej zaś strony wytworzenie się guza perlistego jest już wskazaniem do zabiegu. Z grupy o przedziurawieniu obwodowym autor naświetlał tylko te przypadki, gdzie doszło do przewlekłego ropienia kostnego i obfitej ziarniny, a gdzie leczenie konserwatywne jest naprawdę zadaniem bardzo niewdzięcznym. Chorych naświetlanych było 16: wyniki były ujemne. Dlaczego tak zbliżone makroskopowo sprawy, jak przewlekłe ropienie i niewyleczone ra-

ny po operacji doszczętniej, tak różnie reagują na krótkie fale — nie wiadomo. Możliwe, że w grę wchodzi różnica w budowie histologicznej. S. H o p e n s z t a d t.

Choroby narządów trawienia.

T. SPRUNT. Marskość wątroby. (J. Am. M. As. 11.XII.37).

Znaczny postęp badań klinicznych i laboratoryjnych wyraźnie przesunął okres rozpoznawania marskości wątroby ze stadium rozwiniętego obrazu do momentów bardzo wczesnych, które dla dawnych klinicystów przechodziły niepostrzeżenie. Możliwość nieprzeoczenia wczesnego okresu marskości wątroby (autor zajmuje się tu wyłącznie marskością zanikową typu Laënneca) zmienia w dużym stopniu rokowanie w tym schorzeniu, pczalając na wczesne zastosowanie leczenia zapobiegawczego i przyczynowego. Żółtaczka lub stan podżółtaczkowy są najbardziej jaskrawym objawem. Patogeneza żółtaczki przedstawia się według najnowszych badań następująco: bilirubina, pochodna hemoglobiny, opuszcza komórkę wątrobową po przez kanaliki i większe drogi żółciowe, kierując się do jelit. Tu zamienia się na urobilinę i urobilinogen. Część z tych nowych produktów wchłania się i powraca do wątroby, aby stąd dostać się z powrotem w skład żółci. W razie niedomogi wydajniczej wątroby, urobilinogen zbiera się w krwi i wydalą z moczem; urobilinogenuria jest więc pierwszym sygnałem niewydolności wątroby. Od czasu prac Richa (1930 r.) dzielimy żółtaczkę na dwa podstawowe typy: retencyjną i regurgitacyjną. W pierwszej bilirubina, krążąca w krwi, wiąże się z białkami surowicy i nie wydalą się przez nerki (żółtaczka acholuryczna) oraz daje bezpośredni odczyn van den Bergha. Ten typ żółtaczki obserwujemy w niedomodze krążenia, anemii hemolitycznej, zimnicy i zapaleniu płuc. W żółtaczce regurgitacyjnej bilirubina jest wydalana dobrze, lecz dostaje się wraz z innymi składnikami żółci do krwi i tkanek wskutek albo zatkania dużego przewodu albo wskutek zniszczenia komórek wątroby. Bilirubina już nie wiąże się z białkami, daje pośredni odczyn van den Bergha i wydziela się z moczem (żółtaczka choluryczna). Ten typ zdarza się w poważniejszych zaburzeniach wątroby z marskością żółciową. W marskości zwykłej (t. zw. typ Laënneca) mogą wystąpić oba mechanizmy. Odkrycie któregoś z nich nie jest więc patognomiczne. Puchlina brzuszna jest tu typowa, ale zazwyczaj występuje dość późno. Towarzyszą jej rozszerzenia żył na brzuchu i dolnej połowie klatki piersiowej (*caput Medusae*) i żyłaki przełyku. Ostatnie zwłaszcza są zjawiskiem wczesnym i przy doskonałej technice rentgenowskiej dają się ujawnić na kliszy. Jednakże niekiedy występują bardzo wybitne zaburzenia gospodarki wodnej bez wodobrzusza. Należy do nich opisana przez Jonesa samoistna obfita diureza, dająca zresztą rokowanie lepsze, niż w innych formach marskości zwykłej. U podłoża tych zaburzeń leży zmiana zawartości białek w surowicy. Albuminemia spada, głównie w swej frakcji albuminowej, globuliny mogą się nie zmniejszyć, a nawet zwiększyć, co prowadzi do odwrócenia współczynnika albuminy, globuliny. Wbrew nazwie „marskość zanikowa” wymiary wątroby we wczesnych okresach powiększają się, nie tylko przez rozrost tkanki łącznej ale przez nagromadzenie tłuszczu i produktów zapalnych (wysięku wewnątrzwątrobowego). Spośród licznych prób badania czynności autor przypisuje szczególnie kilku duże znaczenie: 1) wstrzykiwanie dożylnie bilirubiny i kontrola kilkakrotna jej poziomu w krwi. Sposób ten jest bardzo czuły dla odróżnienia żółtaczki retencyjnej od regurgitacyjnej, jednakże zbyt kosztowny, aby mógł znaleźć szerokie zastosowanie. 2) Z prób barwnikowych autor wyróżnia bromsulfaleinową. 3) Próba galaktozowa — jako test dla czynności glikogenicznej wątroby. Próby dla określenia gospodarki tłuszczowej nie mają znaczenia. Wybitne osłabienie, brak łaknienia i nudności, język obłożony. Często wymioty, nieraz krwawe (żyłaki) towarzyszą chorobie. W krwi hipoglikemia, moczu wysycony z nadmierną zawartością urobilinogenu. W późnych okresach bóle głowy, zamroczenie, depresja psychiczna, wresz-

cie śpiączka. Najważniejszym momentem przyczynowym jest, jak się zdaje, stałe i długotrwałe podrażnienie komórki wątrobowej (alkohol, arsen), ale autor duże znaczenie przypisuje kile. Jaka jest zbieżność między tym schorzeniem i intensywnym leczeniem arsenobenzolowym w predysponowaniu organizmu do marskości, na razie nie da się ustalić, w każdym razie istnieją statystyki, w których 25% chorych przeżyło kurację salwarсанową, i takie, w których 20% stanowią syfilitycy nie leczeni. Metody zapobiegawcze wynikają z etiologii; do nich należy przede wszystkim walka z alkoholizmem i kiłą. Po rozpoznaniu leczenia polegać ma na stosowaniu diety obfitej węglowodanowej, białka nie więcej niż 1 gr. na dobę na 1 kg. wagi najlepiej pod postacią białka roślinnego (ale mięso w małych ilościach nie jest wzbrownione), tłuszczu w małej ilości. Odstawić należy bezwzględnie alkohol i arsenobenzolowe leczenie ewentualnej kiły, którą możemy wtedy leczyć jodem i rtęcią lub bizmutem. W postaciach posuniętych oczywiście leczenie objawowe, zależnie od okoliczności. Poza tym zalecane jest przyjmowanie wapnia. (Autor nie wspomina ani o insulinie, ani o „gimnastyce wątroby” insuliną i tyreoidyną na przemian w/g. metody P r i b r a m a, ani wreszcie o operacji T a l m y — ref.). A. W a j n g o t.

Choroby serca i naczyń.

P. LIEBESNY. O wskazaniach do leczenia krótkimi falami schorzeń naczyń obwodowych. (D. m. W. 28, 1937).

Materiał autora, który od dłuższego już czasu stosuje metodę tę w terapii powyższych schorzeń, składał się z chorych z objawami chromania przestankowego lub już występującej martwicy palców. Krótkie fale, zresztą jak i inne środki lecznicze, działają głównie na czynnik kurczowy i dlatego im mniejsze są zmiany anatomo-patologiczne, tym lepsze są wyniki leczenia. S c h o l z na 35 przypadków *endoarteriitis obliterans* miał 9 bez efektu, przy czym u 5 z tych ostatnich arteriografia wykazała kompletne zamknięcie światła *a. femoralis*, sięgające przeważnie do połowy uda. Celem wykazania, jak daleko są posunięte zmiany organiczne autor stosuje kapillaromikroskopię. Prostszy jest sposób mierzenia t° skóry na odcinkach symetrycznych. W tym celu na oddziale autora używa się t. z. spiralelementu P f l e i d e r e r a i B ü t n e r a, umożliwiającego mierzenie t° skóry z dokładnością *plus minus* $0,2^{\circ}$. Różnica między t° zdrowej a chorej nogi wynosi około jednego stopnia, dochodzi jednak do 3° , co daje złe rokowanie. Jeżeli przeważa moment kurczowy, to środki, zmniejszające napięcie układu sympatycznego, zwiększają t° skóry na kończynie chorej; przy silnym zwężeniu lub zamknięciu światła naczynia — t° zostaje bez zmiany. W martwicy na tle cukrzycy wyniki leczenia krótkimi falami nie są dobre; na 11 chorych tylko u dwóch nastąpiło wyleczenie, u 3 poprawa, a u 6 brak efektu. Bezwzględnie lepsze są wyniki w martwicy na tle *endoarteriitis obliterans* lub zmian miażdżycowych w naczyniach. W chromaniu przestankowym u 30% chorych nie można było stwierdzić poprawy; lecz, z wyjątkiem jednego przypadku *endoarteriitis obliterans juvenilis*, nigdy nie doszło do pogorszenia lub też do martwicy. S. H o p e n s z t a d t.

Albert H. du BOIS. Ziarnica złośliwa, przebiegająca pod postacią posocznicy. (Le Sang Nr 4, r. 1937).

Autor cytuje trzy przypadki ziarnicy złośliwej o szybkim i zupełnie nietypowym przebiegu. Na ogół ziarnica złośliwa, nie przedstawiająca wielkich trudności rozpoznawczych w przebiegu zwykłym, czasem staje się niemożliwa do rozpoznania za życia chorego. Umiejscowienie sprawy chorobowej jest wtedy wewnątrz trzewi, nie tylko obwodowe gruczoły chłonne — ale wewnętrzne, zaotrzewnowe i t. d. absolutnie żadnych zmian nie wykazują. Badanie rentgenowskie i próba badania histologicznego pozostają bez wyniku. Choroba przebiega z temperaturą hektyczną, z dużymi skokami, czasem dają się zauważyć remisje. Posiew krwi, o ile był tylko jałowo zrobiony, wypadł ujemnie, badanie morfologiczne nie wykazuje nic charakterystycznego: przeważnie zmniejszone liczby obojętnochłonnych i niedokrewność wtórna. Objawy ogniskowe występują nie zawsze. Bada-

nie pośmiertne pozwala postawić dopiero właściwe rozpoznanie. W pierwszym przypadku autora — przebieg był niezbyt szybki z remisjami, t° o charakterze hektycznym, obraz krwi, z którego nie wynioskować nie można, posiewy i roentgenogramy ujemne. W trakcie choroby dopiero zaczynają lekko powiększać się gr. chłonne i staje się wyczuwalna śledziona. W moczu stwierdza się cukier, urobilinogen, urobilinę. Przy coraz pogarszającym się stanie ogólnym i zmniejszaniu się liczby leukocytów nastąpiło zejście śmiertelne. Badanie histologiczne pośmiertne pozwoliło rozpoznać w ogniskach w wątrobie, śledzionie i płucach ziarnicę złośliwą. Znamienne jest, że powiększone za życia gr. chłonne nie miały zmian charakterystycznych dla choroby Hodgkina. Pozostałe dwa przypadki miały przebieg podobny. Nigdzie nie było swędzenia, powiększenia gruczołów, typowych zmian we krwi. Za życia rozpoznawano przeważnie posocznicę — chociaż i możliwość ziarnicy złośliwej była wysuwana. Badanie histopatologiczne wykazywało zmiany swoiste tylko w obrębie trzew. W wywiadach wszystkich chorych autora jak również i innych zebranych z literatury dawało się zawsze stwierdzić — albo przewlekłą sprawę gorączkową, albo podawanie lekarstw, pobudzających układ siateczkowo-śródbłonkowy: (arsenobenzol, uroselectan i t. d.). Wsuwa stąd autor nie wniosek nawet, a tylko hipotezę jeszcze, że to są właśnie czynniki, wywołujące ziarnicę złośliwą. M. Szejnman.

WEIL, HENTERIER, POLAK. **Aleukia krwotoczna po doustnym podawaniu stovarsolu.** (Le Sang Nr 3, r. 1937).

Znane są przypadki niedokrwistości aplastycznej lub zwykłej, plamicy, agranulocytozy, spowodowanych podawaniem arsenobenzolu. Autorzy przedstawiają dwa ciężkie powikłania po stovarsolu, podawanym doustnie. Stovarsol stosowany był z powodu czerwotki u jednego chorego, przewlekłej, odpornej na leczenie biegunki u drugiego. Objawy skazy, jak zwykle, rozpoczęły się od jamy ustnej i podudzi — zgorzelinowe zapalenie dziąseł i wybroczynki. Badanie krwi wykazało znacznie obniżoną liczbę czerwonych i białych krwinek, b. znaczny spadek płytek. Wskaźnik nieco większy od 1., znacznie wydłużony czas krwawienia, czas krzepnięcia mniej więcej zachowany — ale skrzep się nie kurczy, brak elementów młodocianych we krwi świadczący o próbach odnowy; nakłucie i badanie szpiku kostnego wykazało w jednym przypadku odczyn aplastyczny. W obu przypadkach język wygładzony, u jednego chorego brak kwasu solnego w soku, drugiego w żaden sposób nie dało się zbadać. Zejście śmiertelne w jednym przypadku, klinicznie przebiegającym łżej, poprawa i wyzdrowienie właśnie u chorego z aplastycznym odczynem i z brakiem HCL (chory z biegunkami). Obaj chorzy otrzymali mniej więcej po 10 gr stovarsolu w ciągu 2 miesięcy. Przede wszystkim wnioskować stąd można, że jednakże ostrożnie trzeba stosować stovarsol, specjalnie w przewlekłych sprawach przewodu pokarmowego — które już odpowiednio wpływają na układ krwotoczny. Powtórnie poddać musimy rewizji pogląd o powodzie skazy krwotocznej po arsenobenzolu. Jeżeli wystąpić może ona również i po stovarsolu, to prawdopodobnie nie pierścien benzolowy, lecz arsen trójwartościowy w jednym, pięciowartościowy w drugim przypadku powoduje powikłania ze strony narządów krwiotwórczych. M. Szejnman.

G. LEINER **Leczenie zatorów w tętnicach.** (Klin. Woch. 1937, nr. 18).

Autor poleca wstrzykiwania eupaveriny Mercka do tętniczko, ponieważ są one skuteczniejsze niż wstrzykiwania do żył. U jednej pacjentki udało się usunąć groźne objawy zatoru tętnicy przez wstrzyknięcie eupaveriny do tętnicy powyżej czopu zatorowego, podczas gdy po dożylnym wstrzyknięciu nastąpiło tylko małe polepszenie. Przeprowadzono poza tym porównawcze badania nad działaniem eupaveriny, wstrzykniętej do tętnicy i do żyły w przypadkach *dysbasia angiosclerotica* i *endarteriitis obliterans* bez lub ze zgorzelą oraz w początkowej zgorzeli cukrzycowej, i stwierdzono przy tym lepsze wyniki przy wstrzykiwaniach do tętnic. Technika nie jest trudna: tętnicę udową można łatwo wyczuć i osiągnąć w zgięciu pachwino-

wym. Również łatwo można odnaleźć tętnicę ramieniową lub podobojczykową. Sposób postępowania jest zupełnie bezpieczny. Metodę tę należy zastosować możliwie natychmiast po utworzeniu się zatoru, tym bardziej, że wyniki mogą być lepsze od operacyjnego usunięcia zatoru. Jan Bader.

Choroby kobiet i położnictwo.

F. LOBRE. **Leczenie stanów zapalnych jajowodów i macicy krótkimi falami.** (D. med. W. 28, 1937).

Autorka, kierowniczka oddziału ginekologicznego kliniki Saipêtriere w Paryżu, podaje dwa zupełnie odmienne sposoby zastępowania terapii krótkofalowej w leczeniu zapaleń narządów rodnych. W przypadkach zajęcia jajowodów autorka stosuje krótkie, trwające do 5 minut naświetlania, mające na celu wywołanie reakcji ze strony schorzałych tkanek. Elektrody umieszcza się z obu boków pacjentki. Metodą tą leczono 350 przypadków zapalenia jajowodów (odsetek ostrych i przewlekłych ? — ref), liczba naświetlań 10—15. Brak efektu tylko w 10% przypadków; krótkie fale działały nawet tam, gdzie przed tym bezskutecznie stosowano diatermię. Autorka podaje opis trzech przypadków z ostrymi zapaleniami jajowodów, z tych dwa pochodzenia rzeżączkowego, wyleczonych tą metodą. W stanach zapalnych macicy autorka stosuje leczenie wstrząsami. W tym celu wstrzykuje się jakiś środek białkowy dożylnie, naświetlając jednocześnie miejscowo od 3 do 6 godzin krótkimi falami. Nie chodziło w tych przypadkach o leczenie wysoką temperaturą, gdyż z jednej strony autorka osiągała temperaturę, dochodzącą tylko do 39,5°, wówczas gdy do zabicia gonokoków konieczna jest i to przez czas dłuższy t° 41°; z drugiej strony poprawiały się zapalenia macicy pochodzenia nietrypowego. U 70 chorych, leczonych tą metodą, w jednej trzeciej wystarczał już jeden taki seans; tylko w jednym przypadku doszło do trzech. Naturalnie, że metoda ta może mieć zastosowanie tylko w warunkach szpitalnych. Autorka opisuje 6 przypadków przewlekłego zapalenia macicy, wyleczonych tą metodą, w tym 2 przypadki u 8 letniej i 15 letniej dziewczynki. S. Hopenstadt.

M. WINTZ. **Terapia krótkofalowa w ginekologii.** (W. m. W. 28—29, 1937).

Przewaga krótkich fal nad innymi środkami cieplnymi polega na głębszym przenikaniu w głąb tkanki. Ale działanie ich nie opiera się wyłącznie na ciepło; przecież najwyższe powiększenie t°, osiągnięte przez autora w polu kondensatorowym przy bardzo wydajnym aparacie, wynosiło 1,2°, przeciętnie zaś mamy 0,5°, jest to więc zbyt mało, ażeby sobie tym tylko wyjaśnić działanie krótkich fal. Zasadą postępowania jest słabe i ostrożne dawkowanie w ostrych sprawach zapalnych, mocne — w sprawach przewlekłych. W ostrych schorzeniach przydatków daje się zdecydowanie prędzej doprowadzić krótkimi falami *pyosalpinx* przez *hydrosalpinx* do wessania się, aniżeli dotychczas używanymi metodami konserwatywnymi. Autor nie zarzucał jednak tych ostatnich, stosując jednocześnie naprz. w ostrych sprawach wstrząsykiwanie dożylnie wapnia. W sprawach przewlekłych, z powodu starych bliznowatych zmian, wyniki nie są tak efektowne. Są za to bardziej długotrwałe, aniżeli po innych metodach, gdzie często po roku lub dwóch dochodzi do nawrotu. Bardzo dobrze reagują na krótkie fale — zapalenia ropne piersi. Autor widział kilka przypadków twardego, bolesnego nacieku, który błyskawicznie cofnął się po krótkich falach. Aczkolwiek w przypadkach ropienia, przy całkowitym nacieku, nie można oczekiwać szybkiego wyleczenia, to jednak wyniki są tu lepsze i bolesność mniejsza. Autor radzi przy groźącym zapaleniu piersi zastosować krótkie fale, ewentualnie w kombinacji z naświetlaniem Rtg. (40% H. E. D.). Dobre są wyniki naświetlań krótkimi falami części rodnych oraz przysadki w zaburzeniach wydzielania wewnętrznego: doświadczenie w tej dziedzinie jest jednak zbyt małe. Zachęcające są także próby naświetlań nerek w eklampsji. W rakach narządów rodnych krótkie fale mogą dać nawet impuls do wzrostu nowotworu. Ciekawe byłoby tutaj kombinowane leczenie Rtg. z krótkimi falami. S. Hopenstadt.

płyn o składzie zupełnie obcym dla krwi, i cały szereg środków o wiele lepszych, w których skład wchodzi roztwór fizjologiczny w takiej, czy innej modyfikacji.

Wymienić tu należy.

0,9% Na. Cl z dodaniem Na. citrici płyn I. P. K. (Instytut Przetaczania Krwi) będący niewielką modyfikacją płynu Ringera — o składzie: Na. citrici 5,0, Na. chlorati 7,0, Kali chlorati 0,2, Magn. sulf. 0,04, Aq. destil 1000,0, wreszcie użycie, zamiast roztworu fizjologicznego — glukozy 4%.

Skład: 0,5 Na. citrici na 100,04% glukozy. Wszystkie wyżej wymienione płyny dodaje się w stosunku 1:1 do konserwowanej krwi.

U nas Aleksandrowicz proponuje do przechowywania płynu: Liquoidi „Roche“ 0, 1, Natrii chlorati 0,85, Aq. destil 100,0.

Niestety, doświadczeń nad przetoczeniem krwi, konserwowanej w tym płynie, nie przerobił.

Wreszcie wspomnieć należy i o środkach syntetycznych, wyprodukowanych przez I. P. K., a z których ostatni nosił kolejny numer 33.

Sinantrin (syntetyczna antytrombina) oddaje duże usługi przy przechowywaniu. Najlepsze są Sinantri-ny 27 i 33.

W dostępnym mi piśmiennictwie nie znalazłem nigdzie wzmianki o użyciu heparyny do konserwowania krwi do przetoczenia. Niesłuchanie prosty sposób konserwacji — dodanie poprostu paru kropel heparyny do krwi i możność nierozcieńczania krwi — ani wprowadzania żadnych obcych składników, chociaż o składzie możliwie zbliżonym, stanowią główne zalety tej metody. Po uprzednim sprawdzeniu doświadczalnym znajdzie niewątpliwie szerokie zastosowanie.

Główny zarzut, jaki czyni się metodzie przetaczania krwi konserwowanej, podważa właściwie całą jej rację bytu. Czy to, co się przetacza, pytają sceptycy i krytycy, jest krwią z jej właściwościami biologicznymi i chemicznymi — czy też jakimś płynem krwiopochodnym o zmienionym składzie, zdegenerowanych elementach morfotycznych i zabitych właściwościach biologicznych?

Szereg prac zajmuje się badaniem właściwości krwi przechowywanej. Warunki, jakim musi czynić zadość krew — aby nadawała się do przetoczenia, są następujące: absolutna jałowość, brak hemolizy w najmniejszym bodaj stopniu, zachowanie właściwości biologicznych i brak własności toksycznych dla ustroju. Zagadnienie jałowości jako samo przez się zrozumiałe — omawiane nie będzie. Szereg autorów podkreśla jednakże, że wprowadzie wygląd zewnętrzny krwi świadczy poniekąd o jej zanieczyszczeniu — ale wcale nie rzadko spotyka się krew zupełnie przezroczystą, bez najmniejszego mętu lub zawiesinki, z której jednakże dawały się wyhodować kolonie bakterii.

Hemoliza jest tym czynnikiem, który uniemożliwia długie przechowywanie krwi; początek hemolizy — to zewnętrzny objaw śmierci krwi — groźne ostrzeżenie, że krew ta przestała być dla ustroju środkiem leczniczym, a stała się trucizną. Hemoliza, bowiem, leży u podstawy powikłań potransfuzyjnych. Najmniejsza i największa odporność osmotyczna krwinek, zabarwienie osocza, stwierdzone spektrograficznie, spektroskopowo lub przynajmniej kolorymetrycznie, zachowanie się K który, jak wiemy, występuje jedynie w krwinkach — a w osoczu w stanach fizjologicznych nie daje się stwierdzić — są badaniami, które zorientują nas co do przydatności krwi do przetoczenia. Różowa suro-

wica lub najłżejsze choćby zaróżowienie warstwy najbliższej erytrocytów (erytrocyty w krwi konserwowanej opadają na dno, nad nimi układa się cienka warstewka białych ciałek i płytek, a nad nimi zupełnie przezroczyste osocze) jest już przeciwwskazaniem do przetaczania tej krwi. Dobre wyniki daje prosta próba z delikatnym wstrząsaniem naczynia — różowe bowiem zabarwienie rozchodzi się równomiernie, a nie utrzymuje się tylko w pobliżu lub między czerwonymi ciałkami. Obecność tego zabarwienia, oczywiście, wyłącza użycie krwi.

Okres czasu, poprzedzający wystąpienie hemolizy, zależy od użytego środka do przechowywania, od t^0 i od zanieczyszczenia. Grazdow przechowywał krew zaledwie 2 tygodnie. Inni autorowie osiągnęli znacznie lepsze wyniki. Bagdasarow w środowisku glukozy i Na citricum osiągnął czas do 50 dni, Denia w tym samym środowisku 35 dni. Czas do wystąpienia hemolizy i Na citricum osiągnął czas do 50 dni, Denia w tym 14 dni, inne płyny konserwujące pozwalają przechować krew nieco krócej, bo do 11 — 13 dni. Sinantren daje również podobne wyniki.

Zdaniem Lindenbauma i Strojkowej gazowanie krwi przez dodanie H_2O_2 przedłuża znacznie czas konserwacji.

Jak widzimy, najlepsze wyniki daje użycie płynu, zawierającego glukozę i Na. citricum. Zarzuty co do ułatwienia rozwoju infekcji, zakwaszenia środowiska i łatwości karmelizacji są nieistotne; jałowość bowiem musi być absolutna, z przesunięciem Ph — ciała buforone biorcy doskonale sobie poradzą, a pewna karmelizacja w nieznacznym stopniu nie jest przeszkodą.

Zmiany osmotycznej oporności minimalnej przedstawiają się następująco. Oporność maksymalna nie ma znaczenia, bo chodzi przecież o to, kiedy zaczyna się hemoliza, a nie kiedy się kończy. Hemoliza w krwi, konserwowanej tylko roztworem cytrynianu sodu lub w płynie I. P. K., w ciągu pierwszego tygodnia nie występuje — oporność osmotyczna bez zmian. Później stopniowo oporność maleje, zbliżając się niemal do granic izotonii. Przy oporności 0,8 — 0,72½ roztworu Na Cl rozpoczyna się hemoliza. Czas potrzebny, jak wspominałem, 14 — 15 dni dla I. P. K. i 12 — 13 dni dla innych płynów. Zupełnie odmiennie zachowuje się oporność krwinek, przechowywanych w glukozie z cytrynianem. Już w pierwszych dniach od razu obniża się do 0,56 — 0,60. Niezależnie od stałego dalszego zmniejszania się oporności hemoliza nie występuje — nawet dla liczb, które w innym środowisku dawno wywołałyby już to zjawisko. Wy tłumaczeniem nie występowania hemolizy mimo niskiej oporności jest prawdopodobnie obniżenie się Ph, spowodowane przechodzeniem glukozy w kwas mlekowy. Ciekawie zachowuje się oporność osmotyczna maksymalna, która podnosi się do 0,18 — 0,14% Na Cl.

Badań kolorymetrycznych, spektrograficznych i spektrometrycznych w dostępnym mi piśmiennictwie nie znalazłem.

Powyżej przytoczone zmiany oporności osmotycznej i zachowania się hemolizy znajdują potwierdzenie w morfologicznym wyglądzie czerwonych ciałek krwi. Erytrocyty, przechowywane w środowisku I. P. K. lub 4% glukozy z Na. citricum, przez pierwszy tydzień zachowują swoją wielkość, kształt i zabarwienie. Później stopniowo zaczynają się zjawiać mikrocyty. Zdaniem Kolesnikowa zmiana kształtu odbywa się już wcześniej — erytrocyty, przechowywane nie w środo-

wisku glukozy, zachowują się jakby w roztworze hipertonicznym — przybierają kształty morwowate.

W I. P. K. po 15 dniach, a w glukozie z cytrynianem po 25 erytrocyty poczynają błędnąć, średnia ich wynosi 9 — 10 μ . Kolesnikow uważa, że dodanie glukozy przedłuża czas konserwacji. Morwowate kształty rozpoczynają się pojawiać nie od razu, a dopiero po 14 dniach. Z grubsza więc obserwację pokrywają się.

Grozącą hemolizę można przewidzieć na podstawie wyglądu krwinek — stają się one blade, napęczniałe, o obrysie nieprawidłowym z licznymi wodniczkami w środku. Cienie krwinek świadczą o hemolizie już dokonanej. Stosunkowo najoporniej zachowują się retikulocyty, które po całkowitym shemolizowaniu dojrzałych erytrocytów dają się dobrze zabarwić i obserwować.

Spośród zmian chemicznych najdokładniej prześledzono zachowanie się Ph. Jak to niełatwo przewidzieć, inne będzie jego zachowanie się w środowisku I. P. K. i cytrynianu, inne w obecności glukozy.

Ph w środowisku I. P. K. i cytrynianów zmienia się nie szybko, przez pierwszy okres zachowuje się bez zmian, jednakże po 12—15 dniach już w ogóle nie możemy stwierdzić glukozy; ilość kwasu mlekowego wzrosła do 40 mgr. % (kosztem glukozy), a Ph odpowiednio się obniżyło.

Zakwaszenie środowiska, zawierającego glukozę, na skutek jej rozpadu będzie odbywało się o wiele szybciej. Po 20 dniach ilość kwasu mlekowego waha się od 160 — 180 mgr. %. Punkt izoelektryczny obniża się znacznie i zbliża się do 0,3 — 0,4.

Przetaczanie krwi nawet znacznie zakwaszonej do ustroju, zawierającego normalną ilość moderatorów, jak wspominałem, nie jest szkodliwe.

Czerwone ciała krwi — komórki bezjądrzaste nie przez wszystkich autorów uważane są za elementy żywe, stwierdzenie więc ich dobrego przechowywania się przez pierwsze tygodnie nie dowodzi jeszcze braku zmian w życiowych właściwościach krwi. Aby przekonać o tym największych nawet sceptyków, zbadać należy te elementy, których życie nie może być kwestionowane — białe ciała krwi. Wyniki, otrzymane przez różnych autorów, są tu rozbieżne. Ginzburg (cyt. podług Kolesnikowa) podaje, że w środowisku I. P. K.

po 5 dniach stwierdził 92,6% zachowanych leukocytów

10	„	„	80	„	„
15	„	„	72	„	„
20	„	„	62	„	„
25	„	„	42	„	„
30	„	„	38,9	„	„

Jeszcze lepsze wyniki otrzymał autor przy używaniu środowiska glukozy z cytrynianem. Zestawiwszy te spostrzeżenia z na ogół zgodnym stwierdzeniem, że hemoliza w środowisku I. P. K. występuje około 15 dnia — ustosunkować się do nich musimy nieco sceptycznie.

Kolesnikow na podstawie spostrzeżeń własnych, podaje, że zmiany w leukocytach wystąpiły już na drugi dzień konserwacji: jądra pęczniały, ziarnistości stawały się mniej widoczne. Po tygodniu do 80% leukocytów ulegało zniszczeniu. Limfocyty opierały się dłużej. Po 3 tygodniach już nie można było stwierdzić ani leukocytów, ani limfocytów żywych. Badania ultramikroskopowe wykazały jednak prądy w plazmie, świadczące o życiu przynajmniej pojedynczych komórek.

Do wręcz pesymistycznych, a miejscami oryginalnych wniosków doszli Th z a n c k i D r e y f u s s na podstawie zresztą tylko jednej obserwacji. Zdaniami ich, już po 24 godz. 55% leukocytów ulegało zniszczeniu, a po tygodniu zaledwie 2% pozostawało przy życiu (środowisko I. P. K.). Leukocyty wielojądrzaste zmieniają się wyraźnie, jądro ciemniejsze, oksychromatyna staje się niewyraźna i niewidoczna, obrys jąder nieprawidłowe — wreszcie następuje zlanie się całej substancji jądrowej w jedną bezkształtną masę. Po 48 godz. nie ma już zupełnie dwu lub wielojądrzastych elementów — przekształciły się one wszystkie w komórki o jednym jądrze. Na tej podstawie kwestionują autorzy t. zw. przesunięcie w lewo wzoru Schilling - Arneha.

Obniżenie się Ph powoduje to, że ziarnistości stają się bardziej kwaśne; jako skutek tego podają autorowie, że w ciągu 24 godzin ilość eozynofili wzrosła z 3 — 5%. Później eozynofile znikają zupełnie, a na ich miejsce zjawiają się bazofile. Monocyty upodobiły się wybitnie do myeloblastów, zjawiają się 5 — 6 jąderek z ziarnistościami chromatynowymi — ziarnistości azurofilne plazmy znikają.

(C. d. n.).

Oceny książek.

O. NAEGELI. *Differentialdiagnose in der inneren Medizin*. Lieferung 3. Georg Thieme Verlag, Leipzig. 1937. Str. X, 296, z 59 rysunkami.

Jest to trzecia i ostatnia część „Diagnostyki różniczkowej chorób wewnętrznych“, której pierwsza i druga część wyszły w latach 1935—1936, a które już mieliśmy wówczas sposobność omówić. Część trzecia obejmuje stany gorączkowe i zakaźne, choroby stawów i kości, przełyku, serca i naczyń, nerek i dróg moczowych, układu nerwowego. Sposób ujęcia jest taki sam, jak w pierwszych dwóch częściach. Z każdego słowa książki bije ogromne doświadczenie kliniczne autora i zrozumienie dla trudności rozpoznawczych, które napotyka przy łóżku chorego lekarz-praktyk. Autor wziął na siebie zadanie ułatwienia mu tych trudności, gdyż całkowite ich usunięcie jest, oczywiście, niemożliwe. Zadanie to zostało rozwiązane przez autora w jak najlepszy sposób. Książkę ożywiają liczne ryciny, częściowo barwne, oraz opisy przypadków. Należy zaznaczyć, że nie wszystkie poglądy autora są ogólnie przyjęte. Autor np. uważa, że „hypotonia essentialis“ jako jednostka nie istnieje. Ostro gościć stawowy ma występować bez anginy, zaś zmiany stawowe, zjawia-

jące się po uprzedniej anginie, zalicza autor do grupy „reumatoidów“. Niski woltaż wychyleń elektrokardiogramu uważa jako taki, bez innych zmian, za objaw uszkodzenia mięśnia sercowego, tak samo niski woltaż w obręku śluzakowatym, pomijając zmiany skórne, istniejące w tym cierpieniu, a wpływające na przewodnictwo elektryczne (w obręku śluzakowatym elektrokardiogram, otrzymany za pomocą elektrod-igieł, wprowadzonych pod skórę, wykazuje wychylenia o normalnej wysokości). Przez pomyłkę, zapewne, zamieszczono dwa razy tę samą krzywą ciepłoty w chorobie papuszej (rys. 110 i 113). Jak na wydawnictwo niemieckie, uderza stosunkowo duża liczba błędów zecerskich.

Henryk J. Landau

Dr. Horst BOENIG. *Leitfaden der Entwicklungsgeschichte des Menschen*. Georg Thieme Verlag, Lipsk, 1938, str. 266 (z 316 częściowo kolorowymi rycinami). Cena RM. 10, 20 (egz. nieoprawny).

Omawiany podręcznik został napisany przez długoletniego asystenta i docenta Uniwersytetu w Berlinie, badacza, wykształconego w klasycznej szkole niemieckiej embriologii prof. E. Keibla. Przeznaczając książkę dla słuchaczy wydziału lekar-

skiego, autor celowo (wzorem Broma) ograniczył się w swym zarysie embriologii do przedstawienia wyłącznie rozwoju człowieka, całkowicie pomijając niezwykle ciekawy materiał embriologii porównawczej i doświadczalnej. Jest to niewątpliwie z pewną stratą dla ogólnokształcącej wartości dzieła, pozbawionego piętna indywidualności badawczej autora, duże jednak walory pedagogiczne dziełka stają się widoczne przy czytaniu trudniejszych rozdziałów nauki o rozwoju człowieka (wczesne zarodki ludzkie, błony płodowe, rozwój nerek i t. d.) napisanych bardzo przejrzysto. Poza tym książka Boeniga wyróżnia się bardzo dodatnio starannym doбором rycin, częściowo tylko zaczerpniętych z innych dzieł, w dużej zaś mierze oryginalnych. Podręcznik ten można więc polecić, jako wartościowy przewodnik do pracy przedegzaminacyjnej i wstęp do studiów klinicznych.

Piotr Słoniński.

Dr Max LEFFKOWITZ. *Die Blutkörperchensenkung*. (Urban i Schwarzenberg 1937).

Jest to już czwarte wydanie monografii pod tym tytułem, oddane przez autora do rąk czytelnika lekarza w ciągu 9 lat. Piśmiennictwo tego zagadnienia jest tak olbrzymie, że przekracza już możliwość opanowania go przez jednego badacza; wynosi ono ponad 2000 pozycji, co, wg. słusznej uwagi A. Landego (Warsz. Cz. lek. Nr 45, 1937), odpowiada jednej publikacji co trzy dni. 4 wydania pracy autora i powyższe dane statystyczne są najlepszym dowodem zainteresowania się świata lekarskiego zagadnieniem opadania krwinek, któremu tak wielkie znaczenie przypisuje się dla oceny i rokowania w dużej liczbie jednostek chorobowych. Niewątpliwie (pozorna zresztą) łatwość wyko-

niania odczynu opadania przyczyniła się do tak znacznego jego rozpowszechnienia. Monografia omawiana jest pracą bardzo systematyczną, obiektywną, wyczerpującą. Nie ma gałęzi wiedzy lekarskiej, której specjalista nie znalazłby zestawienia wyników odczynu opadania i krytycznego ich rozbioru. Specjalnie cenny wydaje mi się rozdział, omawiający teoretyczne podstawy odczynu, bez którego zrozumienia nie ma mowy o właściwym ustosunkowaniu się do wartości jego w ogóle i własnych spostrzeżeń w szczególności. Nie mniej ważne jest omówienie jedynie właściwej techniki i jej błędów, co niewątpliwie przyczynić się może (a w każdym razie powinno) do ścisłego przestrzegania przepisów techniki, bez czego otrzymywane wyniki tracą wszelką wartość i stać się mogą źródłem nieporozumień i fałszu naukowego. Na marginesie cennej pracy Leffkowitza pragnę omówić dwie sprawy, właściwie wykraczające poza obowiązki recenzenta. Pierwszą z nich są głosy, m. in. i w piśmiennictwie polskim (Falkowski), mocno podważające wartość odczynu na zasadzie badań opadania przy pobieraniu krwi z dwóch różnych żył jednocześnie, przy czym otrzymywano niejednokrotnie wartości, olbrzymio różniące się między sobą. Wyniki te muszą być jeszcze skontrolowane, gdyż ich potwierdzenie może wywołać zasadniczy przewrót w ugruntowanych pojęciach. Drugą sprawą jest bibliografia, obejmująca w zestawieniu autora ok. 1000 pozycji. Wśród nich zaledwie kilka razy widnieją prace polskie i kilka razy prace autorów polskich, ogłaszane za granicą. Ta niewspółmierność z dorobkiem polskiej myśli lekarskiej rzuca smutne światło na wartość dotychczasowej jej propagandy na międzynarodowym terenie.

Antoni Wajngot.

Wskazówki praktyczne.

Hocot i Werner leczą z powodzeniem *psychozy klimakteryczne u kobiet maszynowymi dawkami teeliny* (estronu) — 30 — 40 tys. jedn. międzyn. w ciągu miesiąca. (J. Am. Med. Ass. 1937 str. 1787).

—o—

Chabanier, Gaume i Lobo - Onell donoszą o pomyślnych wynikach odnerwienia nerek w ciężkich stanach zapalnych tego narządu, nawet podostrych. W każdym razie zalecają tę operację nawet w przypadkach pozornie beznadziejnych. (Journ. d'Urologie, 1937, Nr 6).

—o—

Harald Salvesen donosi o powikłaniu epidemii *czernonki gośćcem stawowym, zapaleniem spojówek i cewki moczowej*. Objawy te stwierdził u blisko połowy swoich chorych. Gościec był oporny na salicyl. Cała triada cofała się z poprawą dyzenterii. (Norsk. Mag. Laegevid, wg. Schw. M. Woch, 1937, Nr. 51).

—o—

Goecher komunikuje o *rozsianiu sprawy gruźliczej u chorej z dolegliwościami dnawymi po zastosowaniu szczepionki przeciwgruźliczej Friedmanna*. Powikłania doprowadziły w krótkim czasie do zejścia śmiertelnego. (Deutsch. tbk. Blatt, 1937. Nr. 6).

Posiedzenia Towarzystw Lekarskich.

Zrzeszenie Lekarzy Rz. P.

Posiedzenie z dn. 13.IV.1937.

A. Steinberg. O *bronchografii metodą bełgijską*. (Streszczenia nie nadesłano).

Z. Luxenburg. *Przypadek 2 guzów szczękowych, leczonych operacyjnie*. (Streszczenia nie nadesłano).

H. Higier. Z *dziejów etyki wśród lekarzy Żydów w średniowieczu*. (Streszczenie własne).

Etyka ogólna i etyka zawodowa. *Corpus Hippocraticum*, a etyka. Aforyzmy, przysięga i przykazania Hippokratesa. Charakterystyka korporacji lekarskiej średniowiecza. Pseudomedycy, partacze, szalbierze, truciele, czarodzieje, jasnowidze. Przeciętny typ lekarza Żyda wczesnego i późnego średniowiecza. Przyczyny, które wysuwały ten specyficzny wytwór ghetta, pariasa, przybysza, obcokrajowca, nie współwyznawcę, wiecznego tułacza, wyznawcę Biblii i Talmudu, na poważne miejsce w hierarchii społecznej na Wschodzie i Zachodzie. Pogląd twórców i komentatorów Biblii i Talmudu na higienę indywidualną i społeczną, na medycynę jako naukę i sztukę.

Interpretacja i analiza lekarza żydowskiego średnich wieków ze stanowiska etyki ogólnej i lekarskiej na tle galerii dwudziestu poważniejszych lekarzy społeczników, znanych i cytowa-

nych w historii medycyny. Zachowane na piśmie główne aforyzmy, modlitwy, testamenty, nauki i przykazania z pogranicza medycyny, higieny i etyki kilku wybitnych lekarzy — Żydów, naukowców i praktyków, nadwornych konsultantów książąt panujących, królów i papieży. Asafus Hebraeus z Mezopotamii, anatom i farmakognosta (750 r.), Moyses Aegyptus s. Rambam, s. Maimonides z Kordowy, filozof, kodyfikator, matematyk i autor licznych prac z medycyny i higieny (1135 r.). Zdania i opinie o lekarzach żydowskich i ich etyce, wypowiedziane przez papieży Mikołaja IV, Piusa II, Mariana V, Pawła II, Innocentego VIII, Klemensa VII i przez wielu królów polskich. Zdanie w teje materii kilku historyków medycyny: Haesena, Prunelle, Kayserlinga, Pastorellego. Na ciemnym te dawno minionej, nawpół barbarzyństwem tracącej epoki średniowiecza nieliczne wypadki, w których ujawnia się cnota, są jasnymi plamami. Przysięga Hippokratesa, modlitwa ranna lekarza Maimonidesa, samonakazy etyczne Asafusa Hebrajczyka, drogowskaz etyczny dla lekarzy Arnatusa z Luzytanii, stanowiły poniekąd zaczątek późniejszych regulaminów deontologii, Izby Lekarskich, Sądów dyscyplinarnych najnowszych czasów.

Posiedzenie z dn. 15.IV.1937.

- A. Besredka (Paryż). 1) *O maści przeciwtężcowej*.
- 2) *O nowotworach doświadczalnych*. (Streszczenie).

I. Nowy sposób zapobiegawczy przeciwko zakażeniu tężcem. Wszelkie metody profilaktyczne przeciwieżcowe sprawdzają się w dzisiejszym stanie nauki do wstrzykiwań anatoksyny lub surowicy swoistej. Wskazania do stosowania anatoksyny są analogiczne do wskazań jej w błonicy. Ze względu na to, że w najpomyślniejszym przypadku uodpornienie uzyskuje się dopiero po upływie 3—4 tygodni, anatoksyna znajduje zastosowanie tylko u osobników zdrowych, narażonych na zakażenie tężcem.

Surowica posiada tę wyższość nad anatoksyną, że daje natychmiastową odporność. Jednakże powikłania, które mogą być następstwem jej stosowania, jak choroba posurowicza, surowicoodporność itd., są tak przykre, że lekarz często powstrzymuje się od jej stosowania, szczególnie, jeżeli możliwość zakażenia tężcem wydaje mu się niewielką. Tymczasem właśnie nieznaczne pozornie skażenia prowadzą nieraz do śmiertelnych przypadków tężca.

Opierając się na tym, że jak wykazują doświadczenia na zwierzętach, tężec w początkowym okresie stanowi czysto miejscowe schorzenie, postawiliśmy sobie za zadanie opracowanie sposobu zabezpieczenia przed zakażeniem przez wprowadzenie do ustroju surowicy ochronnej w postaci maści, zastosowanej jedynie w miejscu pierwotnego skażenia. Doświadczenia na świnkach morskich wykazały, że zastąpienie podskórnych wstrzykiwań surowicy wcieraniem jej doskórny wywołuje również uodpornienie, bez ryzyka choroby posurowiczej. Podobne wyniki otrzymali nasi współzawodnicy w doświadczeniach na królikach, baranach i koniach.

II. Perspektywy w kwestii możliwości szczepień ochronnych przeciw nowotworom złośliwym.

Badania nad doświadczalnymi guzami złośliwymi u różnych zwierząt zwróciły naszą uwagę na wybiórce powinowactwo tych guzów do powłok skórnych. Stwierdziliśmy to dla mięsaków myszy, nabłoniaków królików, a ostatnio także i dla mięsaków kur, które, jak wiadomo, powstają na tle przesączalnego czynnika (virus filtrable). Podobne powinowactwo w stosunku do skóry spostrzegaliśmy w swoim czasie i u laseczników wagi. Opierając się na tym powinowactwie, wprowadziliśmy już przed szeregiem lat doskórny sposób szczepień przeciwaglikowych, a w następstwie i przeciw szeregowi innych schorzeń wywołanych przez gronkowce, paciorkowce itd.

Na tej samej zasadzie rozpoczęliśmy próby szczepień przeciw nowotworom. Doświadczenia nasze stwierdziły, że, wprowadzając wśródskórnie minimalne ilości zawiesiny tkanki nowotworowej, można wywołać w samej skórze powstawanie guzów, które ulegają po pewnym czasie wessaniu pozostawiając u tych zwierząt odporność. Odporność ta okazała się bardzo trwała i swoista. Badając surowicę tak uodpornionych zwierząt, przekonaliśmy się, że odporności tej nie towarzyszy powstawanie przeciwciał. Innymi słowy, mamy tu do czynienia z odpornością tkankową, czyli jak ją nazywamy — lokalną. Należy sądzić, że nowotwory ludzkie podlegają tymże prawom.

Posiedzenie z dn. 27.IV.1937.

A. Steinberg. Przypadek cukrzycy powikłanej gruczołowym zapaleniem płuc. (Streszczenia nie nadesłano).

B. Glas. Przypadek szybko przemijającego nacieku w przebiegu gruźlicy płuc. (Streszczenia nie nadesłano).

Z. Bernstein. Kilka uwag o fizjopatologii i leczeniu schorzeń przewodu pokarmowego. (Streszczenia nie nadesłano).

D. Hirszbajn. O leczeniu cukrzycy wodami mineralnymi. (Streszczenia nie nadesłano).

Posiedzenie z dn. 11.V.1937.

B. Jochweds, E. Kosman. Przypadek obustronnych ropni grypowych płuc. (Streszczenia nie nadesłano).

B. Jochweds, A. Steinberg. Trzy przypadki samoistnej „tagodnej” odmy w przebiegu ropni płuc. (Streszczenia nie nadesłano).

A. Steinberg. Na marginesie przypadku parabazedowa. (Streszczenia nie nadesłano).

B. Jochweds. O niektórych odrębnościach klinicznych i hematologicznych styczniowej epidemii grypy. (Streszczenia nie nadesłano).

J. Mackiewicz. Przypadek cierpienia „ogona końskiego”. (Streszczenie własne).

Chory A. G. lat 11, przybył do zakładu 1.VII.1936 r. Przed rokiem dur brzuszny. 3 miesiące temu przemijające bóle w lewej k. d., wkrótce bóle w praw. k. d. Od 6 tygodni narastające osłabienie

kk. dd. Od 5 tyg. zaburzenie zwieraczy: oddaje kał pod siebie. Wyrażna bolesność przy opukiwaniu kręgów krzyżowych. Nerwy czaszkowe, kk. gg. — bez zmian. Odruchy brzuszne zachowane KK. dd: siła mięśniowa zginaczy znacznie osłabione we wszystkich odcinkach. Siła mm. rozginających prawidłowa. Odruchy kolanowe zachowane, Achillesa — brak z obu stron. Patologicznych objawów na stopie brak. Odr. podeszwowy — z obu str. — 0. Ruchy palców stopy lewej — 0, po str. prawej zachowane. Znaczne zaburzenie chodu. Zaburzenie czucia dotyczy wszystkich gatunków i zajmuje ściśle ograniczoną przestrzeń, odpowiadającą S¹ i S⁵. Roentgen kręgosłupa: Spina bifida occulta od L⁵ do S³. Badanie pł. m.-rdz.: białka 1,65%, Pandya ++++, Nonne ++++, 3 limfocyty w mm³. Odczyn W. ujemny we krwi i pł. m.-rdz. Odczyn Pirqueta — ujemny. Rozpoznano typowy zespół ogona końskiego; za tym przemawiały typowe zaburzenia czucia, zaburzenia zwieraczy, osłabienie mm. dystalnych kk. dd. oraz brak odruchów ze ścięgna Achillesa. Jeśli wziąć pod uwagę spina bifida oraz dur brzuszny w wywiadzie, należałoby raczej zatrzymać się na rozpoznaniu. meningitis serosa circumscripta spinalis, czyli arachnitis circumscripta, niż na sprawie nowotworowej okolicy ogona końskiego, pomimo, że mieliśmy typowy zespół uciskowy. Postawiono dokonane próby z lipodolem. Ponieważ mielibyśmy do czynienia z bardzo niskim usadowieniem sprawy uciskowej, uważaliśmy za możliwe wpuścić lipidol nie podpotylicznie, lecz podczas zwykłego nakłucia lędźwiowego; wpuszczano 2 cm³ ciężkiego lipidolu, który zatrzymał się na poz. L³—L⁴ w postaci masywnej kuli owalnej z wyszczerbionym dolnym brzegiem. Po 2 dniach pobytu chorego w Zakładzie zaczęła się wytwarzać odleżyna w okolicy krzyża. Stosowano naświetlania prom. R. na okolicę lędźwiową. Po upływie 3 tygodni chory lepiej chodził, odleżyna zaczyna się goić; poprawa wystąpiła również w czynności zwieraczy. Po wypisaniu się z Zakładu poprawa postępowała dalej: zwieracze wróciły do normy, choć prawidłowy, zaburzenia czucia znacznie się cofnęły. Poprawa utrzymywała się w ciągu szeregu miesięcy.

Sześć tygodni temu nagle wystąpiła gorączka, która trwała w ciągu tygodnia, ponownie wystąpiły bóle w kk. dd., chory zaczął bezwiednie oddawać moczu. Zdjęcie R. kręgosłupa wykazało: główna masa lipidolu znajduje się na tym samym poziomie, lecz jest znacznie postrzępiona, natomiast na wysokości L⁴ — S² widać nieregularne, podłużne smugi lipidolu, czego nie wykryto 9 miesięcy temu. Zaburzenia czucia zajmują ten sam teren, co dawniej. Brak odruchów Achillesa, zanik mm. na stopach. Pod wpływem naświetlań prom. R. znów uzyskano poprawę: Chory po 2 tygodniach leczenia chodzi lepiej, zaburzenia w oddawaniu moczu cofają się. Prelegent zwraca uwagę na obraz lipidolu po upływie 9 miesięcy: rozstrzępienie kuli lipidolowej oraz stopniowe wytwarzanie się smug wzdłuż korzonków ogona końskiego, co potwierdza pierwotne rozpoznanie sprawy zapalno-zrostowej w okolicy ogona końskiego, która dała objawy nawrotu po chorobie gorączkowej.

E. L u x e n b u r g. 1) Przypadek progenii akromegalicznej leczony operacyjnie.

2) Plastyka ust w porażeniu nerwu twarzowego. (Streszczeń nie nadesłano).

J. Tencer. Przypadek podśluzowego rozszczepienia podniebienia. (Streszczenie własne).

Chory lat 18, zgłosił się ze skargami na utrudnione oddychanie nosem oraz wadliwą wymowę. Sprawa datuje się od dawna. Rynoskopowo stwierdza się w nosie skrzywienie przegrody oraz przerost tylnych końców muszki nosowych dolnych. Badanie zgłębnikiem wykazało szczelinowaty ubytek w dolnej części przegrody, prowadzący aż do tylnych otworów nosowych. W gardle stwierdza się znaczne przekrwienie śluzówek. Podczas fonacji podniebienie miękkie nie przylega do tylnej ściany. Przy dotyku palcem stwierdza się trójkątny ubytek w podniebieniu twardym. W rynoskopii tylnej również widoczny jest częściowy brak lemiesza. Badanie Roentgenem potwierdziło rozpoznanie podśluzowego rozszczepienia podniebienia i rozszczepienie to jest znacznego stopnia, gdyż sięga aż do wyrostków zębołotowych szczęki górnej.

M. Płoński. O jądzie rakowym. (Streszczenie nie nadesłano).

Posiedzenie z dn. 22.VI.1937.

J. Grynbaum. Ropień ręki, leczony krótkimi falami. (Streszczenia nie nadesłano).

H. Reznikow. O krótkich falach i zakresie ich stosowania. (Streszczenia nie nadesłano).

S. Anszer. Schorzenia skóry w świetle estetyki. (Streszczenie własne).

Zasadniczą tezę prelegenta jest chęć wyjaśnienia, że przy odpowiednim nastawieniu dermatolog w całym szeregu przy-

padków schorzeń skóry może być zaskoczony niezwykłością obrazów i wyrazistością pierwiastków plastycznych (kształt, postać, barwa) osutek, w których niekiedy można odnaleźć nawet pewne cechy piękna naturalnego. A więc walczy z ogólnie przyjętą opinią, według której każde schorzenie skóry bez wyjątku musi być brzydkie.

Po rozważaniach o potrzebie szerzenia kultury estetycznej (kształcenie oka) od lat najmłodszych prelegent stara się przeprowadzić szczegółową analizę przezycia estetycznego z powołaniem się na wynurzenia w tym przedmiocie znanego teoretyka sztuki prof. Leona Chwistka, Michała Sobieskiego i innych.

Cały materiał odczytowy obejmuje dwa działy. W pierwszym przytoczone są liczne przykłady z dzieł wielkich mistrzów pędzla, którzy w swych pracach uwieczniali objawy chorobowe w skórze (trądzik, przymiot). Między innymi zreferowana jest tu monografia prof. Waltera „Wit Stwosch rzeźbiarz chorób skórnych”.

W drugim dziale prelegent przytacza opis całego szeregu schorzeń skóry wyłącznie w ujęciu plastycznym, jako przykłady, mające potwierdzać jego koncepcję w związku z zagadnieniami pierwiastków plastycznych w obrazach chorobowych skóry.

Z tego samego punktu widzenia również traktowane są przez prelegenta w końcu referatu rozważania nad tatuażem i odlewami (moulage).

Z Towarzystw Lekarskich Zagranicznych.

Na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego w Wiedniu z dnia 15 października 1937 r. (Wien. med. Wschr. Nr 43/1937).

Przegląd terapeutyczny.

Z oddziałów III-go wewnętrznego i II-go gruźliczego Szpitala na Czystem w Warszawie.

(Ordynator: Dr. B. Jochweds).

W sprawie stosowania środków przeciwożączkowych w durze brzuszny, gruźlicy i niektórych innych schorzeniach.

Podał

M. FORCAJG (Warszawa).

W leczeniu duru brzusznego poza staranną pielęgnacją chorego i celowym odżywianiem duże znaczenie posiada niewątpliwie leczenie objawowe, mające na celu łagodzenie objawów, przez co podtrzymuje sprawność ustroju. W tym zakresie „tylko dwa sposoby leczenia stały się częścią składową systemu leczniczego w durze brzuszny, mianowicie „leczenie przeciwożączkowe i przeciwnie” (Widal, Lemièrre et Abrami 1).

Przedmiot niniejszej pracy stanowią próby i ocena wyników leczenia przeciwożączkowego w durze brzuszny, a częściowo również w gruźlicy i niektórych innych schorzeniach.

Jak wiadomo, podwyższonej ciepłocie ciała towarzyszy zwykle zwiększona pobudliwość układu nerwowego, przejawiająca się bólami i zawrotami głowy, niekiedy zamroczeniem świadomości oraz zaburzeniami przewodu pokarmowego (brak zczynów trawienych). Przy dłuższym trwaniu gorączka sama przez się powoduje rozpad białka i zmniejszenie zasobów jego w ustroju, rozpad tłuszczów z następczą kwasicą oraz zmiany wsteczne w różnych narządach. Wreszcie bardzo wysoka gorączka grozi porażeniem ośrodków mózgowych oraz mięśnia sercowego (Supniewski 2).

Większość autorów właśnie z tego punktu widzenia traktuje zwalczanie podniesionej ciepłoty w durze brzuszny. A więc, według Klempnera i Steinitz 3), „w niektórych ciężkich przypadkach z długotrwałą wysoką ciepłotą i odurzeniem mogą pojedynczo, odpowiednio podzielone dawki środka przeciwożączkowego przez zmniejszenie odurzenia,

C. v. Noorden mówił o leczeniu kwasem bursztynowym moczwicy cukrowej. Przed kilku miesiącami Szentgyörgyi podał, że stosowanie kwasu bursztynowego zapobiega kwasicy i ją usuwa. Dowody kliniczne, przytoczone przez współpracowników Szentgyörgyiego są nieprzekonywujące. Badania kontrolne, przeprowadzone przez Dibolda, Lappa i Freya, wykazały, że kwas bursztynowy nie posiada żadnego działania leczniczego wobec kwasicy. Gdyby kwas bursztynowy wywierał działanie, przypisywane mu przez Szentgyörgyiego, miałby on jeszcze ważniejsze znaczenie w leczeniu moczwicy cukrowej niż insulina. Również badania innych autorów nie wykazały wpływu kwasu bursztynowego na kwasicę.

Na posiedzeniu Wiedeńskiego Towarzystwa Urologicznego z dnia 17 czerwca 1936 r. (Wien. med. Wschr. Nr 43/1937), Th. Bauer pokazywał przypadek powstania raka gruczołu krokowego w 19 lat po doszczętnie operowanym przerście gruczołu krokowego. Preparat pokazywany pochodzi od 73-letniego mężczyzny, który przed 19 laty przeżył typową operację wycięcia gruczołu krokowego, a którego niedawno przyjęto na oddział Schwarzwalda z powodu kamienia pęcherzowego. Chory zmarł wśród objawów zapalenia miedniczek nerkowych i pęcherza moczowego. Przy badaniu pośmiertnym znalazł prelegent w pozostałych resztkach gruczołu krokowego raka z przerzutami do płuc, wątroby i gruczołów chłonnych, raka tego należało uważać za nowotwór pierwotny. Zasadnicze znaczenie przypadku polega na tym, że rak może się rozwinąć zarówno w podlegającej wycięciu części przerosłej, jak też w samej torebce gruczołu krokowego.

ułatwienie pielęgnacji chorego i doprowadzenia pokarmu działać zbawczo na życie” (Neue Deutsche Klinik tom I str. 42).

Według Niemyskiego 4), „istota choroby wyłącza możliwość trwałego obniżenia ciepłoty. Korzystać z zabiegów, zmierzających do obniżenia ciepłoty, jest niewątpliwie, ale niezwiązana wyłącznie z faktem obniżenia ciepłoty. Środki przeciwożączkowe poprawiają samopoczucie i łagodzą dolegliwości bólowe (ból głowy, mięśni i t. p.). Umiarkowane ich stosowanie jest uzasadnione” (Choroby Zakaźne wydane pod redakcją Karwackiego i Malinowskiego, tom II str. 150).

Również według Staehelina 5) „osiągamy niewątpliwie korzyści, stosując środki przeciwożączkowe w durze brzuszny. Przy sztucznym obniżeniu ciepłoty ciała zaburzenia świadomości są mniej zaznaczone, oddech jest lepszy, chorzy lepiej odpływają, żywienie ich jest o wiele łatwiejsze” (Handbuch der inneren Medizin. Bergmann - Staehelin, tom I, str. 896).

Podobnie wypowiadają się Strümpell 6), Romberg 7) i Jürgens 8).

Wszyscy autorzy, zwłaszcza RATHERY 9), przestrzegają jednak przed podawaniem zbyt dużych dawek, gdyż dawki te mogą spowodować zapaść, a więc jako zasadę należy przyjąć stosowanie oględne.

Mechanizm działania środków przeciwożączkowych polega na „narkotyzacji podnieconego ośrodka ciepłego” (Venulet 10), na „uspokojeniu” ośrodkowego układu nerwowego przez zmniejszenie wrażliwości bólowej kory mózgowej oraz na ograniczeniu wytwarzania ciepła. Środki przeciwożączkowe obniżają również pobudliwość ośrodka naczynioruchowego i w ten sposób wywołują rozszerzenie naczyń obwodowych (Modrakowski 11), a co za tym idzie, — zwiększone oddawanie ciepła.

Freund 12) uważa gorączkę nie za skutek zwiększonego pobudzenia i wzmożonej pobudliwości, lecz za objaw porażenia układu regulującego gospodar-

kę ciepłą; porażenie to prowadzi do zwolnienia zahamowania procesów przemiany materii, utrzymywanych w pewnych granicach przez ośrodki międzymózdzia. Wobec tego, że wszystkie środki przeciwgorączkowe są w większych dawkach jadami skurczowymi, Freund uznaje podwójny punkt uchwytu antypirezy: pierwszy — w ośrodku naczyniowym, wywołujący, jak przy zwykłych środkach narkotycznych zwiększenie oddawania ciepła, i drugi — w podkorowych ośrodkach przemiany materii.

W ostatnich czasach coraz bardziej podkreśla się, że t. zw. *antipyretica* obok swojego działania, obniżającego ciepłotę ciała, wywierają również „swoiste” działanie na przebieg infekcji. Schottmüller (cytowane według artykułu Meyera i Mezeya 13) przypisuje niektórym środkom grupy pyrazolonowej działanie takie również w durze brzuszonym. Wchodziłyby tu w grę mianowicie antygenne własności środków „przeciwgorączkowych”. Wiadomo bowiem, że przy równoczesnym zadziałaniu dwóch rozmaitych antygenów na jeden i ten sam organizm antygeny te wpływają również wzajemnie na siebie, odpowiednio do swoistego uczulenia danego ustroju. W ten sposób wprowadzenie nowego antygeny może przeszkodzić lub zgoła zahamować powstanie przeciwciał przeciwko pierwszemu antygenowi; jest to t. zw. konkurencja antygenów. Według Meyera i Mezeya 13), wybiórcze „specyficzne” działanie antypiretyków opiera się właśnie na owej biologicznej zasadzie konkurencji antygenów. Autorzy ci przyjmują, że pierwszym antygenem są substancje pochodzenia bakteryjnego, zaś drugim *antipyretica*. Dla udowodnienia powyższego Meyer i Mezey wykonali cały szereg doświadczeń, z których wynika, że można zwierzęta uczulać na środki grupy pyrazolonowej, oraz, że środki te na skutek swoich własności antygenowych osłabiają zjawiska alergiczne. „Specyficzne” działanie środków t. zw. przeciwgorączkowych w przebiegu niektórych schorzeń infekcyjnych ujmują więc Meyer i Mezey, jako działanie konkurencyjne antygenów. W związku z tym warto przytoczyć pogląd Karwackiego z roku 1916 co do analogii między stanem uczulenia a zespołem durowym.

Duży kontyngent środków przeciwgorączkowych stanowiła grupa pyrazolonowa, względnie antypiryna. W oddziale w czasie obecnej epidemii duru (jesień 1937) stosowaliśmy ze środków tej grupy autumzol (łaskawie dostarczony przez firmę Ap. Kowalski) w dawkach: u dorosłych 4 razy dziennie po 1/2 tabletki = 2 gr. dziennie, u dzieci do lat 12-u 4 razy dziennie po 1/4 tabletki = 1 gr. dziennie. Jedna tabletka à 0,5 autumzolu zawiera 0,3 Propalgonu (Fenylodwumetylo-pyrazolonometano sulfonian sodowy) oraz 0,2 Dwumetylo - amino - antypiryny (Dwumetylo - aminofenylodwumetylo-pyrazolon). Połączenie takie ma tę zaletę, że w skład jego wchodzi zarówno element przeciwgorączkowy (Dwumetylo-aminoantypiryna), i przeciwbólowy (Propalgon). W naszych obserwacjach staraliśmy się uwzględnić oba powyższe momenty działania.

Ogółem zastosowaliśmy autumzol w 35-u przypadkach duru brzuszego (19 kobiet i 16 mężczyzn). Były to przypadki ciężkie, w rozmaitych okresach choroby, gorączkujące wysoko i przewlekłe. Zespół obja-

wów, towarzyszących gorączce, był we wszystkich przypadkach silnie wyrażony.

Metoda badania była następująca: ciepłotę mierzone co 2 godziny, oznaczając w ten sposób bezpośredni wpływ na gorączkę w ciągu najbliższych godzin po podaniu leku i trwałość wpływu w czasie podawania przez kilka dni. Poza tym porównywano działanie autumzolu z środkiem o prostszej budowie — pyramidon —, a mianowicie: w 12-u przypadkach stosowaliśmy oba te leki na przemian. Obserwowaliśmy również wpływ autumzolu na inne objawy chorobowe, a więc na ból głowy, odurzenie, brak łaknienia, niepokój nocny i t. d. Wreszcie zwracaliśmy uwagę na ewentualne szkodliwe objawy uboczne.

Wyniki tych spostrzeżeń są następujące: we wszystkich bez wyjątku przypadkach w ciągu kilku do 36 godzin następował spadek ciepłoty przynajmniej o 1°; odpowiednio do tego poprawiało się samopoczucie. U 10-u chorych w pierwszym okresie leczenia stosowaliśmy autumzol tylko co drugi dzień. W dniach wolnych od podawania leku ciepłota była wyższa, a samopoczucie gorsze, co przemawiałoby za tym, że obniżenie ciepłoty nie było przypadkowe.

Co się tyczy wpływu podawania autumzolu przez szereg dni z rzędu, to w 22-ch przypadkach po 4—7 dniach ciepłota nawet po odstawieniu leku utrzymała się na poziomie 37,5° — 37,8° (nawet we wczesnych okresach duru), zaś w 13-u przypadkach na poziomie 37,8° — 38,5°; były to przypadki najcięższe, w których początek zażywania autumzolu przypadła na ciepłotę około 40° i wyżej. Jednak również i w przypadkach tej grupy mogliśmy zaobserwować znaczne złagodzenie cięższych objawów, skojarzonych z hipertermią. Porównanie autumzolu i pyramidonu wypadło na korzyść autumzolu, mianowicie w dniach, kiedy chorzy brali ten środek, ciepłota była niższa, a samopoczucie lepsze. Na smak leku chorzy nie skarżyli się ani razu; nigdy też nie stwierdzaliśmy zaburzeń ze strony przewodu pokarmowego, dość częstych podczas zażywania niektórych środków przeciwgorączkowych; zaznaczamy, że stosowaliśmy autumzol wyłącznie bezpośrednio po jedzeniu (porównaj również Graefe 14). Przy przyjętym przez nas dawkowaniu (4 razy dziennie po 1/2 tabletki) nie obserwowaliśmy nadmiernego pocenia się, ani też zapaści, nie obserwowaliśmy również wysypki polekowej. Badania kontrolne krwi i moczu wykazały brak jakiegokolwiek ujemnego wpływu na narządy miękkie (nerki, wątroba) oraz na obraz krwi.

Zachęteni dobrymi wynikami, uzyskanymi w durze brzuszonym, postanowiliśmy kontynuować próby na II-im oddziale gruźliczym. Zastosowaliśmy autumzol (4 razy dziennie po 1/2 tabletki) w 12-u przypadkach obustronnej włóknisto-serowato-jamistej gruźlicy płuc z ciepłotą 37,5° — 39°; we wszystkich tych przypadkach stosowanie poprzednie fenacetyny lub pyramidonu nie obniżało gorączki. U 9-u chorych już w 1-yim dniu udało się uzyskać obniżenie ciepłoty co najmniej o 1°, a w ciągu 2-ch do 6-u dni następnych ciepłota opadła poniżej 37°. Odstawienie autumzolu powodowało ponowne podniesienie ciepłoty, jednak o 1° — 1 1/2° niższe, niż poprzednio. Podczas stosowania leku chorzy czuli się lepiej, odczuwali wzmoczone łaknienie. Ujemnego działania leku, tak samo, jak u chorych durowych, nie spostrzegaliśmy.

Podobne wyniki uzyskaliśmy również stosując autumzol w 10-u przypadkach rozmaitych innych

schorzeń, a więc: w gorączce nowotworowej, gruźlicy chirurgicznej, zapaleniu mieszkowym migdałków.

Wnioski. Autor stosował autumol (propalgon + dwumetylo — aminoantypiryna) przez szereg dni w dawkach: 4 razy dziennie po $\frac{1}{2}$ tabletki u dorosłych, 4 razy dziennie po $\frac{1}{4}$ tabletki u dzieci, ogółem u 35-u chorych durowych, 12-u gruźlików oraz w 10-u przypadkach rozmaitych innych schorzeń. W około 75—80% przypadków ciepłota obniżała się o 1° — 2° , stan ogólny chorych ulegał poprawie. Objawów ubocznych nie spostrzegano. Autor omawia również rozmaite teorie działania środków przeciwgorączkowych, zwracając szczególną uwagę na teorię antygenową Meyera i Mezeya.

PIŚMIENICTWO.

1. Vidal, Lémierre et Abrami. Fièvres typhoides et paratyphoides. Roger, Vidal, Teissier — Nouveau traité de méde-

cine. 2. Supniewski. Podręcznik farmakologii. 3. Klemperer und Steinitz. Abdominaltyphus. Neue Deutsche Klinik. 4. Niemyski. Dur brzuszny. Choroby zakaźne wydane pod redakcją Karwackiego i Malinowskiego. 5. Staehelin. Die typhösen Krankheiten. Bergman — Staehelin - Handbuch der inneren Medizin. 6. Strümpell - Seyfarth. Lehrbuch der Speziellen Pathologie und Therapie der inneren Krankheiten. 7. Romberg. Dur brzuszny. Mering. Podręcznik chorób wewnętrznych. 8. Jürgens. Typhus und Paratyphus. Kraus — Burgsch. Spezielle Pathologie und Therapie der inneren Krankheiten. 9. Rathery. Le Traitement de Fièvre typhoïde. 10. Patologia ogólna i doświadczalna, repertorium podług wykładów Prof. Franciszka Venuleta. 11. Farmakologia z toksylogią i recepturą według wykładów Prof. D-ra Modrakowskiego. 12. Freund. Deutsch medizinische Wochenschrift. 1926. 13. Meyer und Mezey. Klinische Wochenschrift. 1937. 14. Karwacki. O leczeniu przyczynowym duru brzuszego. 15. Graefe. Münchner medizinische Wochenschrift. 1935.

Medycyna społeczna.

Pod kierunkiem M. KACPRZAKA.

Perspektywy walki lotniczo-gazowej w przyszłej wojnie w związku z higieną psychiczną.

Podał

Jan NELKEN (Warszawa).

(Na marginesie „Drogi do pokoju“ Bertranda Russella).

(c. d. — p. Nr. 4).

Władze od pierwszej chwili uważać będą panikę wśród ludności cywilnej za największe niebezpieczeństwo, ponieważ musiałaby ona nieuchronnie prowadzić do przegranej wojny — chyba, że dorównywałaby jej panika po drugiej stronie. Przymusowe zarządzania, wydane natychmiast po wybuchu wojny, muszą mieć na celu podporządkowanie wszystkich mężczyzn i kobiet pewnego rodzaju dyscyplinie wojskowej oraz poddanie ich działalności i poruszeń rozkazom władz, zajmujących się organizacją obrony. Łatwo jednak dowieść, że wszelki wyłom w dyscyplinie powiększy dziesięciokrotnie rozmiary katastrofy. Tłum działający pod wpływem przerażenia jest zawsze rozwścieczony.

Po takich atakach, jakich oczekuje się dzisiaj, tłum rzuci się na wszystko, co będzie miał pod ręką i przeciw czemu będzie mógł wyładować swą wściekłość — a więc na pacyfistów, policję, lotników, członków rządu, na wozy i furę z żywnością (o której fama głosić będzie, że jest chowana) i tak dalej. Jeśli furii tłum nie uda się opanować, nastąpi grabież sklepów, rozbój i mordowanie ludzi dla zdobycia żywności. Sytuacja stanie się o wiele gorsza od tego, co mogłyby spowodować same tylko ataki nieprzyjaciela.

Można przypuszczać (B. Russell), że zdyscyplinowane organizacje, które w czasie ataków gazowo-lotniczych pełnić będą odpowiedzialną czynną służbę, nie ulegną takiej demoralizacji, jak ludność, od której oczekuje się postawy czysto biernej. Armia, policja, lekarze i pielęgniarki zrobią niewątpliwie wszystko możliwe, nawet, jeśli będzie wśród nich wiele ofiar. Ale jakkolwiek naprawdę skuteczna pomoc z ich strony okaże się bardzo utrudniona. Aprowizacja zostanie zdeorganizowana naprzód przez nieprzyjaciela, potem przez panikę wśród ludności cywilnej. Bomby zapalające spowodują pożary wśród zbiorników benzyny — co uniemożliwi funkcjonowanie lotnictwa i transportu automobilowego. Jedynym ośrodkiem po-

ządku, jaki się ostanie, będą lądowe siły zbrojne, — bezsilne wobec nieprzyjaciela, ale w dalszym ciągu potężne wobec głodującej ludności. Do nich należeć będzie zawarcie pokoju i zainauguowanie nowego systemu rządów.

Stratcom tym musi z konieczności towarzyszyć faktyczne zniszczenie wszelkich więzów społecznych z wyjątkiem dyscypliny wojskowej, która jedynie będzie dość silna, aby się przeciwstawić panice.

W ostatniej wojnie, gdy ataki lotnicze zaczęły się powtarzać, wielu nerwowych ludzi szukało schronienia w kolei podziemnej. Ale, jeśliby udało się zburzyć odpowiednią elektrownię, w tunelu kolei podziemnej zgasłoby światło i ustałaby wentylacja, a szukające tutaj schronienia tłumy czekałaby śmierć z uduszenia.

Bomby zapalające wszczynać będą wielkie pożary. Termit, który będą zapewne zawierały, wytworzyć może temperaturę do 5000 stopni. Powstaną całe rzeki roztopionej stali, i woda nie zdoła ugasić wznieconych w ten sposób pożarów. Według wszelkiego prawdopodobieństwa uszkodzone zostaną przewody gazowe i wielkie strumienie płonącego gazu wytrysną w górę. Zatarasowanie ulic stworzy utrudnienie dla swobodnego poruszania się straży ogniowej.

Przedstawiam tutaj publikacje z dwóch krańców świata, ze Wschodu i Zachodu, ilustrujące nie tyle samą walkę lotniczo-gazową, która jest wszędzie fotograficznie jednakowa — ruiny i trupy, ile jej metody, jednakowo przerażające w swej treści.

Jest to nalot na bezbronne miasto Guernica w Hiszpanii i zbombardowanie stacji kolejowej w Sung-Kiang w Chinach, przepełnionej wyłącznie wychodźcami cywilnymi. Ten napad lotniczy pozbawił życia ponad 700 ofiar.

Możliwości co do wybuchu wojny jest wiele, ale jedno jest pewne: obie strony są sprytne i pozbawione skrupułów i obie zdają sobie doskonale sprawę z tego, jak ważne jest zadanie pierwszego ciosu. Wielu kompetentnych znawców wojny twierdzi nawet, że ten, kto potrafi naprawdę wymierzyć pierwszy cios — wygra tym samym wojnę. Początek będzie więc na pewno nieoczekiwany i prawdopodobnie zdradziecki.

W czasie wojny będzie narażone na niebezpieczeństwo życie zwykłego obywatela, a ci, którzy wojnę prze-

żyją, będą musieli prawdopodobnie znosić później rządy oligarchii wojskowej.

Pokój zawarty zostanie, jak to mówi B. Russell, przez oligarchie wojskowych, marynarzy i lotników, które sprawować będą rządy we wszystkich krajach. Istnieje, co prawda, i inna możliwość: wojna doprowadzić może w jednym lub wielu krajach do buntów, i w tym wypadku anarchia trwać będzie prawdopodobnie długo jeszcze po zakończeniu wojny; ale nawet i w tym wypadku musi dojść w końcu — choć będzie to proces dłuższy i pociągający za sobą jeszcze więcej ofiar — do rządów wojskowych, ustanowionych bądź w rezultacie obcego najazdu, bądź też próby obrony przed takim najazdem. Jeżeli przepowiednia ta jest słuszna, mówi B. Russell, dążenie do wojny ze strony Hitlera lub Mussoliniego jest rzeczą logiczną, gdyż wojna — nawet, jeżeliby oni sami mieli w niej zginąć — doprowadzi prawdopodobnie w całej Europie do utworzenia takiej właśnie organizacji społecznej, jaka jest ich ideałem. Ci jednak, którym ten światopogląd nie odpowiada, nie mają podstaw do spodziewania się, że zdołają go pokonać przy pomocy wojny.

Pierwsze posunięcia wojenne, nieopowiedziane żadnym wypowiedzeniem wojny, ale uczynione w sposób nieoczekiwany w czasie napięcia dyplomatycznego, spowodują, że doraźne przygotowania obronne będą bardzo mało zaawansowane.

W takiej sytuacji tylko żelazna dyktatura wojskowa może zapobiec ostatecznej katastrofalnej anarchii.

W niedługim jednak czasie rozwój lotnictwa musi doprowadzić do tego, że Stany Zjednoczone znajdują się w zasięgu wojny, to zaś zmiany bardzo poważnie istniejące dziś ustosunkowanie sił.

Bardzo trudno jednak jest uwierzyć, aby Europa powstrzymała się od wojny w ciągu jakichś mniej więcej dwudziestu lat, które muszą upłynąć zanim ten moment (interwencja Ameryki) nastąpi (B. Russell).

Wojna, w tej postaci, jaka dziś została przyjęta, nie jest metodą, przy której pomocy obronić można istnienie jakiegokolwiek rzeczy wartościowej.

Jakież są według B. Russella widoki na przyszłość zatamowania kroków wojennych?

W każdym wielkim państwie przywiązanie do niezależności narodowej jest tak wielkie, że opinia publiczna woli narażać się na ryzyko wojny — choćby najokropniejszej — niż zależeć od jakiejś międzynarodowej siły zbrojnej. Wiele straszliwych doświadczeń będzie jeszcze potrzebnych na to, aby ludzkość wolała państwa międzynarodowe od śmierci i zniszczenia.

Nowe rodzaje broni — lotnictwo, gazy trujące i środki bakteriologiczne, jeśli znajdą ostatecznie zastosowanie w wojnie — musiałyby być oddane do dyspozycji sił międzynarodowych¹¹⁾. Wszystkie dawne rodzaje broni można by wtedy pozostawić spokojnie poszczególnym państwom, które przy ich pomocy zdołają w dalszym ciągu utrzymywać porządek wśród ludności cywilnej, ale będą zupełnie bezbronne wobec ataku z powietrza. Dopóki lotnictwo będzie posłuszne rządowi międzynarodowemu, opór wobec tego rządu bę-

dzie rzeczą beznadziejną i narody muszone będą wyrzec się wojny — albo też narażać się na wszystkie okropności bombardowania bombami wybuchowymi, zapalającymi i gazowymi, nie posiadając żadnej możliwości kontrataku. Lotnictwo cywilne musiałoby być, oczywiście, również w rękach władzy międzynarodowej. W lotnictwie międzynarodowym nie mogą być tworzone żadne jednostki według zasady narodowościowej: każda eskadra będzie musiała zawierać ludzi z różnych krajów, wyższe stanowiska mogłyby być obsadzone z zachowaniem jak największych ostrożności, a dowódca naczelnym powinien być mianowany przedstawiciel jakiegoś z natury rzeczy neutralnego kraju — takiego, jak Norwegia lub Szwecja. Reorganizacja ta powinna być obliczona co najmniej na okres najbliższych lat dwudziestu.

Tym jednak, dla których teraźniejszość jest tak okropna, że wydaje się niemal nie do zniesienia, te perspektywy na przyszłość pozwolą przynajmniej widzieć daleko na horyzoncie jakąś nadzieję.

W atmosferze hysterii i nienawiści niepodobiestwem jest skłonić narody do podjęcia kroków, jak umiędzynarodowienie lotnictwa — a takie właśnie kroki niezbędne są dla utrwalenia pokoju.

Jeżeli się natomiast nie rozbiorimy — mówi Russell, jest rzeczą wysoce prawdopodobną, że spotkają nas wszystkie okropności ataku lotniczego, a jedyne nasze pocieszenie polegać będzie na tym, że nieprzyjaciela spotka to samo.

Wychowanie fizyczne, moralne i intelektualne musi uniemożliwiać powstawanie tego rodzaju typów charakteru, które znajdują przyjemność w wojnie, okrucieństwie i gwałcie, i dla których myśl o wiecznym pokoju jest — „niegodnym marzeniem“.

Przechwałki ojcowskie — „wojny nie ustaną nigdy — byłoby to sprzeczne z naturą ludzką“, są ogólnie znane. Młodzi, którzy przez całe życie wysłuchują przechwałek ojcowskich, jak i ludzie starzy, którzy sądzą, że synowie ich mają życie zbyt ułatwione, nabiorą przekonania, że świat staje się gnuśny i zapragną dowodu, że nie nastąpiła jeszcze degeneracja rasy. Zjawia się wówczas, oczywiście, odpowiednio skonstruowana ideologia, będzie ona wyrazem jednak tylko namiętności psychopatologicznych: zawiści, wściekłości, nienawiści, sadyzmu i mazochizmu.

Jeżeli trwały pokój ma być kiedykolwiek osiągnięty, trzeba skorzystać z tego spokojniejszego okresu i przekształcić wychowanie tak, żeby nie wytwarzało namiętności tego rodzaju. Charakter bowiem człowieka kształtuje się we wczesnych latach jego rozwoju — powiada Russell.

Należy się liczyć z tym, że się ma przeciw sobie przyzwyczajenie psychiczne, istniejące od chwili powstania organizacji wojennej, t. j. od jakichś sześciu tysięcy lat.

Wielka wojna współczesna, nawet jeżeli wyjdziemy z niej zwycięsko, pozbawi nas niemal na pewno tych swobód, których mamy w niej rzekomo bronić i doprowadzi — po przez panikę i chaos — do dyktatury militarnej, która będzie prawdopodobnie gorsza od najgorszej z istniejących obecnie, ponieważ wojna, która ją powoła do życia, będzie okropniejsza od wojny ostatniej.

Po następnej wojnie jedynymi ludźmi, zdolnymi do zbudowania czegoś pożytecznego będą prawdopodobnie ci, którzy unikną zakażenia histerią wojenną. Im więcej będzie takich ludzi w jakimkolwiek kra-

¹¹⁾ Na VII Kongresie Medycyny i Farmacji Wojskowej w Madrycie rząd hiszpański postawił analogiczny wniosek umiędzynarodowienia medycyny wojskowej, co by umożliwiło niesienie pomocy sanitarnej wszędzie, gdzie zasłaby tego potrzeba. Projekt ten okazał się po zastanowieniu prawie niemożliwym do urzeczywistnienia. (Nelken. Niewystarczalność konwencji genewskiej wobec walki lotniczo-gazowej. Lek. Pol. Nr 12, 1937).

ju, tym większa nadzieja, że kraj ten może wytworzyć jakąś znośną cywilizację.

Wojna jest siłą destrukcyjną nie tylko w stosunku do życia ludzkiego i przedmiotów materialnych, ale i w stosunku do ideałów...

Obojętność ogólną można przerwać tylko wtedy, jeżeli każdemu, kto nie chce, aby jego dzieci były zatrute gazami, aby jego miasto leżało w gruzach, aby jego kraj został zniszczony, i cała cywilizacja zachodnio-europejska obrócona w niwecz — i pragnie uniknąć tego wszystkiego, pokaże się, że można temu w sposób konkretny przeciwdziałać.

Russell wierzy, że z chwilą, kiedy się uda w lu-

dziach przemóc paraliżujące poczucie niemocy, pragnienie pokoju znalazłoby sobie w Anglii wkrótce taki wyraz, iż żaden rząd nie mógłby się mu przeciwstawić...

Potrzebna będzie radykalna przemiana indywidualnego światopoglądu ludzi, tej zaś dokonać nie może żadna polityka trudna, skomplikowana i kompromisowa, lecz jedynie zdecydowana wiara, tak samo silna, jak namiętności, działające na korzyść wojny i apelujące do poczucia, tak samo głęboko zakorzenionych w naturze ludzkiej.

Tyle powiada Russell w polskim tłumaczeniu „Drogi do pokoju“.

(C. d. n.)

Wiadomości bieżące.

— Towarzystwo Lekarskie Warszawskie zawiadamia o przyznaniu zapomogi stypendialnej z funduszu im. Marii i Jana Giellerów: D-rowi Rydygierowi Józefowi, D-rowi Perlowi Jerzemu i Dr. Juraszyńskiej Janinie za pracę naukową w szpitalach warszawskich.

— Towarzystwo Lekarskie Warszawskie podaje do wiadomości o następujących nagrodach i zapomogach stypendialnych, którymi rozporządza w r. 1937-ym.

1. Fundusz Nagrodowy im. Dra Tytusa Chałubińskiego. Nagroda w wysokości zł. 280.— za najlepszą pracę oryginalną z dziedziny nauk lekarskich lub pomocniczych w zastosowaniu do medycyny, ogłoszoną drukiem w języku polskim w czasie od dn. 1 stycznia 1929 roku do 31 grudnia r. 1936. Termin składania prac upływa dnia 1 marca 1938 roku.

2. Fundusz Zapomogowo - Stypendialny im. Marii i Jana Giellerów. Zapomoga w wysokości zł. 3.000.— dla lekarzy Polaków, wyznania rzym.-katolickiego, pracujących naukowo w szpitalach warszawskich. Przy równych kwalifikacjach zarządzający pracownią diagnostyczną mają pierwszeństwo do największej zapomogi. Zapomoga może być przyznana i poza zgłaszającymi się do konkursu. Termin składania podań upływa z dniem 1 marca 1938 roku.

3. Fundusz Zapomogowo - Stypendialny im. Dra Józefa Grodzkiego. Zapomoga w wysokości zł. 700.— dla młodego lekarza, który nie później jak w 2 lata po skończeniu studiów uniwersyteckich przed rozpoczęciem praktyki będzie się doskonalił w swoim zawodzie. Kandydaci ubiegający się o powyższą zapomogę powinni złożyć podanie ze szczegółowym życiorysem. Termin składania podań upływa dn. 1 marca 1938 roku.

4. Fundusz Nagrodowy (wspólny) z zapisów Helbicha, Hejmana i Karwowskiego. Nagroda w wysokości zł. 870.— dla lekarza Polaka, bez różnicy wyznania, za najlepszą pracę z dziedziny chorób ucha, nosa, gardła lub krtani, napisaną lub wydrukowaną w języku polskim. Kandydaci ubiegający się o powyższą nagrodę powinni złożyć podanie ze szczegółowym życiorysem i odtbitką pracy. Termin składania podań upływa dn. 1 marca 1938 roku.

5. Fundusz Nagrodowy im. Dra Józefa Jaworskiego. Nagroda konkursowa w wysokości zł. 100.— za prace oryginalne w języku polskim, nadesłane w rękopisie lub drukiem ogłoszone, z dziedziny położnictwa i ginekologii a w braku takich z dziedziny patologii ogólnej. Termin składania podań upływa dnia 1 marca 1938 roku.

6. Fundusz Zapomogowo - Stypendialny im. Dra Stanisława Kopcia. Zapomoga w wysokości zł. 650.— dla młodego lekarza Polaka, wyznania rzymsko-katolickiego, na dalsze studia naukowe, przeważnie z zakresu teoretycznych nauk lekarskich, w instytucjach naukowych, w kra-

ju lub zagranicą odbyć się mające. Pierwszeństwo do otrzymania zapomogi mają ci lekarze, którzy ukończyli medycynę nie dawniej jak przed 3-ma laty, i niemniej roku pracowali jako asystenci szpitalni pod kierunkiem doświadczonych ordynatorów, wykazując w czasie tej pracy zapał i pewne aspiracje naukowe. Do zapomóg stypendialnych dołączyć należy oprócz podania: 1. curriculum vitae, 2. bieg studiów dotychczasowych, 3. ewentualne odtbitki prac dotychczasowych ogłoszonych drukiem, 4. określenie kierunku, w którym kandydat pracuje, lub ma zamiar pracować. Termin składania podań upływa dn. 1 marca 1938 roku.

7. Dwie Nagrody Konkursowe, ufundowane przez Towarzystwo Warszawskie „MOTOR” — Sp. Akcyjna „Zakłady Chemiczno-Farmaceutyczne” (jako pozostałość konkursu z r. 1929) w poczuciu potrzeby jak największego rozwoju wiedzy terapeutycznej, będącej dla polskiego przemysłu pobudką, źródłem i sprawdzianem poczyną i usiłowań w dziale produkcji chemiczno - farmaceutycznej. Każda nagroda wynosi zł. 1000.—. Nagrody konkursowe będą przyznane za najlepsze z wartościowych prac oryginalnych z dziedziny lecznictwa, napisanych w języku polskim i złożonych w maszynopisie. Termin składania podań wraz z życiorysem upływa dn. 1 marca 1938 roku. W razie zakwalifikowania do nagrody jednej tylko pracy, Komitetowi konkursowemu przysługuje prawo zwiększenia wysokości nagrody.

8. Fundusz Nagrodowy im. Grzegorza Piramowicza. Nagroda konkursowa w wysokości zł. 400.— na cele popierania higieny szkolnej za oryginalną pracę, ogłoszoną drukiem w języku polskim, lub też za pracę, złożoną w rękopisie T-wu Lek. Warsz. z jakiegokolwiek dziedziny higieny szkolnej — w braku zaś takiej pracy, nagroda zostanie przyznana lekarzowi szkolnemu, który według opinii władz zwierzchnich najbardziej owocnie i wydajnie pracował pod względem higieny szkolnej. Do podania o nagrodę dołączyć należy życiorys i odnośną pracę. Termin składania podań upływa dnia 1 marca 1938 roku.

9. Fundusz Nagrodowy i Zapomogowy im. Dra Romualda Płaskowskiego. Nagroda konkursowa w wysokości zł. 500.— za najlepsze prace z dziedziny psychiatrii, bądź już drukowane, bądź też w rękopisie Tow. lek. przedstawione. W braku prac odznaczających się w specjalnej treści psychiatrycznej, można będzie wynagradzać ważniejsze prace z dziedziny anatomii patologicznej, skoro takowe przyczyniać się będą do rozjaśnienia rozwoju powstawania chorób umysłowych. Zapomoga w wysokości zł. 360.— dla wybranych przez Tow. Lek. Warsz. delegatów na Zjazdu psychiatrycznego. Termin składania prac oraz podań upływa dn. 1 marca 1938 r.

10. Fundusz Stypendialny im. Pawła Sie-ragowskiego i żony jego Bronisławy. Stypendium w wysokości zł. 6000.— dla Polaka, wyznania rzymsko-katolic-

kiego, pracującego tak w kraju jak i zagranicą, na polu biologii i medycyny doświadczalnej. Termin składania podań upływa dn. 1 marca 1938 roku. Do zapomóg stypendialnych dołączyć należy: 1. Zyciorys, przebieg studiów i zamierzenia na przyszłość. 2. Pracę, przeznaczoną do konkursu (należy wyraźnie wymienić, którą pracę zgłasza autor do konkursu). 3. Spis prac i ew. odbitki prac najważniejszych.

11. Fundusz Stypendialno - Nagrodowy im. Dra Feliksa Sommera. Stypendium względnie nagroda w wysokości zł. 2000 — dla Polaka wyznania rzym.-katolickiego na prowadzenie badań i prac naukowych lekarskich i przyrodniczych z pierwszeństwem dla prac o charakterze monograficznym lub na nagrodę za nową, nienagrodzoną pracę w powyższym zakresie, przedstawioną w rękopisie lub druku. Termin składania podań upływa dnia 1 marca 1938 roku. Do zapomóg stypendialnych dołączyć należy oprócz podania: 1. Zyciorys, przebieg studiów i zamierzenia na przyszłość. 2. Pracę, przeznaczoną do konkursu (należy wyraźnie wymienić, którą pracę zgłasza autor do konkursu). 3. Spis prac i ew. odbitki prac najważniejszych.

12. Fundusz Nagrodowy im. Dra Józefa Wszebora. Nagroda konkursowa w wysokości zł. 350.— za najlepszą z prac oryginalnych, na dowolny temat z dziedziny patologii ogólnej, lub higieny w języku polskim napisanych i w rękopisie Tow. Lek. złożonych. Termin składania prac wraz z podaniem upływa dn. 1 marca 1938 r.

13. Fundusz Zapomogowo - Stypendialny im. Dra Edwarda Zielińskiego. Stypendium w wysokości zł. 1500.— przeznaczone na wyjazd zagranicę jednego z asystentów szpitalnych (chirurga lub internisty) z żądaniem złożenia szczegółowego sprawozdania ze swej podróży. Kandydaci do otrzymania stypendiów, asystenci oddziałów wewnętrznych lub chirurgicznych szpitali miejskich w Warszawie, muszą być Polakami, wyznania rzymsko-katolickiego. Do podania o stypendium dołączyć należy następujące dowody: 1. curriculum vitae; 2. zaświadczenie Dyrektora Szpitala, że kandydat przez dwa lata pozostawał na stanowisku asystenta szpitala; 3. zaświadczenie ordynatora oddziału o zaletach kandydata. Termin składania podań upływa dnia 1 marca 1938 roku.

Podania wraz z załącznikami należy składać na ręce Sekretarza Stałego do Kancelarii Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (ul. Alberta I, Króla Belgów Nr 7 do dnia 1 marca 1938 roku). Zyciorys do wszystkich podań nie powinien przekraczać 1 strony maszynopisu. Sekretarz Stały: (—) Prof. dr. med. A. Leśniowski.

— Fosfor a ustroj. Pod tym tytułem rozesłana została ostatnio lekarzom przez firmę Ludwik Spiess i Syn interesująca broszura, omawiająca w sposób wyczerpujący rolę fosforu w biologii i medycynie. Czytelnik znajduje w niej ważniejsze dane dotyczące zagadnienia zarówno fizjologii jak i patologii gospodarki fosforowej ustroju, oparte o doświadczenia na zwierzęciu oraz na obserwacjach klinicznych. Dane z literatury obecnej i krajowej, z załączonym przy końcu piśmiennictwem, podkreślają w sposób przekonywujący doniosłość i znaczenie fosforu dla ustroju. Znaczenie bilansu fosforowego w etiologii krzywicy oraz rola połączeń organicznych fosforu w terapii szeregu schorzeń jest szczególnie lekarzy interesująca częścią tej wartościowej publikacji. Zakładom Spiessa należy przyznać

zasłużone pierwszeństwo w kraju pod względem produkcji wielu środków leczniczych, a przede wszystkim związków inozytofosforowych, w których fabrykacji wyspecjalizowały się w okresie ostatnich kilkunastu lat, oddając do użytku lekarzy wartościowe i ze wszech stron wypróbowane połączenia inozyto-fosforowe (Phosphit i Efisan). Monografia powyższa o fosforze jest pięknie wydana, zaopatrzona w estetyczne ryciny i tablice. Łącznie z poprzednio wydaną przez Zakłady Spiessa broszurą p. t.: „25-lecie arsenoterapii kiły“, oba te wydawnictwa źródłowo opracowane i w pięknej szacie rotograviurowej, świadczą chlubnie o wysiłkach firmy w celu dostarczenia lekarzom publikacji o charakterze niereklamowym, a naprawdę — naukowym i estetycznym.

KALENDARZYK POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

1.II. Zrzeszenie Lekarzy Rz. P.

1) M. Płoński: Pokazy anatomopatologiczne. 2) K. Reznikow: Przypadek nowotworu pozałożkowego. 3) H. Higier: a) Spasmus nutans cum nystagmo, b) Spasmus mandibulae mobilis. 4) M. Fejgin: Podział kliniczny i leczenie grypowych zapaleń płuc.

Résumé des articles originaux.

J. I. MERENLENDER. *Cutis gyrata (sive plicata) imitata. Lésions de la peau imitant la cutis gyrata: variétés rares de la cutis gyrata.*

Rappelant ses travaux antérieurs concernant les variétés de la „*cutis gyrata latens*“ et publiés en 1925, l'auteur rapporte l'état actuel de nos notions et la classification étiologique touchant cet intéressant problème. Les dernières observations de l'auteur concernent les réactions particulières de la peau, pas encore décrites, imitant à s'y méprendre la „*cutis gyrata*“ Les cas les plus intéressants sont: cas nr I conditionné par un *nævus*, cas nr V — par un oedème à la suite de cirrhose hépatique. Dans 3 cas (II, III, IV) l'examen histologique a montré une inflammation chronique de la peau tandis que dans le cas nr V en outre un état correspondant à l'adénome sébacé. A. P.

J. FLAKS et A. BER. *Suppression de la réaction de l'hormone gonadotrope par un néoplasme croissant.*

On a trouvé que les jeunes souris impubères greffées avec des tumeurs transplantables (sarcome d'Ehrlich) ne répondent pas à l'hormone gonadotrope, si les tumeurs sont bien développées au moment de l'exécution de la réaction. L'interprétation de ce phénomène n'est pas encore connue. Les auteurs pensent d'une substance toxique (?) sécrétée par la tumeur et qui agit sur les ovaires des animaux impubères.

M. FORCAJG. *Sur l'application des antipyrétiques au cours de la fièvre typhoïde, de la tuberculose et d'autres maladies.*

L'auteur donnait l'autumnol (propalgon + diméthyl — amono — antipyrine) pendant plusieurs jours à doses d'une demi-tablette 4 fois par jour chez les adultes, 4 fois d'un quart de tablette chez les enfants dans 35 cas de fièvre typhoïde, 12 cas de tuberculose et 10 cas d'autres maladies. Dans 75—80% de cas la fièvre baissait de 1^o—2^o, l'état général s'améliorait. Pas d'effets secondaires. L'auteur discute aussi quelques théories expliquant la façon d'agir des antipyrétiques, en s'arrêtant particulièrement sur la théorie des antigènes de Meyer et Mezey.

TREŚĆ: G. BYCHOWSKI. O diecenfalozach. — J. MERENLENDER. *Cutis gyrata (sive plicata) imitata.* — Zmiany skóry naśladujące t. zw. skórę krętą — rzadsze odmiany skóry krętej. — FLAKS i BER. Zniesienie reakcji hormonu gonadotropowego przez rosnący nowotwór. — M. SZEJNMAN. Przetaczanie krwi konserwowanej (Str. pogl.). — Streszczenia pojedyncze. — Oceny książek. — Wskazówki praktyczne. — Posiedzenia Towarzystw Lekarskich. — M. FORCAJG. W sprawie stosowania środków przeciwwgorączkowych w durze brzusznym, gruźlicy i niektórych innych schorzeniach. — J. NELKEN. Perspektywy walki lotniczo-gazowej w przyszłej wojnie w związku z higieną psychiczną. (C. d.) — Wiadomości bieżące. — Kalendarzyk posiedzeń Towarzystw Lekarskich.

SOMMAIRE DES ARTICLES ORIGINAUX: G. BYCHOWSKI Sur les diencéphaloses. — J. MERENLENDER. *Cutis gyrata (sive plicata) imitata. Lésions de la peau imitant la cutis gyrata — variétés rares de la cutis gyrata.* — J. FLAKS et A. BER. Suppression de la réaction de l'hormone gonadotrope par un néoplasme croissant. — M. SZEJNMAN. Sur la transfusion du sang conservé (Rév. gén.). — M. FORCAJG. Sur l'application des antipyrétiques au cours de la fièvre typhoïde, de la tuberculose et d'autres maladies. — J. NELKEN. Perspectives de la lutte aéro-gazeuse dans la guerre future en relation avec l'hygiène psychique.