6667

WIEDZA LEKARSKA

ROK 1931

SKOROWIDZ

6667

BIBLIOTEKA w Białymstoku AKADEMIA MEDYCZNA

Cyfry oznaczają strony; drukiem tłustym uwydatniono artykuły oryginalne.

Adrenalina 328
Aerofagja 93
Alkoholizm 258, 397
Allochryzyna 247
Anafilaksja 132
Anaemia 81
Angina **219**
Antivirus 132
Antygen 382
Aortitis abdominalis 115
Astma 63
Awertyna 329
Azotan srebra 237
Azotemja 55, 125

Bakterjofag 97, 123, 360
Balanitis 398
Basedowa choroba **142**, 199
B. C. G. 112
Bezgłos histeryczny 92
Bezpłodność fizjologiczna **311**
Bizmut 29, **33**
Błonica 130, 132
Bóle w gruźlicy 153
„ jamy brzusznej 77, 78, 79, 80
„ połogowe 269
„ leczenie 153
Bürgera choroba 1

Chemoterapja **33**
Chinina **33**, 153, 357
Cholina 292
Choroba Basedowa **142**, 199
„ Bürgera 1
„ Menière'a 395
„ Nicolas-Favre'a 167
„ Kümmel-Verneuil'a 27
„ Still'a 129, 155
„ Quincke'go 201
Ciąża 62, 124, 125, 126, 162, 163, 164, 269, 303, **311**, 329, 365, **366**
Cięcie cesarskie 302, 328
Ciśnienie płynu mózg. rdz. 87
Cukrzyca 128, 157, 296, 322, 379 398
Czerwie 156
Czerwienice 194

Diatermja 55, 80, 268, 327
Dieta bezsolna 365
Dietetyka 291
Dna 292
Drogi żółciowe 119, 161, 323
Dur brzuszny **33**, 53, 54, 155
Dusznica bolesna 296
Dwunastnica 82, 84, 204
Dychawica 29, 197, 198, 315
Dymienica 28

Encephalitis powakcynalna **283**
Epilacja 207
Ergosterol 360

Febris quintana 194

Głuchota zawodowa 300
Gonoreakcja 258
Gościec stawowy 159, 248, 252, 322
Gronkowce 64, 84, 169
Gruczoły pachwinowe 206
Gruźlica 87, 153, 162, **173**, 232, 256, 353, 360, 394
„ kości i stawów 83, 264, 271, 299
„ krtani 92, 396
„ nerek 119
„ skóry 367
Grypa 29, 199, **300**
Grzybice 46, 397

Hemofilja 254
Hirudyna 364
Hormonologja **369**
Hyperglykemja 386
Hypoglykemja 320
Hypotrepsja 129

Insulina 57, 322, 400
Insulinoterapja 19, 400

Jajeczkowanie bolesne 236
Jajnik 62, 89, 125, 126, 164, 355
Jajowód 62, 266, 267
Jod **33**

Kamica moczowa 58, 363, 363
„ nerkowa 119, 362
„ żółciowa 195
Kauzalgja 120
Kiła 29, 133, 157, 237, 258, 270, 317, 326, 333, 367
„ wrodzona 207, 238, 334
Kleszcze 164
Kłos zboża w oskrzelu 199
Koklusz **69**, 365
Krętnica **101**
Krwawcy (zabiegi u) 324
Krwi przetaczanie 53, 54, 59, 236
Krwotoki 53, 54, 59, 125, 164, 204, 301
Krztusiec **69**, 365
Krzywica 84
Kümmel-Verneuil'a choroba 27
Kwasica 112

Lawatywy kroplowe 385
Lipjodol 54
Lumbalizacja 266
Liszaj płaski 270
Lupoid 237

Łożysko 126, 269
Łuszczyca 133

Macica 62, 89, 164, 202, 330, 394
Marskość wątroby 53, 113
Meniere'a choroba 395
Miesiączkowanie 235
Mięśniaki 89
Migdałki 92, 97, 160, 300

Nabłoniaki 29
Nadciśnienie 52, 118, 193, 319, 384
Nadczynność tarczycy 234, 235
Naświetlania Rg. 60, 80, 165, 268, 303, 326
Nephrosis 152, 359
Nerki 58, 62, 152, 299, 322, 359, 380
Nerwiaki 87
Nerwobóle 397

Nerwy współczulne 89, 392
Nerwu przeponowego wyrwanie 123
Niedokrwistość 195
Niedrożność jelit 124, 205, 260
Niesztowice 28
Nicolas-Favre'a choroba 167
Novarsenobenzol 155, 238
Nowotwory 60, 89, 202, 203

Obraz krwi 114, 206
Odczyn Meinicke'go 134
„ Kahn'a **209**
„ Roffo 299
„ Triboulet'a 353
„ skórny 366
Odruch żołądkowo-sercowy 383
Oksalemja 320
Okulistyka 95, 96, 134, 135
Oleochryzoterapja 355
Ołów 29
Operacja Bouilly'go 390
Otępienie wczesne 87
Otoskleroza 396
Otyłość **337**

Padaczka 254
Pęcherz moczowy 85, 155, 157, 169, 390, 392
Pokrzywka 64
Policythaemia rubra **241**
Połóg 301
Pooperacyjne powikłania 65, 160, 161, 329, 385, 386, 392
Porażenie dziecięce 86
„ kiszek 65
„ połowicze 87
„ położnicze 268
Poród 88, 163, 269, 270, 327, 328, 365, 366
Posocznica 94, 155
Przekwitanie **273**
Przemiana materji 234
Przetaczanie krwi 53, 54, 59, 236
Przetoki dwunastnicze 84
Przewód pokarmowy 62, 65, 118, 139
Próba Volhard'a 380
„ Mico 384
Próchnica zębów 319
Puchlina brzuszna 357
Pyelografja 265

Quincke'go choroba 201
Quinby **33**

Radem leczenie 203, 267
Rak 126, 165, 202, 203, 395, 400
Rak krtani 395
„ macicy 89, 202, 267
„ otrzewnej 28
„ skórny 400
Ran leczenie 238
Ropnie migdałka 97
„ mózgu 121, 265
„ płuc 25
„ przyodbytnicze 360
Różyczka 130
Rzerzączka 65, 132, 331, 361, 390, 392
Rzucawka 87, 88

Sanochryzyna 92
Serce 61, 124, 153, 250, 254, 383, 384
Sfigmomanometrja 156
Siccogyne 236
Skórne zmiany 237
Skóry zakażenia 270
Skrzeplina tętnicy 84
Skurcz twarzowy 87
Skutki tytoniu 353
Still'a choroba 129, 155
Stłuczenie brzucha 25, 205
„ śledziony 26
„ nerki 26
Stwardnienie płuc 200
Swędzenie 331
Szczepionkami leczenie 89, 90, 126
Szmer żylny 113
Szyjka macicy 62, 89, 394
Szycie kości 27, 59, **359**

Śpiączka 57
Świąd 268, 391
Świerzbiączka 331

Tarczycy nadczynność 234, 235
Tężec 26, 120, 154
Thromboangeitis **1**
Torbiel maziówkowa 60
Trypaflawina 55
Tuberkulina 382

Ucho 92, 93, 122

Wapń 23, 139
Wątroba 55, 113, 126, 195, 258
Więzadła macicy 236
Wirilizm 355
Witaminy 162
Woda Goularda 133
Wodolecznictwo 79
Wodonercze 62
Wrażliwość na leki 226
Wrzód żołądka 82, 206, 208, 261
„ miękki 132
„ trawienny 386
Wstrząs 365
Wyjałowienie kobiety 331
Wymioty 365
Wypadanie macicy 330
Wyprysk 165, 206, 237, 366
Wysiłki mięśniowe 114

Vitiligo 397

Zaburzenia żylne 154, 158
Zagięcie krętnicy **101**
Zakażenie dłoni 325
„ połogowe 329
Zapalenie gardła 301
„ opon 86
„ otrzewnej 388
„ płuc **243**
„ przydatków 90, 126, 268
„ rdzenia 87
„ stawów 228, 259, 321, 361
„ szpiku 84
„ tętnic 157, 317
„ tk. łączn. miednicy 165
„ ucha środkowego 122
„ wyrostka robaczkowego 24, 204, 205, 269, 360
„ żył 160, 331, 364
Zatoka szczękowa 91
Zespolenie żoł. jel. 85
Zespół Chauffard-Still'a 155
„ hipertermiczny 91
„ Parinaud'a 87
Zgorzel 296, 326, 379
Znieczulenie lędźwiowe 89
„ miejscowe 302
„ w porodzie 125, 302, 329
„ w dychawicy 197
„ w zabiegach na głowie 92
„ splotu 302
Złamania czaszki 86
„ kręgu 298
„ otwarte 324, 389
„ goleni 364, 389
Zrosty nosowe 94
Zwichnięcia 326

Żylaki 230, 271, 366

ZAKŁADY GRAFICZNE
E. i D-ra K. KOZIAŃSKICH
WARSZAWA, KRAK.-PRZEDM. Nr. 66.

ROK V WARSZAWA 1931 STYCZEŃ ZESZYT I

WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY PRZEGLĄDOWI FRANCUSKIEGO
PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO I POTRZEBOM
LEKARZA PRAKTYKA

REVUE MENSUELLE CONSACRÉE À LA LITTERATURE MEDICALE FRANÇAISE ET AUX BESOINS DU PRATICIEN

pod redakcją Doc. Dr. Wojciechowskiego

PRACE ORYGINALNE

DR. A. GOLDBURT (Wilno).

Thromboangeitis obliterans.

(Non syphilitic arteritis of the Hebrews).

Choroba Leo Buerger'a.

Do chorób, mających związek z t. zw. „patologją Żydów", odnoszą rzadko spotykające się, lecz dość ciężkie schorzenie, które zostało wyosobnione w odrębną nozologiczną jednostkę przez amerykańskiego lekarza *Leo Buerger'a* z New-Yorku. Choroba ta, zwracająca w ostatnich czasach uwagę lekarzy, znana jest obecnie pod nazwą „Choroby Buerger'a", który to autor pierwszy bardzo szczegółowo opisał ją przeszło dwadzieścia lat temu (1908) na podstawie pięciuset przypadków własnych, spostrzeganych w Ameryce u emigrantów żydów, pochodzących z Rosji i Polski. Po ukazaniu się w druku dzieł *Buerger'a* [1,2,3], z początku *Parkes Weber* (1912 — 1917) [4,5,6,7,8], pozatem *Willy Meyer* [9,10,11,12] oraz cały szereg autorów *(Goodman et Gottesman* [13], *Mac Arthur* [14], *Koyano* [15], *Gilbert et Coury* [16,17], *Perla* [18], *Telfort & Stopford* [19], *Ludlow* [20], *Marchak* [21] i inni) opisywali przypadki tego schorzenia. Choroba ta ma tyle analogji z innemi postaciami obliterujących arteriitów niestarczego typu, iż ją bezwątpienia przez dłuższy czas nie odróżniano od tych ostatnich. *Leo Buerger* nazwał tę chorobę t h r o m b o a n g e i t i s o b l i t e r a n s, wskazując tem, że sprawa toczy się w obwodowych częściach układu krążenia, w tętnicy i żyle obwodowych odcinków kończyn, przyczem naczynia te ulegają zaczopowaniu drogą wytwarzania się zakrzepu. *Parkes Weber* posługuje się nazwą „Non syphilitic arteriitis obliterans of the Hebrews" i podkreśla w ten sposób czynnik rasowy etjologiczny, sądzi on bowiem, że choroba spotyka się wyłącznie u żydów. Później zatrzymamy się szczegółowiej na etjologicznych czynnikach, mających znaczenie w powstawaniu

tego schorzenia, teraz podkreślimy, iż wszyscy autorowie są zgodni, iż thromboangeitis obliterans bywa napotykany prawie wyłącznie u Żydów, pochodzących z Europy Wschodniej (Rosji, Małopolski i pozostałej Polski, Litwy, Rumunji), czyli z krajów, gdzie Żydzi tworzą duże zbiorowiska; chodzi tu więc o Żydów urodzonych głównie w granicach byłego Rosyjskiego Imperjum, skąd do wojny światowej szła główna fala emigracji żydowskiej do Ameryki, — Żydów rosyjskich oraz polskich. „Il s'agit en effet toujours d'izraelites, ayant emigré de Pologne ou de Russie, ou issus d'emigrés", mówi *Jean Heitz* [22,23] w swej pracy „Thromboangéite oblitérante non syphilitique des Hébreux: maladie de Buerger". Inaczej mówiąc, choroba spotyka się nie u Żydów wogóle, lecz u „Żydów niemiecko-słowiańskiej grupy" t. j. u Żydów, którzy mieszkają czy też pochodzą z krajów, gdzie Żydzi używają jako języka odrębnego żargonu „Idisz", tworząc grupę, którą również określają nazwą Askanazym (w przeciwieństwie do grupy nazywającej się Sfardim). *(I. Menchaca* [24] „... chez les Juifs du groupe allemand-slave, c'est-à-dire chez les Hébreux qui habitent ou proviennent des pays où les Juifs emploient, comme langue particulière, le jargon Yidish, c'est-à-dire du groupe designé parfois sous le nom d'Askanazym (par opposition au groupe Sephardim)". — I. Menchaca. Etude anal. et crit. des conditions étiologiques qui président à la Maladie de Buerger. Thèse de Paris 1927, p. 23".

W ostatnich czasach jednak opisano dość dużo przypadków tego zachorowania i nie u Żydów. *Telfort* i *Stopford* podali cztery przypadki Thromboangeitis obliterans u Anglików nie-Żydów. *Gemmil* [33] opisuje przypadek obliterującego tromboangeitu u murzyna. Wyjątkowo dużo przypadków, oprócz Żydów, spotykamy u Japończyków. *Koyano* zebrał od 1900 — 1921 r. 120 przypadków wśród Japończyków. Przypadki obliterującego tromboangeitu u Japończyków również opisywał *Ito* [25]. Oprócz Japończyków opisano też przypadki choroby Buerger'a u Chińczyków oraz u mieszkańców Koreji *(Ludlow* [20], *Whyte* [26]). *Buerger* osobiście wskazuje, iż z pięciuset obserwowanych przez niego przypadków, 4 nie należą do semitów, a z 41 przypadków w Montefiore Hospital (New-York), spostrzeganych przez *D. Perla*, jeden chory nie był Żydem.

Mimo to nie możemy zaprzeczyć, iż choroba ta najczęściej spotyka się u Żydów. Dla tego też słusznie podkreśla znakomity francuski kardjolog *Prof. H. Vaquez* [27]: „il faut cependant retenir la grande prédilection de cette affection pour la race izraélite". Spostrzegano pojedyńcze przypadki choroby Buerger'a również u Żydów, którzy nie pochodzą z Żydów (rosyjskich i polskich) Askenazym i nie są rodem z naszych miejscowości. *I. Heitz* spostrzegał tę chorobę u młodego 24-letniego Żyda, który urodził się w Salonikach i który pochodził z hiszpańskich Żydów (Sfardim).

Kiła nie odgrywa żadnej roli w etjologji choroby Buerger'a. Jak widać z nazwy, danej przez *Parkes Weber'a* („Non syphilitic arteriitis obliterans of Hebrews"), u chorych stwierdza się zawsze zupełny brak wszelkich objawów nabytej lub dziedzicznej kiły. Tylko w wyjątkowo rzadkich przypadkach Thromboangeitis obliterans występuje wspólnie z kiłą, jako z zupełnie przypadkowem schorzeniem *(Smith* et *Patterson* [28]). Do tego negatywnego etjologicznego czynnika jeszcze wrócimy.

Wszelkie inne etjologiczne czynniki, które zwykle wywołują zmiany układu naczyniowego, skurcz naczyń, czy organiczne zmiany ścianek naczyniowych, również zazwyczaj nie bywają stwierdzane w Thromboangeitis obliterans.

Alkoholizm nie odgrywa żadnej roli w patogenezie tej choroby. Wogóle alkoholizm u Żydów spotyka się dość rzadko, wszakże znacznie rzadziej niż u innych narodów, wśród których Żydzi przebywają. To samo widzimy w New-Yorku. Dane porównawcze statystyczne, zebrane w „The Jewish Encyclopedia" przez d-ra *William S. Gottheil* [29], konsultanta Beth-Izrael Hospital w New-Yorku, szpitala z prawie wyłącznie żydowskim kontyngentem (liczba chorych nie-Żydów nie przewyższa 0,25%), wykazują, że na 3.000 chorych było tylko 4 przypadki alkoholizmu t. j. 0,13%, natomiast w Bostonie szpital miejski z mieszanym kontyngentem chorych posiadał na 7.104 chorych, 226 alkoholików, co stanowi 3,18%, t. j. 24 razy więcej, niż u Żydów. A ogromna większość przypadków obliterującego tromboangeitu, spostrzeganych przez *Buerger'a* i *Perla*, odnoszą się do Mount Sinaï Hospital *(Buerger)* i do Montefiore Hospital *(Perla)* w New-Yorku z prawie wyłącznie żydowskim kontyngentem chorych.

Cukrzyca, chociaż rzeczywiście spotyka się u Żydów częściej niż u innych narodowości, jednak w etjologji Thromboangeitis obliterans nie ma żadnego znaczenia. Cukrzyca, ściśle rzecz biorąc, jest tylko wśród zamożnych Żydów więcej rozpowszechniona niż wśród chrześcijan. Widzimy to również ze statystycznych badań *Sterna* [30] wśród żydowskiej ludności tegoż New-Yorku. *Willamsen* na podstawie obszernego materjału w szpitalu londyńskim wykazał, iż wśród ubogich żydowskich emigrantów z Małopolski cukrzyca spotyka się nie częściej niż wśród Anglików. A choroba Buerger'a spotyka się prawie wyłącznie wśród ubogiego, źle odżywiającego się pracującego ludu. Cukrzyca u Żydów, jak wiadomo, przeważnie bywa w postaci diabète gras, której często towarzyszy nadciśnienie (diabetes sthenicus podług *Rudolfa Szmidta)*, i powoduje u Żydów istotnie więcej powikłań w postaci zgorzeli kończyn, niż nie u Żydów *(L. Szyfman* [31]). Spotyka się ten diabetes sthenicus w wieku między 45 — 55 lat. Lecz chorobie Buergera nie towarzyszy hypertensja, a po 45 latach Thromboangeitis obliterans spotyka się bardzo rzadko.

W etjologji choroby Buerger'a nie można znaleźć również ani ergotyzmu, ani objawów przedwczesnej starości, ani ołowicy, ani wpływów innych zawodowych chorób. Choroba ta spotyka się prawie wyłącznie u młodych osób w wieku między 20 — 40 lat. Bardzo rzadko pierwsze objawy choroby zjawiają się po 40 latach, lecz objawów przedwczesnego więdnięcia ustroju, przedwczesnej starości, miażdżycy naczyń nie można stwierdzić u tego rodzaju chorych. „On a l'âge de ses artères", mówi *Cazalis*, lecz w thromboangeitis obliterans niema żadnych arterjosklerotycznych zmian w naczyniach. Radjografja nie wykazuje żadnych zmian serca, aorty oraz tętniczych gałęzi kończyn. Ciśnienie krwi nie bywa wzmożone, niema żadnych objawów dusznicowych, ani w postaci anginae pectoris, ani anginae abdominalis. Również i w układzie nerwowym nie można odnaleźć żadnych objawów organicznego zachorzenia. Łatwo wyłączyć przy rozpoznaniu różniczkowem rozmaite schorzenia, mogące w pewnych okresach przedstawiać pewne podobieństwo z chorobą Buerger'a, jak choroba Raynaud (symetryczna zgorzel kończyn), postać Morvan'a syringomyeliae, postać rdzeniowa chromania przestankowego *(Dejerine)* oraz nerwowa postać trądu, z którą, ogólnikowo mówiąc, thromboangeitis obliterans może być porównany pod wieloma względami.

Wszystkie wskazane tutaj momenty negatywnego charakteru mają wielkie znaczenie w rozpoznawaniu choroby Buerger'a oraz dają możność odróżnić tę chorobę od innych postaci obliterujących arteriitów.

Należy jeszcze wskazać, iż choroba ta spotyka się prawie wyłącznie u osób płci męskiej i bardzo rzadko spostrzega się ją u kobiet.

A więc choroba Buerger'a przedstawia się, jako zupełnie odrębne schorzenie, odróżniające się tak pod względem swej etjologji, jak również i klinicznych osobliwości od ogólnej grupy przewlekłych zmian tętniczych, i dotyka ona przeważnie młodych Żydów, pochodzących z Wschodniej Europy (Rosja, Polska, Rumunja). Choroba ta może również dotknąć osoby, które już oddawna porzuciły wskazane wyżej miejscowości. *H. Vaquez* i *I. Yacoël* opisują przypadek zachorowania u Żyda-emigranta, który mieszkał długie lata w Meksyku: choroba zjawiła się 40 lat po wyjeździe z ojczyzny (Małopolska).

W przypadkach typowych choroba Buerger'a przebiega w ten sposób, że po rozmaicie długim utajonym okresie występuje na widownię okres bolów pod postacią „nieskończonej historji chromania przestankowego" (zwykle lewej nogi), któremu towarzyszą zaburzenia naczynioruchowe (trupia bladość, erythromelia), a pozatem także i troficzne. Te prowadzą wcześniej czy później prawie bezwarunkowo do zgorzeli jednego lub kilku palców nogi lub ręki, albo też do rozległej zgorzeli stopy a nawet goleni. W wyniku chory poddaje się całemu szeregowi zabiegów (amputacji palców i kończyn), a po 5 — 6 latach następuje śmierć. W całym szeregu przypadków przebieg choroby zbacza od wyżej wskazanego toru. Choroba wykazuje często przebieg więcej przewlekły i charakteryzuje się tak okresami obostrzenia, które zmuszają do chirurgicznej interwencji, jak również i dłuższemi zwolnieniami — remisjami, w ciągu których znów zjawia się tę-

tno w kończynach, które, zdawało się, że zginęło już zupełnie. *Parkes Weber* [32] opisuje przypadek choroby Buerger'a, która trwała 22 lata.

W ostatnich czasach dzięki badaniom oraz dziełom *M. Letulle, J. Marchak* i *G. Boyer'a,* pogląd na schorzenie Buerger'a nieco się zmienił. Podług ostatnich klinicznych oraz histopatologicznych badań, thromboangeitis obliterans przedstawia się jako zupełnie odrębna patologiczna jednostka, w której zmiany układu naczyniowego — tętnic i żył obwodowych końców kończyn — górnych i dolnych — stanowi tylko część ogólnego zespołu; jest to przewlekłe o g ó l n e schorzenie, wywołane przez swoisty czynnik infekcyjny jeszcze nieokreślonego charakteru, które może być porównane co do ogólnego swego przebiegu z wielkiemi ludzkiemi infekcjami (..grandes infections humaines") kiłą, gruźlicą oraz trądem, sprawa ta odróżnia się dłuższym oraz odrętwiałym, torpidnym, przebiegiem, przerywanym powtarzającymi się ostrymi czynnymi wybuchami oraz okresami mniej lub więcej dłuższych remisyj.

Nim przejdę do omawiania szczegółowego właściwej choroby Buerger'a, opiszę tutaj w celu lepszego poznania klinicznej postaci obliterującego tromboangeitu charakterystyczny przypadek, który spostrzegałem w Wilnie.

M. Sz., lat 35, ojciec trojga zdrowych dzieci, żyd, urodził się i przebywał w Wilnie, od lat 13 obrał sobie zawód szewca. Bracia, siostry chorego oraz ich dzieci, zdrowe. Ojciec żyje, jest szewcem, jeszcze pracuje. Matka zmarła, gdv miała 46 lat, z niewiadomej choroby. W latach dziecinnych chorował na płonicę oraz na błonicę. Na inne choroby (w tej liczbie dur osutkowy) nie chorował. Żadnych wenerycznych chorób nie miał. Kiłę chory neguje (ani u chorego, ani u jego krewnych nigdy nie było). Alkoholu nie używał. Przebywa i mieszka w złych warunkach (małe mieszkanko z 2-ch maleńkich niskich pokoików, w których sąsiaduja dwie rodziny; mieszkanko ciemne i wilgotne). Zaczął palić od 12-13 lat. Od 17 lat do chwili obecnej pali bardzo dużo, do 30-40 papierosów dziennie (dym wciąga).

W 1914 roku, mając 20 lat, został powołany na wojnę, będąc zupełnie zdrowym. O swej chorobie chory opowiada co następuje:

W 1916 roku, będąc w okopach (za Żyrardowem) chory odczuł nagle zimno w lewej nodze i noga zdrętwiała. Chory zaczął prosić, aby go zbadano, lecz jego prośbę nie wzięto pod uwagę. W ciągu dwu dni noga obrzękła do kolana. Wszystkie palce stały się czarne, jak węgiel, suche, niewrażliwe; skóra nogi była koloru sinawego. Chorego ewakuowano do Warszawy. Tutaj rozpoczęły się bóle powyżej palców. Chorego skierowano do Moskwy, gdzie wykonano odjęcie palców. Zagojenie odbywało się z trudem i trwało dwa miesiące. Bóle zupełnie zniknęły, a kolor nogi wrócił do stanu prawidłowego. Przy dłuższem chodzeniu noga trochę obrzękała i zjawiały się nieznaczne kłucia. Na chłodzie w tej nodze zjawiało się chorobliwe uczucie zimna, które znikało od ciepła (ogrzewanie), lecz nie od chodzenia. Następnie chory wyjechał do Krymu, gdzie czuł się bardzo dobrze. Chory przypuszcza, że w okopach odmroził nogę.

W 1919 roku, chory przybył do Wilna.

W 1921 roku, w miejscu blizny po odjęciu dużego palca zjawiło się małe owrzodzenie (jak wskazuje chory — od chłodu), niebolesne, które chory leczył kompresami z wody karbolowej. Cała noga wówczas obrzękła, zaczerwieniła się, w miejscu blizny powstało duże owrzodzenie; w tych miejscach zaczęły się silne bóle. Chory w takim stanie jeszcze pracował. Po miesiącu jednak zmuszony był udać się do szpitala, gdzie w ciągu pół-roku leczono go okładami; wobec tego, że owrzodzenie nie goiło się, lekarz zalecił operację. Rana po operacji nie goiła się, a skóra dookoła uległa obumarciu.

Nie widząc żadnego polepszenia, chory wypisał się ze szpitala. Po roku dzięki domowym środkom owrzodzenie prawie zagoiło się. Po wyżej wspomnianej operacji zjawiły się bóle w nodze oraz mimowolne skurcze nogi. Jednocześnie chory zauważył nowy objaw: zasinienie oraz ochłodzenie obu dłoni, ten objaw ukazywał się bardzo często, jak tylko chory wychodził na ulicę, na zimno. Po 3 miesiącach rozpoczęło się ropienie koło paznokci. Chory znów udał się do szpitala, gdzie leczono go elektryzacją. Po dwóch miesiącach wypisał się z pogorszeniem, z ropniami pod paznokciami. Przez cały rok cierpiał od tego. Latem

zasinienie rąk zjawiało się rzadziej. Ropienie pod paznokciami to polepszało się, to pogarszało.

W roku 1925 uległa schorzeniu zdrowa (t. j. prawa) noga. Koło dużego palca prawej nogi ze strony przyśrodkowej zjawiła się krosta, której towarzyszyło uczucie palenia; ta krosta pękła i utworzył się wrzodzik, wielkości główki szpilki. Wrzód się co raz powiększał, bóle oraz palenie stały się nie do wytrzymania, snu nie było, gdyż chory nie mógł znaleźć miejsca dla chorej nogi z powodu bólów. Wrzód zajął pół palca. Chory wówczas znów udał się do szpitala, gdzie po dwóch miesiącach wykonano amputację dwóch palców. Rany operacyjne nie goiły się; w 3 dni po amputacji u chorego obrzękły gruczoły pachwinowe, koło rany ukazało się zczernienie, które przeszło na wszystkie palce; bóle stały się nie do zniesienia i musiano odjąć całą stopę. Tylko wtedy bóle zmniejszyły się i chory był bardzo zadowolony, iż odjęto mu nogę, ponieważ cierpiał nad wyraz silnie. Rana po amputacji dotychczas nie zupełnie się zagoiła.

W rok po tej amputacji ukazało się owrzodzenie na lewej nodze; silnych bólów nie było, jednak owrzodzenie się nie goiło. Noga zcieńczała. Chory znów wstąpił do szpitala, gdzie w 1927 roku odjęto mu nogę w dolnej trzeciej części goleni. Rana zagoiła się dobrze i prędko (w ciągu miesiąca), bóle zupełnie znikły i do chwili obecnej chory żadnych bólów w tej nodze nie odczuwa. W końcu 1927 roku chory znajdował się w klinice uniwersyteckiej (ciśnienie krwi 110-70; mocz bez zmian; badanie krwi na odczyn Bordet-Wassermana dwa razy dało wynik ujemny).

W r. 1928 w jesieni chory zauważył zaropienie średniego palca prawej ręki pod paznokciami; ropa ukazywała się z pod paznokcia, paznokciowy człon obrzękł, zjawiły się nieznaczne bóle. Po spędzeniu całej nocy na dworcu, gdzie było bardzo zimno, zaczął chory odczuwać w palcu bóle; po kilku dniach ukazało się w palcu zczernienie, które zajęło dwa paliczki. Palec ten został amputowany, a również dwa paliczki wskazującego palca tejże ręki, ponieważ były białe oraz bez czucia. W ostatnim roku przed Wielkanocą chory nałożył na prawą nogę protezę, co znów pogorszyło stan owrzodzenia i wywołało bóle. Przy najmnieiszem zimnie, a również i bez tego, noga stawała się chłodna i sinawa. Chory odczuwa nie tyle ból, ile chorobliwe uczucie zimna. Przy ogrzewaniu w kąpieli czy w łóżku chory przez jakiś czas, (1-2 godziny) zaczyna odczuwać, jak krew przypływa, i kolor sinawy znika; temu towarzyszy uczucie kłucia. Przy leżeniu na prawym boku bóle zmniejszają się.

Przy badaniu chorego w roku 1929 (maj) stwierdzono:

Lewa ręka: wszystkie palce są zimne i zlekka bolesne przy dotykaniu, a bardzo bolesne przy lekkich uderzeniach po paznokciach. Paznokcie zmienione w kolorze, powierzchnia ich niegładka, nierówna, usiana brózdami i wzniesieniami, zmętnieniami w postaci plam; pod paznokciami przewlekłe zaropienia; przy naciskaniu zjawia się płynna ropa barwy białawej; skóra palców ze wszystkich stron zcieńczała, palce zdaja się wydłużonemi, wyciągniętemi, koloru czerwonawo-różowego z odcieniem fioletowym. Nasilenie czerwonej barwy zmniejsza się od członu paznokciowego i powoli zlewa się z barwą dłoni. Paliczki paznokciowe zgrubiałe. Duży palec nie przedstawia widocznych zmian, lecz jest zimniejszy. Na piątym palcu brak połowy pierwszej falangi; na pozostałej połowie znajduje się kawałek zeszpeconego paznokcia. Na czwartym palcu znajduje się niewielka blizna, jako wynik otrzymanej od uderzenia ranki, która przez dłuższy czas nie goiła się. Na średnim palcu pod paznokciem widać ropę do połowy paznokcia. Przy naciskaniu na skórę palców powstają białe plamy, które prędko znikają. Przy podniesieniu ręki do góry palce prędko bieleją, stając się trupio blade. Przy opuszczaniu ręki kolor palców staje się jeszcze bardziej czerwony, zaczerwienienie obejmuje także i część dłoni. Ruchy palców są ograniczone i zlekka bolesne. Tętno z trudem wyczuwa się na tętnicy promieniowej; tętna na tętnicy łokciowej brak.

Prawa ręka: na dłoni prawej ręki chory posiada cztery palce. Średniego palca brak (amputowano go rok temu); na palcu wskazującym brak członu; na pozostałych palcach te same zmiany co i na lewej ręce. Przy uderzeniach po paznokciach dużych palców brak bolesności; przy dotknięciu oraz uderzeniach po paznokciach pozostałych palców odczuwa ból, nie odpowiadający sile uderzenia. Lewa dłoń

zdaje się mniejszą niż prawa (zanik skutkiem bezczynności)? Na dłoniach przy opuszczaniu rąk wyraźnie występuje na lewej ręce żylne rozgałęzienie, na prawej zaś dłoni powierzchownych żył nie widać.

Bielenie dłoni następuje przy podniesieniu ręki („kąt krążeniowej wystarczalności" podług Burger'a) trochę wyżej linji poziomej (30°). Lewa noga: goleń odjęta w dolnej trzeciej części; w pozostałej części widoczny jest zanik; koniec kikuta ma kolor sinawy; zaczynając od środka goleń jest zimna na dotyk. Przy opuszczaniu na dół cała goleń prędko sinieje i staje się zimną. Powierzchownych żył nie widać. Prawa noga: amputowana w dolnej trzeciej części; w górnej części jest ona trochę cieńsza, niż lewa; w dolnej części zlekka obrzęknięta; na końcu kikuta bardzo sinym stwierdza się owrzodzenie z podminowanemi zapalnie brzegami; badać długo, podnosić i opuszczać nogę jest niemożliwe, gdyż prędko zjawiają się silne bóle i bolesne uczucie zimna. W ostatnich czasach silne bóle w tej nodze uniemożliwiają choremu sen. Śpi on nie więcej godziny w ciągu całej nocy. Według słów chorego, bóle mają nieokreślony, dłubiący charakter i związane są z uczuciem ochłodzenia. Napadom bólowym towarzyszą skurcze nogi. Przy zbadaniu układu nerwowego (wspólnie z neuropatologiem dr. Neumanem z Wilna), oraz narządów wewnętrznych odchyleń od normy nie zauważono.

Przejdźmy teraz do sprawy przebiegu klinicznego choroby Burger'a. Skorzystamy w tym celu z opisu *J. Marchak'a,* który, jak wiadomo, dużo zajmował się badaniem obliterującego tromboangeitu, będąc osobiście ofiarą tego zagadkowego schorzenia i straciwszy przez to obydwie nogi.

Początkowy okres tej choroby często charakteryzuje się zapaleniem powierzchownych żył , które mogą się zjawiać wiele lat wcześniej, niż obumarcia. Te zapalenia żył ukazują się na zupełnie zdrowych kończynach, bez żadnego zajęcia skóry i przebiegają to więcej ostro, to znowu powolniej, przewlekle. Gdy sprawa żylna ma przebieg lżejszy, wówczas to się objawia nieznacznym obrzękiem oraz uczuciem ciężkości podczas chodzenia. W tych przypadkach chory często nie zwraca żadnej uwagi na te objawy odnosząc je do przemęczenia, lub do przebytej grypy i t. d. Jednocześnie z zajęciem żył często zauważa się zmiany ze strony ogólnego stanu: prędkie zmęczenie, bezsenność, a również cały szereg objawów nerwowych, jak neuralgiczne bóle, migreny, zaburzenia wzrokowe i t. d. Często włosy na przedniej powierzchni goleni wypadają.

Ściany żył, przy powolnym przebiegu, ulegają zmianom wstecznym, światło naczynia ulega zaczopowaniu, i wreszcie często dochodzi do zupełnego zaniku gałęzi żylnej, tak że można nawet myśleć, że w określonej części kończyny nigdy nie było podskórnej żylnej sieci. Niektórzy chorzy, mający znaczne żylakowate węzły, zauważyli, że węzły te samoistnie znikały.

Wskazany okres choroby, o ile niema zapaleń żył — przebiegać może zupełnie niewidocznie tak dla chorego, jak i dla lekarza. *Letulle, Boyer* i *Marchak* nazywają ten okres „période d'invasion évidente".

Po wyżej opisanym okresie zwykle następuje okres rzekomej remisji, który sta nowi trudno dostrzegalne przejście do właściwego wybuchu choroby. Okres ten (w 38 wypadkach, spostrzeganych przez *Lutelle, Bayer* i *Marchak)* trwał od dwóch do siedmiu lat. W ciągu tego czasu choroba jakby zatrzymuje się w swoim rozwoju, lecz i nie cofa się. W tym okresie, rzekomej remisji, według zdania wskazanych autorów, zachodzą postępujące zmiany chorobowe, do których chory nieświadomie przyzwyczaja się.

Następnie rozpoczyna się choroba właściwa, która przejawia się z początku w subjektywnych skargach chorego na uczucie zdrętwienia, mrowienia, ochłodzenia jednej (po większej części — lewej) lub obu dolnych kończyn. Zaburzeniom tym towarzyszą nieokreślone bóle, umiejscowione w okolicy stępu stopy, palców lub mięśni łydek. Bóle te prędko dosięgają znacznego nasilenia i zmuszają chorego do częstego badania stanu swych nóg. Zwłaszcza podczas chodzenia, lecz i podczas spokoju, choremu dolegają tak silne bóle we wskazanych miejscach, że zmuszony on bywa do zatrzymywania się. Po krótkim czasie, napad bólów znika, lecz bóle znów zjawiają się po próbach poruszenia się. Niektórzy chorzy podczas takich napadów zdejmują obuwie i nacierają kończyny, spodziewając się w ten sposób usunąć ból. Wówczas zauważają, że noga jest zimna na dotyk oraz biaława. Od tego czasu jedna czy obydwie dolne kończyny powoli i stopniowo chudną. Ten zanik kończyn często wyraźnie bywa zaznaczony przed zmianami tętniczemi i nie jest powstały wskutek zniedokrwienia. Pomimo zewnętrznego podobieństwa bóle w tym okresie choroby jeszcze nie mogą być uznane za chromanie przestankowe, jeżeli rozpatrywać to ostatnie jako skutek naczyniowych zaburzeń na tle zwężenia światła. Bóle te więc ukazują się nietylko podczas chodzenia, lecz i w czasie spokoju, i, zjawiając się w okresie chodzenia, słabiej ustępują pod wpływem odpoczynku. *Letulle, Marchak* i *Bayer* uważają za bardziej prawidłowe oznaczenie ich nie jako claudicatio intermittens, lecz jako dolor intermittens, rozumiejąc pod tą nazwą bóle neuroarteryjne. Co się tyczy zaś rzeczywistego chromania przestankowego, to ten objaw zwężenia światła tętniczego zjawia się później ze wszystkiemi swemi charakterystycznemi klasycznemi cechami.

Bardzo ważną, według wskazanych wyżej autorów, cechą stanowi objaw, że chory nie znosi w łóżku nietylko ciężaru lecz i ciepła kołdry na swoich dolnych kończynach, głównie na stopach. Instynktownie nogi szukają coraz innego miejsca i zostają niepokryte.

Pozatem zjawiają się bóle nocne, z początku nieokreślone, niejasne. Poziome położenie nogi prędko staje się nie do wytrzymania. Przez całą noc chory trzyma nogę opuszczona z łóżka. W tym okresie chorzy zwykle zwracają się do lekarza. Nogi wówczas są zimne, suche lub pokryte lekkim, zimnym oraz lepkim potem. Próby sztucznego ogrzewania ich wywołują silne bóle. W zimie podczas chodzenia chory zmuszony bywa zatrzymywać się. Jeżeli jest możliwość po temu, zdejmuje on obuwie i pociera chorą nogę, aby usunąć trupią bladość. Czasem, w taki sposób rzeczywiście udaje mu się usunąć skurcz tętnic i noga stopniowo przyjmuje zabarwienie prawidłowe. Latem można zauważyć to samo. Zauważywszy trupią bladość nogi, cierpiący od bólów chory kładzie ją na słońce, chcąc w ten sposób usunąć ból. Lecz ciepło wywołuje ten sam efekt, co i zimno: bóle wzmagają się. Chodzenie, które wywołuje u zdrowego człowieka przypływ krwi wskutek rozszerzenia włośniczek, u tego rodzaju chorych wywołuje rzeczywisty skurcz ze znacznem zwężeniem naczyń.

Bóle te, które są najgłówniejszym subjektywnym objawem, odróżniają się niezwykłą siłą oraz stałością. Wszyscy autorzy uważają te bóle, jako bardzo przykre: sprawiają one wrażenie bolesnych skurczów, głębokich skręceń, ściśnień, palenia, darcia, które *Dalton* i *Paul* oznaczają nazwą „angina cruris". Bóle te, widocznie, związane są z jednoczesnem zajęciem nerwów *(Vaquez).*

W tym okresie często już stwierdza się cały szereg objektywnych objawów, głównie zaburzenia troficzne, które dominują w klinicznej symptomatologji. Skóra sucha, gładka, twarda; paznokcie przedstawiają rozmaite zmiany: są kruche, łamia się, przestają rosnąć, zmieniają się w kolorze, stają się żółtawemi, marszczą się, na końcach palców ukazują się pęknięcia, wybroczyny, a bardzo często nieznaczne podpaznokciowe ropienia. W innych przypadkach można spostrzec obrzęki ze zgrubieniem lub ze zcieńczeniem skóry, nacienieniem tkanki podskórnej, sklerodaktylję. Niekiedy pojawia się sucha zgorzel na nieznacznej przestrzeni, przez dłuższy czas bywa ona umiejscowiona, bez demarkacyjnej linji, bardzo powoli rozwijająca się. Tym różnym zaburzeniom towarzyszy silne obostrzenie nocnych bólów, które zjawiają się wiele wcześniej przed tymi zaburzeniami.

W tym okresie, zwykle przy zjawieniu się zaburzeń troficznych, lecz często jeszcze wcześniej, kiedy istnieją jedynie tylko bóle, można stwierdzić jeszcze jeden charakterystyczny objaw, a mianowicie: przy opuszczaniu kończyny prędko powstaje jasno-czerwone zabarwienie, które zaczyna się od palców, prędko obejmuje tylną stronę dłoni lub stopy i rozpowszechnia się stąd rozmaicie daleko. Zaczerwienienie to zostało nazwane przez *Burger'a* erythromelia. A.-C. *Guillaume*[66,67,68] nazywa ten objaw erythrose de declivité. Odwrotnie, wzniesienie kończyny powoduje szybkie zjawienie się prawdziwej bladości ze zniedokrwienia. W tym okresie w arteria dorsalis pedis i arteria tibialis posterior zwykle ustaje tętnienie. Na początku tegoż okresu tętnią one jeszcze, chociaż słabiej, tak że bywa nawet dość trudno napewno wypowiedzieć się za thromboangeitis obliterans.

Badanie za pomocą oscylometrji wykazuje znaczne zmniejszenie amplitudy oscylacyj. Niekiedy tych wahań zupełnie brak i nietylko po chorej stronie, ale i po tej, na którą chory się nie skarży. Gorące i zimne kąpiele nie wywierają żadnego wpływu na zmniejszenie lub zniesienie oscylacyj. U niektórych oscylometrja jest zupełnie normalna, nawet bezpośrednio przed amputacją. Toby wskazywało, że poprzedzające zarośnięcie dużych tętnic wcale nie jest koniecznym warunkiem dla wystąpienia zgorzeli. Badanie krwi w tym okresie choroby stwierdza znaczne zmiany hematologiczne. Bardzo często, (ale nie zawsze), stwierdzamy leukocytozę: liczba białych ciałek krwi dochodzi do 10, 13, i nawet 15 tysięcy z 80% wielojądrzastych. Ilość .płytek krwi znacznie powiększona Stwierdza się nieznaczna polyglobulia — do 6 miljonów czerwonych ciałek *(Willy Meyer)*.

Ilość cholesteryny we krwi jest często znacznie powiększona, dochodząc nawet do 3,48 (hypercholesterynemja). Cholesterynemja waha się od 2,17 do 3,48 *(Heitz)*. (Norma 1.50-1.80 na litr). We krwi wykrywamy też hyperglikemję bez glykozurji. Ilość cukru gronowego może być znacznie powiększona: waha się między 1.80-2.50 na litr, dochodząc nawet w rzadkich wypadkach do 4 gr. (Norma: 0.8 — 1.25 na litr). Niektórzy autorzy zauważyli zmniejszenie czasu krwawienia *(Gilbert et Coury)* i zwiększenie lepkości krwi *(W. Mayer, Mayesima* i inni).

Oprócz tych objawów można niekiedy stwierdzić stwardnienie wzdłuż venae saphenae internae (wskutek okresu zapalenia żył) oraz powiększenie gruczołów pachwinowych, (drobne, liczne, izolowane gruczołki). W tym okresie schorzenia omyłki rozpoznawcze bywają często. Bóle palucha, zwłaszcza w nocy, często hypercholesterynemja i bardzo często występujące zwiększenie ilości kwasu moczowego w moczu zwracają uwagę w kierunku dny. Rzeczywiście w tym okresie chorych często leczą, jako cierpiących na dnę, artretyzm, gościec stawowy.

Następny okres choroby, tak zwany owrzodzeniowy, charakteryzuje się prawie zawsze wystąpieniem na wewnętrznej powierzchni dużego palca małego pęcherzyka, który sprawia silny ból. W następstwie powstaje owrzodzenie, które często rozpoznają jako unguis incarnatus, ale usunięcie paznokcia pozostawia ziejącą, długo nie gojącą się, nie bliznowaciejącą ranę. „Ten mały pęcherzyk, na początku pojedyńczy, występuje potem licznie. Na podeszwowej powierzchni palca nogi zjawia się wyrobczyna, poprzedzając następową martwicę tkanek. Bóle są nie do zniesienia. Chorzy wcale nie mogą chodzić. Siedząc w ciągu nocy na brzegu łóżka, chory zupełnie się nie kładzie i zasypia cały skręcony, trzymając duży palec w swym ręku. Sen trwa kilka sekund; budzą go napady bólów. Morfina przynosi ulgę tylko na krótki czas. Owrzodzenie powiększa się, ogarnia cały palec i nie zabliźnia się pod wpływem zwykłych środków topicznych. Z reguły widzimy, że ubytek tkanki powstaje na górnej powierzchni stopy powyżej dużego palca. Reszta palców też są zajęte, i cała noga jest obrzękła i czerwona, nawet przy braku zapalenia naczyń chłonnych; wystarczy podnieść nogę do góry, aby obrzęk i zaczerwienienie znikło, natomiast pojawia się marmurkowata bladość. To obrzmienie, zależące od zaburzeń naczynio-ruchowych jest charakterystyczne dla choroby Burger'a; ono odróżnia ją od infekcyjnych spraw zapalnych naczyń chłonnych. Trzeba wogóle wskazać na rzadkość występowania ostrych spraw zapalnych naczyń chłonnych w tej chorobie, pomimo niezachowywania przez chorych prawideł aseptyki. W tym czasie bóle dochodzą do swego szczytu *). W większości przypadków pozostaje jedno wyjście: amputacja. W bardziej rzadkich przypadkach, gdy owrzodzenie ogranicza sie do części palca, zwłaszcza na piątym palcu, można otrzymać zabliźnienie. Im chory jest młodszy, tem choroba jest cięższa. Długość okresu owrzodzeniowego bywa różna. U jednych chorych duże owrzodzenie na palcu trwa 2-3 lata, u innych po 1-2 miesiącach od początku owrzodzenia silne bóle i szybki rozwój zgorzeli zmuszają przystąpić do amputacji" *(Letulle, Marchak, Bayer)*.

Dla zróżniczkowania choroby Burger'a mają znaczenie niektóre charakterystyczne właściwości przebiegu klinicznego. Bardzo często bywają zajęte, jak widzieliśmy i w naszym przypadku, kończyny górne. Na kończynach górnych objawy są wyrażone znacznie słabiej; tutaj stwierdza się:

*) Chorzy sami błagają o amputację kończyny.

nieznaczne obrzmienia z lekkiem ograniczeniem ruchów palców, sklerodaktylja i inne zaburzenia odżywcze. Chromanie przestankowe może mieć tutaj na kończynie górnej, jako równoważnik, zespół objawów opisany pod nazwą crampes des écrivains. Na górnej kończynie spotyka się, jak widzieliśmy u naszego chorego zespół objawów Raynaud (syncope locale, asphyxie locale), który również można spotkać w najrozmaitszych obliteracjach tętniczych. Dużych zgorzeli tutaj nie spotykamy, co stoi w związku z lepszymi warunkami obocznego krwiobiegu *).

Charakterystyczna dla thromboangeitis obliterans jest też wielomiejscowość zmian. Więc, na początku ulega schorzeniu jedna kończyna i sprawa kończy się amputacją, następnie zachorowuje druga kończyna i pojawienie się zgorzeli zmusza i tutaj skorzystać z zabiegu chirurgicznego. Często po pierwszej amputacji po pewnym czasie trzeba znów operować na tej samej kończynie wskutek wznowienia się objawów. W ten sposób wbrew temu, co widzimy zwykle w suchych zgorzelach u starców, thromboangeitis obliterans prowadzi po różnym czasie do licznych amputacji kończyn, a często też są nieuniknione stopniowe amputacje jednej i tej samej kończyny coraz wyżej i wyżej. Nierzadko u jednego i tegoż samego chorego możemy spostrzec różne okresy schorzenia na różnych kończynach.

Charakterystycznemi więc objawami dla klinicznego przebiegu obliterującego tromboangeitis należy uważać: częste zajęcie powierzchownych żył (v. saphena int., v. v. radialis, cubitalis, mediana, cephalica, mediana basilica), uporczywe chromanie przestankowe (którego niekiedy czasem brak nawet i w ciężkich wypadkach — *Parkes, Weber)*, zaburzenia naczynio-ruchowe (erytromelia), zaburzenia troficzne, zjawienie się owrzodzenia na przyśrodkowej powierzchni palucha, połączone z ciągłymi bólami i prowadzące do zgorzeli, okresy mniej lub więcej długich zwolnień, które mogą być spostrzegane we wszystkich okresach rozwoju choroby, liczność stopniowych umiejscowień i zajęcie górnych oraz dolnych kończyn.

*) Wiadomo, że po podwiązaniu tętnicy lub żyły, lub nawet obu naczyń, kończyna w wielu wypadkach nie obumiera; wyjątek stanowi tylko goleń która przy podwiązaniu tętnicy podkolanowej ulega zgorzeli w połowie przypadków, a po jednoczesnem podwiązaniu tętnicy i żyły — we wszystkich *(Bergmann)*.

Thromboangeitis obliterans odznacza się nietylko swoją właściwą symptomatologja, lecz i odrębnym charakterem zmian anatomo-patologicznych. Według *Burger'a* rozróżniamy trzy okresy:

1. Okres ostrego zapalenia tętnicy i towarzyszącej żyły oraz tworzenia się zaczopowującego zakrzepu z cechami zapalnemi (ostre olbrzymio komórkowe zapalenie ściany tętnicy i żyły — Thrombo arteriitis et thrombophlebitis acuta giganto-cellularis). W zakrzepach znajdują się ogniska wielojądrzaste i prosówkowe ropienia z typowemi olbrzymiemi komórkami, które, jak wiadomo, spotykają się w takich przewlekłych zakaźnych chorobach, jak gruźlica, kiła, trąd, nosacizna i t. d. (Ziarniniaki). *Burger* uważa thromboangeitis obliterans za sprawę zakaźną z punktem wyjściowym we krwi. Według *Burger'a* pierwotnym objawem jest ostry zapalny zakrzep tętnicy i żyły, nawet bez poprzedzających zmian w ścianach naczyń (błony wewnętrznej naczyń).

2. Okres organizacji i waskularyzacji zakrzepu ze zniknięciem elementów zapalnych oraz pojawieniem się nowo utworzonych naczyń krwionośnych, idących wzdłuż zakrzepu.

3. Okres rozwoju okołonaczyniowej tkanki włóknistej, obejmującej pęczek nerwo-naczyniowy. W czasie organizacji zakrzepu występują bliznowe zmiany ścian naczyń, powstawanie tkanki łącznej dokoła naczyń.. To wywołuje wtórne angeitis i periangeitis (panvascularitis i perivascularitis), które się charakteryzują koncentrycznem ściąganiem naczyń i przekształceniem ich w twardy łącznotkankowy powrózek wskutek bliznowatego spajania tętnicy, żyły towarzyszącej i sąsiadujących nerwów ze sobą. Proces obliteracyjny może ogarnąć całą długość naczynia lub też często ogranicza się do nieznacznych odcinków przerywanych częściami niezmienionemi. Jak już wskazywaliśmy, obliterujący tromboangeit usadawia się w tętnicach i żyłach końców obwodowych kończyn (najczęściej arteria tibia-

lis anterior — przeważnie w jej dolnej połowie lub trzeciej części, — art. dorsalis pedis s. pediaea, art. plantaris, mniej często arteria tibialis posterior i arteria peronea z towarzyszącemi żyłami). Natomiast choroba *Burger'a* oszczędza wielkie pnie i naczynia trzew (chociaż opisany jest przypadek tromboangeitu kreskowego (Thromboangeitis mesent). Ostatnie badania *Letulle, Marchak* i *Bayer* wykryły, że prócz wskazanych anatomo-patologicznych zmian w głównych pniach naczyniowych obwodowych części dolnych i górnych kończyn istnieje cały szereg analogicznych zapalnych zaburzeń w innych narządach i tkankach (przewlekłe zapalenie tętniczek, przewlekłe ogólne zapalenie naczyń limfatycznych — panlymphangitis — daleko od zaczopowanej tętnicy, liczne małe ogniska z olbrzymiemi komórkami w tkance tłuszczowej i inne). Te swoiste zmiany z zakrzepem lub bez niego należą do różnych okresów i stanowią bądź to ostre sprawy, bądź przewlekłe, poprzedzające przez czas dłuższy powstanie zakrzepów naczyniowych. W głównych pniach naczyniowych jednocześnie z zakrzepem stwierdza się niekiedy miejscami objawy przewlekłego ogólnego zapalenia naczyń (panvascularitis chronica). W ten sposób thromboangeitis obliterans rozwija się stopniowemi skokami i zajmuje naczynia w ten sam sposób, w jaki i phlebitis migrans.

E t j o l o g j a choroby Burger'a jest dosyć ciemna. Wskazaliśmy już na niektóre czynniki charakteru ujemnego. Zatrzymamy się na niektórych z nich szczegółowiej. Kiła, jak było powiedziano, nie może być uważana za przyczynę schorzenia Burger'a, które się wobec tego też nazywa „Non syphilitic arteriitis obliterans of Hebrews". „Badanie warunków życia poprzedniego i WaR więcej niż w trzydziestu przypadkach wykazały, że kiła nie jest momentem przyczynowym" *(Burger)*. *Koyano* wskazuje, że u 120 chorych, przez niego spostrzeganych, WaR zwykle był ujemny. U 41 chorego, opisanych przez *Perla*, WaR był ujemny w 4/5 i słabo dodatni w 1/5. WaR niema bezwzględnego znaczenia, lecz takie częste stwierdzanie przez wszystkich autorów ujemnego WaR u chorych na thromboangeitis obliterans przemawia za tem, że kiła nie może być czynnikiem etjologicznym. Ujemną reakcję Bordet-Wassermanna można oczywiście napotkać i u chorych na kiłę (np. w ciągu pierwszych 6-ciu tygodni po zakażeniu, po leczeniu, w złośliwych postaciach, w utajonym bez objawów okresie i w nieznacznym odsetku przypadków czynnej postaci wszystkich okresów), przytem w utajonym okresie kiły ujemny WaR bywa przeważnie u osób, które się leczyły. U osób zaś które się nie leczyły, lub nawet mało leczyły, odczyn serologiczny Bordet-Wassermann'a jest bez porównania częściej dodatni, niż u leczących się. Przypadki zaś Buerger'a dotyczą osobników, zaprzeczających poprzedniemu zakażeniu kiłowemu i którzy nigdy nie byli poddawani leczeniu przeciwkiłowemu. Można raczej spotkać słabo dodatni WaR u nieluetyków (malarja, stany gorączkowe, choroby skóry, trąd), niż ujemny WaR u luetyków, którzy się wcale nie leczyli. Według *Blaschko* i *Citron* odsetek dodatnich WaR w okresie utajonym dochodzi wogóle do 80%, w tak zwanym wczesnym utajonym okresie (to jest 3-4 lata po zakażeniu) i do 57% w t. zw. późnym okresie utajonym (to jest 5-30 lat po zakażeniu). Trzeciorzędny okres kiły, jak wiadomo, daje bardzo wysoki odsetek (od 80-90%) dodatnich odczynów Wassermann'a. *Menchaca* [24] dziwi się, że przy tak dużem rozpowszechnieniu kiły *Buerger* we wszystkich 30 wypadkach, przypadkowo wziętych z różnych rodzin, otrzymał ujemny WaR. Dziwić się temu nie należy. Kto jest obeznany z patologją Żydów, temu wiadomo, że u Żydów—przynajmniej do wojny Światowej — choroby weneryczne i w szczególności kiłą, napotykały się dosyć rzadko (a choroby *Buerger'a* i *Perla* bywają spostrzegane prawie wyłącznie u Żydów). Dlatego też tętniaki aorty u Żydów są bardzo rzadkie *(Gerster* w tymże New-York Mount Sinaï Hospital), chociaż śmiertelność na choroby sercowe u Żydów jest większa, niż u nie-Żydów *(M. Gutmann* [34]).

Zadziwiająco często spotyka się w przypadkach thrombangeitis obliterans płaska stopa, tak, że bóle na początku choroby *Buerger'a* są nawet często przyjmowane za bóle zależne od płaskiej stopy. To częste połączenie obliterującego tromboangeitu z jednej strony z płaską stopą z drugiej, zmusiło nawet ustalić między niemi ścisły związek etjologiczny w tem znaczeniu, że płaska stopa jest uważana jako przyczyna (lub przynajmniej za jeden ze sprzyjających momentów) choroby Buerger'a. Choroba Buerger'a poraża, jak widzieliśmy, nie tylko dolne, lecz dosyć często i górne kończyny, a płaska stopa wogóle u Żydów spotyka się dosyć często („Alle Juden haben Plattfüsse" (?!). Dla tego uważamy za słuszne zdanie *René Schrapf'a*, że płaska stopa może być nie bezpośrednim skutkiem obliterującego thromboangeitu. „Przewlekły zwężający vascularitis, mówi *Schrapf* [36], prowadzi wskutek stopniowo postępującej dischaemji jednocześnie do braku odżywiania mięśni i ścięgien obwodowych końców i w ten sposób prowadzi do mięśniowo-ścięgnistej hypotonji i do postępującego spłaszczenia sklepienia stopy".

Jest samo przez się zrozumiałem, że właściwości żydowskiej kuchni („koszer") nie mogą mieć znaczenia przyczynowego czynnika w etjologji choroby Buerger'a.

Ze względu na często spotykające się wśród chorych nadużywanie palenia, niektórzy autorzy *(Parkes, Weber, Michels, Schumann, Willy, Meyer, Erb)* wskazują na rolę nikotynizmu w etjologji tromboangeitu. W rzeczywistości rola tytoniu zdaje się być dosyć problematyczną. Przerwa w paleniu tytoniu nigdy nie wywoływała ulgi lub polepszenia stanu. Palenie jest wogóle bardzo rozpowszechnione i przecież nie tylko u Żydów. *Perla* wskazuje, że z liczby zbadanych przez niego chorych, było około 30% umiarkowanych palaczy i nawet 10% zupełnie nie palących. Przypuszczamy, że palenie w najlepszym tylko wypadku może grać rolę jedynie czynnika sprzyjającego.

Gilbert et *Coury* przypuszczają, że, ponieważ choroba dotyczy głównie Żydów mężczyzn z krajów o endemicznych ogniskach duru wysypkowego, — schorzenia, mającego szczególne powinowactwo do układu naczyniowego, — że wobec tego możliwem jest ustalenie związku przyczynowego pomiędzy przebytym durem wysypkowym a thromboangeitis obliterans. Hypoteza ta posiada mało prawdopodobieństwa. Nie mówiąc już o tem, że w Rosji i w Polsce, w krajach o dużej liczbie przypadków duru wysypkowego, choroba ta jest prawie zupełnie nieznana, niezrozumiałem jest, dlaczego poraża ona przeważnie Żydów i mężczyzn. Przecież dur plamisty spotyka się nie tylko u Żydów i nie oszczędza kobiet. Co więcej, statystyka wykazuje, że rasa żydowska łatwiej znosi dur wysypkowy, niż nie-Żydzi, posiadając wogóle większą odporność na choroby infekcyjne *(Dr. I. Koniecpolski* [37]). Chory, którego spostrzegałem, na tyfus plamisty również nie chorował.

Jednak, zmiany anatomo-patologiczne i obraz kliniczny choroby Buerger'a zmuszają do zapatrywania się na thromboangeitis obliterans, jako na specjalną chorobę infekcyjną, która, jak już wskazaliśmy, może być porównywana z wielkiemi infekcjami ludzkiemi, jak kiła, gruźlica i trąd (schorzenia ziarniniakowate). Drobnoustroi jednak dotychczas nie udało się wykryć i badania bakterjologiczne, przeprowadzone przez różnych autorów *(Rabinowitz* [38]) rozstrzygającej odpowiedzi dotychczas nie dały.

Ale czy Thromboangeitis obliterans jest rzeczywiście chorobą Żydów? Czy można mówić o charakterze „rasowym" schorzenia?

Choroba Buerger'a rzeczywiście spotyka się bardzo często u Żydów. Na 500 przypadków, przytoczonych przez *Buerger'a*, więcej niż 99% przypada na Żydów. Ze 100 przypadków zebranych przez niego w 1916 r., wszyscy sto byli Żydami (76 urodzonych w granicach byłego Rosyjskiego Imperjum, 17 w b. Austrji (Galicji), 3 w Ameryce (lecz pochodzenia emigranckiego), 2 w Rumunji, jeden w Niemczech, jeden w Turcji). New-York ma olbrzymią ludność żydowską i jest miastem, gdzie przedewszystkiem zatrzymują się imigranci żydowscy w Ameryce. Mount Sinaï Hospital *) i Montefiore Hospital w New-Yorku, to są szpitale z prawie wyłącznie żydowskim składem chorych. Ale wnioskować z tego, że tylko dla tego choroba jest opisana prawie wyłącznie u Żydów, byłoby niesłusznem. Przecież w innych lecznicach i szpitalach, gdzie niema chorych Żydów, wypadki obliterującego tromboangeitu są prawie nieopisane, a w miastach, gdzie niema Żydów, choroba ta jest rzadkością. Choroba ta więc rzeczywiście spotyka się przeważnie u Żydów. Pośród Żydów choroba ta spotyka się prawie wyłącznie u emigrantów rosyjskich i polskich, u których opisane są inne też tylko prawie dla nich właściwe

*) Mount Sinaï Hospital — w 1928 r. minęło 75 lat jego istnienia — największy szpital żydowski na świecie i największy szpital w New-York'u.

postacie chorobowe, jak Idiotia amaurotica progressiva familiaris infantilis (opisana pośród emigrantów londyńskich przez oftalmologa *Waren - Tay'a* (1881 r.) i w New-Yorku przez neuropatologa *Zachs'a* [39'40] (1887 r.). Dlatego w warunkach bytowania tych sfer żydowstwa powinniśmy szukać przyczyny pojawienia się tych chorób.

Choroba Buerger'a, jak wskazują spostrzeżenia i dane statystyczne, napotyka się przeważnie pośród biednej, źle odżywiającej się, mieszkającej w ciężkich warunkach materjalnych ludności robotniczej. Nasuwa się pytanie, czy te złe warunki istnienia, złe otoczenie hygjeniczne, marne odżywianie, złe warunki mieszkaniowe, szkodliwy wpływ wilgoci i zimna, jednem słowem, cały zespół warunków istnienia żebraczego, w których żyją i żyły ofiary tej choroby i ich rodzice, — nie są przyczyną częstego napotykania pośród proletarjatu żydowskiego choroby Buerger'a, która poraża często kilka członków jednej i tej samej rodziny. Warunki istnienia mas żydowskich w b. Imperjum Rosyjskiem, skąd przed wojną rekrutowała się największa ilość emigrantów, są znane każdemu. Okropna, wyjątkowa nędza, życie z dnia na dzień, bezprawność i swawola, pozbawienie najbardziej prymitywnych praw ludzkich („czerta osiedłosti") — to są warunki, w których żyły żydowskie masy pracujące za czasów caratu do emigracji do Ameryki, — warunki niszczące organizm, osłabiające ciało, wycieńczające system nerwowy, stwarzające chorobowe podłoże i przygotowujące doskonały grunt dla najrozmaitszych schorzeń. Nic dziwnego, że u tej części żydowstwa spotykamy cały szereg nerwowych i innych chorób, nie zdarzających się prawie u innych narodów (różnorodne postaci czynnościowych neuroz, *Tay - Sachs,* Torsions spasmus, paralysis periodicus i t. d.). Przy badaniu tych chorób autorzy też dochodzą do wniosku, że nie jakiekolwiek „rasowe" wrodzone właściwości, nie spokrewnione małżeństwa, nie dziedziczność patologiczna, lecz warunki ekonomiczne, socjalne i polityczne, życie w diasporze, z ciągłemi prześladowaniami, traumatyzm psychiczny, emocje moralne, nienormalne, niszczące organizm warunki życia fizycznego niższych klas ludności żydowskiej, jednem słowem wszystkie, jak mówi *Minor*, „dodatki (aksesuary) nadzwyczaj ciężkiego i męczeńskiego istnienia Żyda" stworzyły sprzyjający grunt dla różnorodnych postaci chorobowych. I jeżeli u emigrantów żydowskich w Ameryce spotykamy gruźlicę jakościowo w formie znacznie lżejszej, niż u nie-Żydów, to ten fakt ma swoje wytłumaczenie, o którem nie tutaj miejsce mówić. Warunki materjalne emigranta w Ameryce w pierwszym okresie imigracji, jak wiadomo, mało się zmieniają. Obserwacje pokazują, że ofiarami choroby Buerger'a są prawie wyłącznie Żydzi świeżej emigracji. Żydzi, którzy długo żyją w Ameryce, stosunkowo bardzo rzadko zapadają na tę chorobę. Ze 100 chorych opisanych przez Buerger'a w 1916 r., 97 byli emigrantami i tylko trzech urodziło się w Ameryce (lecz również pochodzenia emigranckiego). Dzieci emigrantów, którzy się urodziły w Ameryce, prawie nie chorują już na thromboangeitis obliterans. Już na podstawie tych danych można przypuścić, że charakter rasowy nie ma wielkiego znaczenia w etjologji choroby Buerger'a. Gdyby rzeczywiście głównym sprzyjającym czynnikiem byłaby jakakolwiek właściwość rasowa, to nie byłoby zrozumiałe, dlaczego po pierwsze tylko „niemiecko-słowiańska" grupa (Askanazym) choruje, po drugie, dlaczego osoby żyjące w Ameryce i korzystające już z zadawalającego stanu materjalnego i ich dzieci (pomimo małżeństw między sobą) prawie nie ulegają schorzeniu. Jeżeli zobaczymy, z jakich krajów pochodzą zapadający na chorobę Buerger'a, to dojdziemy do wniosku, że liczba chorych jest wprost proporcjonalna do ciężkich warunków istnienia, w których Żydzi żyją w danym kraju. Z drugiej strony dowodzi statystyka, że w miarę polepszenia warunków ekonomicznych Żydów osiadłych w Ameryce, pomimo to, że rasa, rozumie się, nie zmienia się, Thromboangeitis obliterans spotyka się coraz rzadziej i rzadziej. Inaczej mówiąc, ze zmianą warunków socjalnych zmienia się też i rozpowszechnienie obliterującego tromboangeitu pośród Żydów. Trzeba też dodać, że choroba Buerger'a opisana na początku pośród emigrantów żydowskich z Rosji i Polski, w obecnym czasie po wojnie coraz częściej i częściej spotyka się też i u nie-Żydów. *L. Buerger* wskazuje *(G. Thibauet* i *G. Boyer* [41]. La maladie de Léo Buerger. La Presse Médicale Nr. 7, 1927), że za ostatnie lata spostrzegał całą grupę, około 20-tu przypadków Thromboangeitis obliterans u Amerykanów nie-Żydów. „La maladie — mówi *L. Buerger* w prywatnem doniesieniu do jednego z autorów wskazanego artykułu — prend une extension indiscutable dans le monde éntier". Wstrząsy wywołane przez wojnę światową i związane z tem zmiany warunków ekonomicznych mas bez wątpienia sprzyjały rozpowszechnieniu tego schorzenia. W Leningradzie była opisana przez prof. *Oppela* [42'43'44] (1922 — 1924), choroba nazwana przez niego Gangraena arteriotica suprarenalis. Choroba ta jest niczem innem, jak osobną postacią schorzenia Buerger'a i jej zjawienie się stoi bez wątpienia w związku z ciężkimi warunkami życia owych czasów. Choroba Buerger'a nie jest nową chorobą. Pojedyńcze przypadki tej choroby (pod różnemi nazwami), były opisywane przez cały szereg autorów jeszcze za długo przed *Buergerem (Friedländer* [45], *Von Winiwarter* [46], *Zoege-von-Manteuffel* [47'48'49] *Weiss* [50], *Dutil* et *Lamy* [51], *Camuset*[52], *Wwedensky* [53], *Laveran* [54], *Français* [55], *Borchard* [56], *Etienne* [59], *Goldflam, Higier* i *inni)*. Zasługa zaś *Buerger'a* polega na tem, że on wyosobnił tę chorobę w oddzielną jednostkę nozologiczną, że on, spostrzegając ją często u emigrantów żydowskich, wskazał na warunki konieczne dla powstania tej choroby. W ten sposób *Buerger,* obserwując tę chorobę u Żydów, uchwycił charakter socjalny tej choroby, dał jej piętno nie narodowego lecz socjalnego schorzenia. Fakt ten, że choroba ta spotyka się prawie wyjątkowo u mężczyzn, nie neguje powiedzianego. (Wśród 500-set opisanych przez Buerger'a przypadków, były 3 kobiety). Zjawisko to może być według nas częściowo tłumaczone charakterem emigracji żydowskiej przed wojną. Emigrowali prawie wyjątkowo mężczyźni-kawalerowie lub żonaci, którzy sprowadzali swoje rodziny w miarę polepszania się warunków materjalnych.

W ten sposób dochodzimy do wniosku, że thromboangeitis obliterans nie jest schorzeniem, którego przyczyny gnieżdżą się w rasowych, czy też narodowo-etnograficznych właściwościach narodowości żydowskiej. Przyczynami tej choroby są wyjątkowo ciężkie warunki istnienia, przygotowujące grunt dla wszelkiego rodzaju chorób i infekcyj. Nie rasa żydowska jest skłonna do tromboangeitu obliterującego, lecz ten fakt, że choroba ta spotyka się u Żydów, wskazuje na pewne warunki spotykające się częściej u Żydów i sprzyjające rozprzestrzenieniu tego schorzenia, spotykające się, jak np. i trąd, wśród biednych klas. Powstaje jeszcze kwestja, dlaczego u nas spotykamy tak rzadko tę chorobę i dlaczego stwierdza się ją tylko wtedy, gdy jej nosiciele pozostawiają swoje rodziny i wyjeżdżają za ocean. Tłumaczy się to zjawisko tem, że u nas choroba ta nie bywa rozpoznawana. Poraz pierwszy była ona opisana w Ameryce w r. 1908. Pierwsza praca we Francji odnosi się do 1922 r.; oczywista lekarz-praktyk u nas nie jest jeszcze obeznany z tem schorzeniem, jeszcze mało zbadanem, wyosobnionem stosunkowo niedawno w oddzielną jednostkę nozologiczną i o którego genezie i istocie w chwili obecnej jeszcze niema ogólnie przyjętego zdania. Tylko dzięki nowym sposobom badania choroba stwierdza się teraz łatwiej, niż dawniej. Przedtem, wskazuje *Vaquez* [63], nie znając tych metod, często uważano podobnych chorych, za cierpiących na reumatyzm, dnę, żylaki, wskutek podobieństwa niektórych zaburzeń czynnościowych, które się stwierdzają w tych chorobach, z takiemiż w początkowych okresach obliterującego tromboangeitu.

Biorąc pod uwagę, że przyczyna choroby Buerger'a dotychczas jest jeszcze niewyjaśnioną, *leczenie* tej choroby ma charakter nie przyczynowy, lecz objawowy i polega na tych środkach, które wogóle są stosowane w obliterujących zapaleniach tętnic. Już a priori można powiedzieć, że różnorodność prób leczniczych świadczy o wątpliwem działaniu używanych środków. Według autorów niekiedy udaje się osiągnąć wynik przy udanem połączeniu kilku sposobów leczniczych. Leczenie w ten sposób składa się z leczenia farmakologicznego, leczenia sposobami fizycznemi i leczenia chirurgicznego. Leczenie farmakologiczne przedewszystkiem polega na ustaleniu odpowiedniego zachowania dietetycznego i ogólnego. Biorąc pod uwagę zazwyczaj występującą hypercholesterynemję, usuwają z pokarmu *móżdżek, śmietanę, żółtka, masło, tłuste sery* i ograniczają pokarmy bogate w sole wapnia *(jarzyny, jaja, jabłka, grusze)*. Należy użyć całego wpływu, aby chory (prawie zawsze okropnie dużo palący) przerwał lub w każdym razie znacznie ograniczył używanie tytoniu (kurczący wpływ nikotyny na śródbłonek tętniczy).

Należy unikać zimna, ochłodzenia nóg, przemęczenia i urazu. Należy zwłaszcza uchronić nogi od wilgotnego zimna, trzymając je w nieprzemakalnych bucikach i używając wełnianych lub jedwabnych skarpetek. Nie należy nigdy zanurzać kończyny do zimnej lub gorącej wody; najmniejsze zdarcie naskórka musi być skrupulatnie leczone, przyczem unikać należy silnych środków antyseptycznych.

Ze środków leczniczych polecano *Natrium citricum (Koga, Steel, Lian, Billard, Troisier* et *Ravina)*. Stosują go per os po 8,0 — 12,0 pro die bez przerwy w ciągu tygodni i miesięcy. Można stosować go też w sposób następujący: 20,0 pro die w ciągu dziesięciu dni, następnie 10,0 pro die w ciągu dwudziestu dni, następnie 6,0 pro die w ciągu miesięcy. *Troisier* et *Ravina* [78] polecają wstrzykiwanie dożylne 30% rozczynu Natrii citrici (20 cm³=6,0 codzień w ciągu jednego miesiąca). Ze względu na to, że takie rozczyny stężone wywoływały nieprzyjemne zjawiska poboczne, obecnie stosują sposób *W. Steel'a* [79]: w ciągu pierwszego miesiąca wstrzykują dożylnie co drugi dzień 250 cm³ 2% rozczynu; w ciągu dwuch następnych miesięcy powtarzają takie same wstrzykiwania 2 razy na tydzień; w ciągu dalszych dwuch miesięcy — takież wstrzykiwania raz na tydzień. Następnie powtarzają wstrzykiwania raz na piętnaście dni. Cały kurs leczenia trwa 8 — 10 miesięcy. Leczenie to, jak widać, jest długotrwałe, dosyć trudno wykonalne w praktyce, zwłaszcza o ile chodzi o sposób dożylny i słabe rozczyny. Pod wpływem Natrii citrici per os spostrzegano znaczne zmniejszenie bolów w okresie przedzgorzelinowym; w pewnym ciężkim przypadku wstrzykiwania dożylne przyśpieszyły zabliźnienie palca, a obok tego zauważono zjawienie się ponowne oscylacji *(Troisier* et *Ravina, M. Labbé, Koga)*. Stosują także podskórne wstrzykiwania Natrii nitrosi ze względu na jego właściwości rozszerzające naczynia *(Ravina* et *Longchampt)*. Wstrzykują podskórnie lub domięśniowo codzień po 0,1 Natrii nitrosi (5 cm³ 2% rozczynu) serjami w ciągu 20-tu dni z rzędu.

Cały szereg autorów *(Vaquez, Jacoël, Boyer, Ambard, Szmidt, A.-C. Guillaume)* wskazuje na dodatni wynik leczenia zapalenia ściany tętnicy typu Buerger'a (pochodzenia nie cukrzycowego i nie starczego) za pomocą insuliny, pod której wpływem słabną bóle a niekiedy znikają całkowicie, oraz zwiększa się drożność tętnic (co się potwierdza zmianą amplitudy oscylacyj). Ten dodatni wpływ insuliny na młodzieńcze arteriity obliterujące typu Buerger'a skłoniło nawet niektórych autorów do zapatrywania się na to schorzenie, jako na skutek zaburzenia odżywiania tętniczych (naczyniowych) ścian, znajdujące się w ścisłej łączności z zaburzeniami czynności gruczołów wewnętrznego wydzielania (pancreas, glandulae suprarenales) — „naturam morborum curationes ostendunt". Insulina w danym przypadku wykazuje działanie odżywcze na błony tętnicze. To działanie insuliny może się odbywać różnemi drogami: albo bezpośrednio przez zakończenia nerwowe dookołotętnicze, których rola odżywcza jest dowiedziona, albo pośrednio, wpływając na zaburzenia metabolizmu gruczołów dokrewnych, mającego duże znaczenie w ogólnem odżywianiu ustroju, a w szczególności właśnie układu tętniczego. Wstrzykują insulinę codzień w ciągu 20-tu dni pod rząd po 10, 15 albo 20 jednostek klinicznych na dobę, poczem następuje przerwa na 10 dni, następnie rozpoczyna się nową serję i t. d., w ciągu długich miesięcy, dłużej nawet niż rok. Lepiej wstrzykiwać w ciągu dnia dwa razy: jedno wstrzykiwanie w dzień, drugie wieczorem, bezpośrednio przed głównemi posiłkami. Przy takiem dozowaniu nie bywa nigdy zjawisk pobocznych, lecz w czasie takiego leczenia podawać należy pokarm bogaty w węglowodany. Jest rzeczą możliwą, że oprócz ogólnego działania odżywczego, insulina dodatnio działa, zmniejszając ilość cholesteryny we krwi *). W związku z leczeniem insulinowem, należy wskazać jeszcze na inny opoterapeutyczny sposób leczenia. Wychodząc z tego, że thromboangeitis obliterans prawie nigdy nie spotyka się u kobiety, *Sicard* przypuścił, że ta odporność organizmu kobiecego może zależeć od wydzieliny jajników. W dwuch przypadkach, które leczono wstrzykiwaniami Extr. Ovarii i krwi kobiety, otrzymał on zachęcające wyniki. Wydzielina z jajników, według niego, działa zobojętniająco na wzmożone wydzielanie nadnerczy. Ten sposób leczenia, jak

*) Wpływ leczniczy insuliny niektórzy przypisują nie insulinie właściwej lecz jej zanieczyszczeniom. Zwracamy uwagę na streszczenie dotyczące leczenia insuliną w tym numerze. Red.

widać, powinien zastąpić postępowanie chirurgiczne podług *Oppela* i *Leriche'a* [88] (suprarenalectomia), o czem mowa będzie niżej. Polecano też leczenie zapomocą wstrzykiwań jodu, działającego na zwiększoną lepkość krwi i na zmienione ściany naczyń, a także proteinoterapję.

Jako środek silnie rozszerzający naczynia, są stosowane w ostatnim czasie wstrzykiwania podskórne lub domięśniowe acetylcholiny — acécoline *(Leibowici* [89], *Tremolières* et *Véran* [90], *Villaret)*, która potężnie rozszerza rozgałęzienia tętnicze, tętnice i tętniczki. Stosuje się acetylacecolina po 0,2 zrana i wieczorem.

Różni autorowie zalecali diatermję *(Lian, Descouts, Zimmern, Delherm)* przeciwko chromaniu przestankowemu i objawom bólowym. Technika według *Lian* i *Descouts* [85], jest następująca: serja codziennych posiedzeń trwających do 30-tu minut o natężeniu 1.200 — 1.500 milliamp. Elektrody powinne mieć dosyć szeroką powierzchnię (20×20). Po pierwszej serji rozpoczynają leczenie co 3 miesiące serjami po 20 seansów (codzień seans). Z pozostałych fizycznych metod leczenia należy wskazać na kąpiele kwaso-węglowe, promienie pozaczerwone, pozafjołkowe, ciepłe powietrze, częste ciepłe kąpiele nożne, kąpiele galwaniczne i in., stosowane z wątpliwem powodzeniem. Ze środków wewnętrznych dla uspokojenia bólów, stosują gardenal, opium, belladonnę.

Marchak radzi następujące połączenie leczniczych środków:

1. Wstrzykiwania w ciągu 15-tu dni Extr. Ovarii — 4 ampułki codzień (2 zrana i 2 wieczorem).

3. Codzienne wstrzykiwania 20-tu jednostek insuliny (na ½ godziny przed obiadem), aby obniżyć hyperglykemję, która bywa często w thromboangeitis obliterans a również i hyperadrenalinemję.

4. Naświetlania ogólne promieniami pozafiołkowemi.

5. Codzienne wstrzykiwania morphii muriatici (0,02) ze skopolaminą (0,00025) do zniknięcia bólów i bezsenności. *L. Baecke* [91] widział w jednym przypadku, leczonym jak wyżej, wyzdrowienie, ale trzeba przyjąć pod uwagę, że choroba Buerger'a często daje długotrwałe zwolnienia.

Jeżeli bóle są nie do zniesienia, a leczenie farmakologiczne nie daje wyniku, należy zastosować chirurgiczne sposoby leczenia. Trzeba przytem podkreślić, że nigdy nie należy śpieszyć się z amputacją, bo często następuje samoistne zabliźnienie. *Vaquez* i *Bricout* opisują przypadki wprost cudownych wyleczeń, w których udało się na dłuższy czas opanować cierpliwość chorych. Bardzo często bóle znikają same po upływie pewnego czasu, zgorzel umiejscawia się i zatrzymuje się po pojawieniu się linji demarkacyjnej.

Celem złagodzenia silnych bólów, można sprobować wstrzykiwania alkoholu do głównych gałęzi nervi ischiadici albo nervi saphen. int., n. tib. post., albo w miejscowem znieczuleniu neurektomję *(Quenu)*, która dała dobre wyniki *(Gallavardin, Laroyenne, Ravault)*.

Co się tyczy operacji *Leriche'a* — dokołatętniczej sympatektomji—polegającej na wycięciu dokołatętniczego splotu nerwowego, który zawiera prócz współczulnych włókien, pozbawionych myeliny, też czuciowe dośrodkowe włókna, to zabieg ten daje dobre wyniki w zespole Raynaud; w młodzieńczych zaś arteriitach, według *Leriche*, wyniku nie daje. Zabieg ten niekiedy powoduje uspokojenie bólów, lecz nie na długo. Zapomocą tej operacji starają się osiągnąć znaczne obwodowe rozszerzenie naczyń i bardziej rychłe zabliźnienie.

W 1921 roku polecił *Oppel*, celem leczenia młodzieńczych arteriitów, suprarenalektomję (usuniecie lewego nadnercza).

Jednak pomimo wszystko, powyższe sposoby leczenia często zawodzą i dalsze posuwanie się sprawy chorobowej zmusza wreszcie do wykonania odjęcia kończyny.

Piśmiennictwo

o chorobie Buerger'a oraz źródła, z których korzystano dla danego artykułu.

1. *Leo Buerger.* Thromboangeitis obliterans; a study of the vascular lesions leading to presenile spontaneous gangrene. Amer. Journ. of med. sc. Philadelphia 1908, CXXXVI.
2. *Leo Buerger.* Internat. Clin. Philadephia 1909.
3. *Leo Buerger.* The circulatory disturbances of the extremities. Philadelphia 1924.
4. *Parkes Weber.* Intermittent claudicatio of the extremities due to the non syphilitic arteritis obliterans. Royal Soc. of. Med. III. 1913.
5. *Parkes Weber.* Non syphilitic arteritis obliterans - Thromboangeitis of Buerger. Royal Soc. of. Med. III. 1913.
6. *Parkes Weber.* Thromboangeitis with sphacele of the toes. Royal Sol. of Med. II. 1915.
7. *Parkes Weber.* Non syphilitic arteritis oblite-

BIBLIOTEKA w Białymstoku AKADEMIA MEDYCZNA

rans of the Hebrews. Quarterly Journ. of Med. VII. 1916.
8. *Parkes Weber*. Intermittent claudicatio of the right leg in a case of thrombo angeitis obliterans Royal soc. of Med. 9.II. 1927.
9. *W. Meyr*. Etiology of thromboangeitis obliterans Medical Record 1914, 1918, 1920.
10. *W. Meyer*. The conservative treatment of gangrene of the extremities due to thromboangeitis obliterans. Annals of Surgery, II. 1916.
11. *W. Meyer*. Etiology of the thromboangeitis obliterans. Journal of the Americ. Medical Association, 19.X. 1917.
12. *W. Meyer*. New contribution to the etiology of the thromboangeitis obliterans. Medical Record, 13.III. 1920.
13. *Goodman & Gottesman*. Pain and its treatment in thromboangeitis obliterans. New-York Medic. Journ. 1918.
14. *Mac Arthur*. Thromboangeitis obliterans. Surgery clinics, VI. 1920.
15. *Koyano*. Clinical study of 120 cases of thromboangeitis obliterans among Japanese. 1922.
16. *Gilbert et Coury*. La thrombo-angéite oblitérante Bull et mém. soc. méd. de hôp. de Paris 12.V. 1922.
17. *Gilbert et Coury*. Paris méd. 1.VII. 1922.
18. *D. Perla*. An analysis of forty one cases of thromboangeitis obliterans — with a report of case involving the coronaries and the aorta. Surgery, Gynecology and Obstetries № 1, VII, 1925.
19. *E. Telfort & J. Stopford*. Thromboangeitis obliterans The British Medical Journal, XII. 1924.
20. *Ludlow*. Four ceses of thromboangeitis obliterans (corean cases). China Med. Journal 1920.
21. *M. Letulle, J. Marchak et G. Boyer*. La maladie de Buerger La Presse Médicale 15.II.1928.
22. *Jean Heitz*. Thromboangéite oblitérante non syphilitique des Hébreux: maladie de Buerger w „Traité de Path. méd. et de thérap, appl." (Prof. Sergent, Ribadeau Dumas et Babonneix), Appar. circeul. t. II.
23. *Jean Heitz*. La maladie de Buerger. La Pratique médicale française, janvier 1929.
24. *J. Menchaca*. Etude anal. et crit des conditions étiologiques qui président à la maladie de Buerger. Thèse de Paris. 1927.
25. *Ito*. Einige chirurgische Krankheiten welche in Japan häufiger vorkommen als in Europa und umgekehrt. Budapest. 1910.
26. *Whyte*. Thromboangeitis obliterans in China China Med. Journal 1920.
27. *H. Vaquez*. De quelques variétés peu fréquentes d'artérites sténosantes. Le Monde Médical I.V. 1927.
28. *Smith & Patterson*. Brit. Med. J. London 5.II. 1927.
29. *William S. Gottheil*. „Alcoholism" — „The Jewisch Encyclopedia", t. I, 33-4, N. Y. 1901.
30. *Stern H*. The Mortality from Diabetes mellitus in the City of New-York. 1901.
31. *L. Szyfman*. Ueber die Zuckerkrankheit bei Juden, — OZG — Ründschau № 10, 1928.
32. *P. Weber*. The Lancet 1925.
33. *Gemmil*. Atlantic Med. J. January 1926.
34. *M. Gutmann*. Ueber den heutigen Stand der Rasseund krankheitsfrage der Juden. München 1920.
35. *Dr. M. Grzybowski*. Znaczenie odczynu Wassermanna w praktyce lekarskiej. „Wiedza Lekarska", VI, 1929.
36. *René Schrapf*. Sur la maladie de Buerger. La Presse Médicale № 61, 30.VII. 1927.
37. *I. Koniecpolski*. Die Rolle der Rassenfaktors bei den akuten Infektionskrankheiten auf Grund der Statistik. OZE — Rundschau № 10, 1928.
38. *Rabinowitz*. Experiments on infections origin of thromboangeitis obliterans and isolation of the specifie organism from blood stream. Surgery Gynecology and Obstetrics 1923.
39. *L. Rochlin R. Rochlina*. Semejno - amawroticzeskaja idiotia - bolesn Tay - Sachs'a. Woprosy biołogii i patałogii jewrejew, t. II, 1928 Leningrad.
40. *G. Kowarski*. Sześć słuczajew idiotiae amauroticae progressivae familiaris infantilis. Wraczebnaja Gazeta № 17, 1912.
41. *G. Boyen i G. Thibault*. La maladie Léo Buerger. „La Presse Médicale" № 7, 1927.
42. *V. Oppel*. Gangraena arteriotica suprarenalis Wiestnik chirurgii i pogranicznych obłastej t. 1, 1922.
43. Ekaterynosławski Medizinski Zarnał, №№ 7, 8, 1923.
44. Wraczebnoje dieło №№ 10, 12, 15, 1922.
45. *C. Friedländer*. Ueber arteritis obliterans. Zentralblatt für der Med. Wissenschaft, 1876.
46. *Von* Winiwarter. Ueber eine eigentümbliche Form von Endarteritis und Endophlebitis. Archivs für Klin. Chirurgie, t. XXIII, 1879.
47. *Von Manteufel*. Über angio-sklerotische Gangraen. Archiv für Klin. Chirurgie 1891.
48. *Von Manteufel*. Über die Ursachen des Gefässverschlusses bei Gangraen. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 1898.
49. *Von Manteufel*. Über Arteriosklerose und Rheumatismus an der unteren Extremitäten Verhandlung der Deutschen Geselschaft für Chirurgie 1892.
50. *Weiss*. Untersuchungen über die spontane Gangraen. Zentralblatt für Chirurgie, № 10, 1875.
51. *Dutil et Lamy*. Contribution à l'étude de l'artérite oblitérante progressive. Archives de Medicine experimentale 1893.
52. *R. H. Camuset*. Contribution à l'étude de l'artériite dite spontanée. Thèse médicine, Paris, 1902.
53. *Wwedensky*. Über arteritis obliterans und ihre Folgen. Archiv für Klin. Chirurgie 1898.
54. *A. Laveran*. Observations d'endartérite oblitérante avec gangrène des extrémités inférieures. Bulletin de l'Acad. Le Méd. 1894.
55. *François*. Essai sur les gangrènes spontanées Ivol. Mons 1832.
56. *Borchard*. Beiträge für primären Endarteritis obliterans. Deutsche Zeitschrift für Chir. 1897.
57. *Foucaut*. De l'artérite et de la gangrène spontanée. Thèse de Paris 1862.
58. *Fraenkel*. Ueber neurotische Angiosklerose. Wiener klinische Wochenschrift 1896.
59. *Etienne*. Un cas de gangrène spontanée des extremités par endartérite et endophlébite végétantes. Revue médicale de l'Est. 1887.

60. *C. Sternberg*. Endarteritis und Endophlebitis obliterans und ihre Verhältnisse zur spontane Yangraen. Archives für Pathologische Anatomie 1900.
61. *B. W. Bond*. Obliterative arteritis in a boy fourteen years of age. Lancet 19.I. 1895.
62. *Krampf*. Beiträge zur spontane Extremitäten Nekrose und zur Frage der Endarteritis obliterans. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 1922.
63. *Dr. A. Daniel*. La maladie de Buerger est-elle une maladie autonome? Thèse de Paris 1927.
64. *P. Paupert-Ravault*. Formes cliniques des obliterations arterielles des membres. Thèse médecine. Lyon 1925.
65. *P. Paupert-Ravault*. Les thromboses obliterantes primitives des artères des membres. Archives francobelges de Chirurgie № 6, 1926.
66. *A. G. Guillaume*. Sur un syndrome constitué par des troubles circulatoires des extremités liés auspasme artériel, des troubles nerveux sympathiques, des troubles menstruels et endrocriniens Bullet et mém. de la soc. méd. des Hôp. de Paris № 8. III. 1926.
67. *A. C. Guillaume*. La maladie de Buerger et l'artérite juvénile ne semblent être qu'une seule et même affection. Bull. et mém. Le soc. Méd. des Hôp. de Paris. Séance du 11.III. 1927.
68. *A. C. Guillaume*. Quelques considérations sur le traitement des artérites oblitérantes et des accidents qu'elles entraînent: douleur, claudication intermittente, troubles trophiques. Bull. méd. № 33, 1926.
69. *Bellerose*. Malad. de Buerger. Gaz. des Hôp. 21. III.1928.
70. *Dickson*. Thrombangeitis obliterans. Brit. Méd. J. 7.II. 25.
71. *Goyena*. Thromboangeitis oblit. La medicina Argent. № 72, Buenos Ryres V.1928.
72. *Jablons*. Thromboangeitis oblit. Internat clin. IX.25.
73. *Jaffé*. Thromboangeitis oblit. Brit. Med. J. 24. I.25.
74. *Gallavardin et Ravault*. Un cas de trombang. oblit. Soc. méd. des Hôp. de Lyon. 5.V.1925.
75. *P. Mornard*. Les artérites juvéniles dites „Maladie de Buerger" La Clinique 1.1928.
76. *Quiny*. Thromboangeitis obliterans. Bruxelle médic. 1927.
77. *Silbert et Samuels*. Thromboang. oblit. The Journ. of the Americ. med. Assoc. II.1928.
78. *Sicard*. Sur la maladie de Buerger. Bull et mém. soc. méd. des Hôp. de Paris 7.IV.27.
79. *Wallich*. Le problème de la thromboangéite oblitérante, dite maladie de Buerger, L. Hôpital VII, 1927.
80. *Troisier et Ravina*. Le citrate de soude intraveineus dans la thromboang. oblitérante Bull. et mém. soc. méd. des hôp de Paris 9.V.24.
81. *Steele*. Intravenous citrate of soda treatment of thromboangeitis obliterans Medical Record 1921.
82. *Koga*. Zur Therapie der spontaner Gangraen an der Extremitäten. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 1913.
83. *Siebert*. A new method for treatment of thromboangeitis obliterans. Journal of the Americ. Med. Association 1922.
84. *Stetten*. Remarks on conservative treatment of gangrene due to thromboangeitis obliterans. Medical Record 1916.
85. *H. Vaquez i J. Yacoël*. Arterites sténosantes non diabétiques, traitement par l'insuline. La Presse Médicale № 40, 18.V.1927.
86. *Ambard, Boyer et Schmidt*. Traitement de la Thromboangéite oblit. par l'insuline Bull et mém. soc. méd. des hôp. de Paris 5.XI.; 22.XI. 1926.
87. *Lian et Descont*. Presse Médicale 22.X.1924.
88. *Brooks*. Intra arterial injection of sodium iodide. Journal of the American Associations. 1924.
89. *Stulz et Stricker*. Huit observations de surrénalectomie dans l'endartérite oblitérante juvenile et dans la maladie de Buerger. Revue de Chirurgie 3.IV.1927.
90. *Leriche et Michon*. Les gangrènes d'origine arterielle d'après les travaux russes contemporaines. Archives de maladies du coeur XII. 1924.
91. *Leibovici*. Le problème chirurgical de la maladie de Buerger et des gangrènes juvéniles. Paris Médical № 27, 7.VII.28.
92. *Tremolières et Veran*. Syndrome d'oblit. arter. du membre inf. droit, apparu an cours d'une phlébite superficielle et profonde avec embolies pulmonaires. Effet thèrapeutique de l'acetylcholine. Le Bull. Méd. № 44, 1929.
93. *L. Baecke*. Un cas de Maladie de Léo Buerger (thromboangéite oblitérante) traité par l'opothérapie ovarienne Brux. Médical № 35, 26.VI. 1927.

Dr. Goldburt. Thromboangèite oblitérante. Maladie de Bürger. Après une très detaillé et documenté discussion concernant l'entité morbide connu sous le nom de maladie de Bürger, l'auteur presente son cas personnel et discute l'ethiologie, anatomie pathologique et l'aspect clinique de cette maladie. A l'avis d'auteur c'est non le facteur racial, mais les conditions sociales et economiques de la vie de les Juifs qui entrainent la maladie de Bürger. Pour terminer l'auteur decrit les grandes lignes du traitement pharmacologique (citrates, nitrites, insuline, acècoline), l'opotherapie, le traitement physical et chirurgical.

KOFEINA I CIERPIENIA NERKOWE.

Oto niektóre wskazania z literatury naukowej:

NOORDEN u. SALOMON: Handbuch der Ernährungslehre.

Napoje zawierające kofeinę są przy hypertonicznych nerkach niewskazane, tak jak przy wszystkich nadciśnieniach.

BOURQUIN u. LAUCHTON:

Kofeina pobudza komórki nerkowe stale do wzmożonej działalności wydalniczej.

UMBER: Therapie der Gegenwart.

Istnieje możliwość wzmożenia kwasów moczowych przez nadmierne użycie kawy, zawierającej kofeinę.

BACHEM: Pharmakotherapie des praktischen Arztes.

Moczopędne działanie, występujące już przy spożyciu niezbyt silnej kawy, wyraża się bardzo szybko w 0,1 do 0,3 kofeiny.

SCHMIDT: Münchener Medizinische Wochenschrift.

Przy djecie bezpurynowej należy unikać kawy, herbaty i kakao.

KAKIZAWA: Archiv für Hygiene.

Kawa zawierająca kofeinę posiada silne działanie moczopędne. Osobom, które muszą unikać zadrażnienia nerek poleca się spożywanie kawy wolnej od kofeiny.

WESSELHOEFT: Boston Medical and Surgical Journal, 1906, t. 160, str. 608.

Kawa szkodzi ustrojowi i przyczynia się do powstawania miażdżycy naczyń, zwyrodnienia rdzenia mózgowego, zmian sklerotycznych nerek i innych organów, nerwicy serca itd. Wszystkie te szkody w organiźmie wywołuje zawarty w kawie jad.

VINCI, G.: Arch. Ital. di Biol., 1916, t. 61, str. 401.

Dawki kofeiny, stosowane przez dłuższy przeciąg czasu, wywoływały wyraźnie zaznaczone uszkodzenie nabłonka nerkowego.

NORMAND, J.: Grundriss der diätetischen Therapie innerer Krankheiten: Leipzig und Wien. 1926. Zarys lecznictwa djetetycznego chorób wewnętrznych, Lipsk — Wiedeń).

Spożywanie kawy, zawierającej kofeinę jest wzbronione: w nadkwaśności, niewydolności ruchowej, wrzodzie żołądka, niestrawności fermentacyjnej, niestrawności gnilnej, zaparciu, chorobach serca i naczyń, kłębuszkowem zapaleniu nerek, nerczycach, dnie, otłuszczeniu, wychudzeniu, cukrzycy; w niektórych z pośród tych chorób zaleca się picie kawy wolnej od kofeiny, częściowo słodzonej sacharyną.

Zazwyczaj zakaz spożywania kawy wywiera na chorym przykre wrażenie. Jeżeli mu się jednak poleci kawę Hag wolną od kofeiny i całkowicie nieszkodliwą, nie odczuwa żadnej różnicy, gdyż kawa Hag jest to prawdziwa kawa ziarnista (żaden surogat) i posiada znakomity smak i aromat. Próbę i literaturę wysyła na żądanie bezpłatnie firma Kawa Hag T. z o. p., Gdańsk.

STRESZCZENIA

CHOROBY WEWNĘTRZNE

Na XXI francuskim Kongresie medycyny wewnętrznej, który miał miejsce w Liège od dnia 23-go do 27-go września 1930 r. jednym z głównych tematów kongresu była sprawa leczenia zapomocą insuliny stanów chorobowych poza cukrzycą. Ponieważ jest to sprawa pierwszorzędnej wagi, przeto podaje poniżej streszczenie protokółów Kongresu, ogłoszonych w Presse Médicale Nr. 85, z r. 1930 (przyp. referenta).

Insulinoterapja poza cukrzycą. I. Uwagi ze stanowiska fizjologji o stosowaniu insuliny poza cukrzycą.
(Referent: *J. P. Hoet z Louvain).*

Hormon trzustkowy nie jest panaceum dla wszystkich chorób i wskazania jego są ściśle określone. Hypoglykemja poinsulinowa jest skutkiem działania insuliny na wątrobę i mięśnie prążkowane. Insulina bowiem wzmaga zawartość wątroby w glykogen i przeciwstawia się glykogenolyzie a ponieważ mięśnie zatrzymują glykogen, przeto zawartość cukru we krwi spada. Glykogen znajdujący się w mięśniach nie zostaje wydzielony do krwi, jak z wątroby, lecz może być tylko zamieniony w kwas mlekowy. z równoczesnem wyzwoleniem energji. Każda hyperglykemja wywołuje wzmożone wydzielanie się insuliny w trzustce i to drogą nerwu błędnego. Z drugiej strony każda hypoglykemja wywołuje podrażnienie nerwu współczulnego z hypersekrecją adrenaliny, która mobilizuje glykogen w wątrobie, przy równoczesnem pojawieniu się innych objawów podrażnienia nerwu współczulnego, jak przyspieszona akcja serca, rozszerzenie źrenic, wzmożone poty i podrażnienie nerwowe. W stanie prawidłowym istnieje zatem równowaga między układem z jednej strony nerwu błędnego i wysepek Langerhansa, z drugiej zaś strony nerwu błędnego i nadnerczy.

Przy stosowaniu insuliny należy unikać zatem hypoglykemji i towarzyszących jej objawów podrażnienia nerwu współczulnego a to drogą równoczesnego stosowania cukru.

Z innych gruczołów dokrewnych pituitryna (wytwór przysadki mózgowej) zmniejsza hypoglykemję insulinową i zarazem ogranicza hyperglykemję adrenalinową. Zastosowanie tej wydzieliny nie jest jednak dotychczas dostatecznie określone. Thyreoidyna wpływa również na regulację cukrową ustroju, wzmagając procesy utleniające i rozpad cukru na obwodzie a zarazem uczulając układ nerwu współczulnego i nadnerczy.

Odpowiednie uwodnienie ustroju jest również niezbędne dla nagromadzenia się cukru w wątrobie. Nagromadzenie się cukru w wątrobie jest jednym ze środków walki przeciwko acetonemji cukrzycowej i niecukrzycowej a zarazem chroni komórkę wątrobową przeciwko zaczynom autolytycznym. Acetonemja kobiet ciężarnych, występująca z uporczywymi wymiotami, jest skutkiem nadczynności przedniego płata przysadki mózgowej. Inne acetonemje spotyka się jako wyraz zaburzeń po zabiegach operacyjnych i po ogólnem znieczuleniu oraz u dzieci. Wskazanie do stosowania insuliny istnieje również w całym szeregu chorób wątroby. Sprawy te są omówione w następnych referatach.

II. Działanie eutroficzne insuliny.
(Referent: *E. Aubertin z Bordeaux).*

Stosowanie insuliny w niedożywieniu osesków nie posiada większego znaczenia, w prawdziwej atrepsji wyniki dodatnie należą do wyjątków. Lepsze wyniki otrzymywano w hypotrepsji, lecz i tu stosowanie insuliny należy przeprowadzić bardzo ostrożnie. Duże natomiast usługi może oddać insulina w okresowych wymiotach z acetonurją, w uporczywej anoreksji i znacznem wychudnięciu. W tym ostatnim stanie chorobowym, zarówno u dzieci, jak i u dorosłych wyniki są bardzo zachęcające. Wyniki przejściowe i dość niestale otrzymywano przy stosowaniu insuliny w następujących stanach: choroby umysłowe, choroba Basedowa, bolesne cierpienia organiczne przewodu pokarmowego, wynędznienie starcze, przewlekłe cierpienia rozmaitych narządów, niegruźlicze zakażenia o przewlekłym przebiegu, brak dodatnich wyników stwierdzono: w charłactwie przy nowotworach złośliwych i nieuleczalnych zakażeniach. W przebiegu gruźlicy stosowanie insuliny było przedmiotem licznych sporów. W każdym razie gruźlica, przebiegająca z gorączką zdaje się stanowić formalne przeciwwskazanie do stosowania insuliny.

Insulina przyspiesza gojenie się, w szczególności zaś bliznowacenie ran, oraz ma leczyć owrzodzenia przewlekłe. Działanie jej jednak jest dość nierówne. Niektórzy autorowie polecają w powyższych przypadkach stosowanie insuliny nie tylko pod postacią wstrzykiwań, ale także miejscowo do okładów i opatrunków. Działanie insuliny zdaje się być szczególnie korzystne u osobników z hyperglykemją.

Wyniki uzyskane w leczeniu owrzodzeń przewodu pokarmowego wydają się wątpliwe.

Co się tyczy mechanizmu działania eutroficznego w stosowaniu insuliny w owrzodzeniach przewlekłych — autor sądzi, że istnieją dwa rodzaje działania. Z jednej strony chodzi tu o działanie bezpośrednio troficzne, z drugiej zaś strony działanie na przemianę węglowodanową. W leczeniu tuczącem insulina zdaje się wpływać zarówno na ośrodki nerwowe, jak i na różne narządy, biorące udział w przemianie materji. W każdym razie przybytek na wadze odnieść należy nie tylko do zatrzymania wody w ustroju, jak chcą

niektórzy autorowie, ale też należy uwzględnić zatrzymanie azotu w ustroju i wytwarzanie tłuszczów.

Wreszcie autor zwraca uwagę, że w sprawie insuliny trudno jest wypowiedzieć już ostatnie słowo, gdyż nie posiadamy jej jeszcze w stanie chemicznie czystym.

III. Insulina w leczeniu schorzeń układu sercowo-naczyniowego.

(Referat: *G. Bickel z Genewy).*

Obok skutecznego działania insuliny na niektóre cierpienia naczyń, pewne obserwacje kliniczne wywołały podejrzenie, że insulina wywiera wpływ bezpośredni i to niekorzystny na mięsień sercowy. A mianowicie stwierdzono, że u niektórych chorych, wyleczonych ze spiączki kwasicowej, w cukrzycy, przy pomocy dużych dawek insuliny — serce tych chorych wykazywało znaczną niedomogę, której nie udawało się usunąć zapomocą żadnego z ogólnie stosowanych leków naczyniowych i sercowych. Autor zwraca uwagę na to, że opinja o szkodliwości insuliny na mięsień sercowy jest mimo to nieuzasadniona. Nie należy bowiem zapominać, że i dawniej już spostrzegano niedomogę mięśnia sercowego w przebiegu spiączki cukrzycowej. W dobie stosowania insuliny wzrosła niepomiernie liczba wyleczonych ze spiączki cukrzycowej, nic dziwnego zatem, że pewien odsetek tych chorych ulega niedomodze mięśnia sercowego, o co winić należy jednak nie insulinę, lecz toksyczny wpływ samej śpiączki, przeciwko czemu insulina jest bezskuteczna, badania doświadczalne nad wpływem insuliny na serce wykazują wprawdzie szereg zaburzeń serca, lecz zaburzenia te znikają całkowicie po wprowadzeniu cukru. Niewątpliwie zatem w tych przypadkach winić należy hypoglykemję a nie bezpośrednio wpływ insuliny. Zupełnie podobnie rzecz ma się i u ludzi, gdyż wszelkie zaburzenia wywołane przez insulinę były usunięte po wprowadzeniu glukozy.

Skoro zatem insulina nie wpływa ujemnie na mięsień sercowy, przeto powstaje myśl, czy równoczesne stosowanie insuliny i cukru nie wpłynie raczej korzystnie na działalność serca. Badania wielu autorów wykazały, że w pracującym mięśniu sercowym ma miejsce wybitna przemiana węglowodanów i że dla czynności serca bardzo jest ważny dostateczny dopływ cukru i możność zużytkowania go, badania referenta wykazały nadto, że przemiana węglowodanowa u chorych na choroby serca jest często nieprawidłowa a nadto, że u chorych takich nierzadko spotyka się hypoglykemję na czczo. Z powyższych spostrzeżeń wynikają jasno wskazania do stosowania insuliny i cukru w chorobach serca. *Pick* wykazał, że pod wpływem tego leczenia energja potencjalna serca zostaje zamieniona na energję aktualną. Idąc śladem innych autorów, referent stosował również powyższe leczenie i przekonał się, że w wielu przypadkach niedomogi mięśnia sercowego, opornej na działanie środków nasercowych udało mu się osiągnąć bardzo dobre wyniki. W tym celu stosował 10 do 30 jednostek insuliny na dzień, obok podawania 100 do 200 gr. glukozy drogą doustną lub też 150 do 300 ccm 30%-wego roztworu glukozy drogą dożylną. Przypadki badane przez autora dotyczą wad zastawkowych, zapaleń mięśnia sercowego oraz miażdżycy tętnic wieńcowych serca. Oczywiście leczenie zapomocą insuliny i cukru nie tylko nie wyklucza, ale w niczem nie uszczupla dotychczasowych zabiegów i sposobów leczenia nasercowego.

Liczne też były próby stosowania insuliny w cierpieniach naczyń. Jednem z najdawniejszych doświadczeń były próby stosowania insuliny w nadciśnieniu tętniczem. Obniżenie ciśnienia krwi po zastosowaniu insuliny odnoszono przedewszystkiem do pewnych „zanieczyszczeń" insuliny. „Zanieczyszczenia" te miały być też wytworem trzustki i to naprowadziło *Gley'a* i *Kisthinios'a* do wyodrębnienia swoistego czynnika, obniżającego ciśnienie krwi a powyższy preparat nazwali angioxylem. Preparat ten nie zawiera insuliny a zatem ma obniżać ciśnienie krwi, nie wywołując hypoglykemji. Badania jednak *Villaret'a* i innych wykazały, że nie chodzi tu o swoisty czynnik, obniżający ciśnienie, lecz o mieszaninę znanych ciał chemicznych, które posiadają powyższe działanie a mianowicie o: peptony, histaminę i cholinę, które pozostają przy przetwarzaniu trzustki. Referent skłania się do powyższego zdania, nie mniej jednak sądzi, że insulina może oddać usługi w leczeniu nadciśnienia krwi, wprawdzie nie w sposób bezpośredni, jak to sądzono, lecz drogą swego wpływu na przemianę węglowodanową. W nadciśnieniu tętniczem nierzadko spotykamy hyperglykemję, wywołaną bądźto miażdżycą małych tętniczek trzustki, bądź też stanem skurczowym tych naczyń, które obok naczyń nerek w nadciśnieniu tętniczem najczęściej ulegają zmianom. Działanie eutroficzne insuliny na ściany powyższych naczyń stanowić może według referenta przeszkodę zbyt szybkiemu „starzeniu się" tych naczyń, a zatem może wpłynąć korzystnie na przebieg samego cierpienia.

Powyższe rozumowania naprowadziły referenta na myśl stosowania insuliny w cięższych postaciach miażdżycy tętnic, tem bardziej, że i u starców często spotyka się na czczo hyperglykemję. W tych przypadkach referent stosował insulinę w dawkach 20 do 30 jednostek na dzień. Referent sądzi, że tą drogą udało mu się uzyskać wielokrotnie korzystne wyniki i to nie tylko podmiotowe ale i przedmiotowe. Korzystny wpływ insuliny należy tu raczej odnieść do jej działania eutroficznego oraz do wpływu na przemianę materji, osobliwie zaś cholesteryny, niż do hypoglykemicznego jej działania.

W podobny sposób bardzo korzystnie działa insulina w arteriitis juvenilis, w arteriitis atheromatosa a niekiedy także w tromboangeitis obliterans.

W samoistnej zgorzeli kończyny wpływ insuliny sam dla siebie jest mały, gdyż insulina względnie mało rozszerza naczynia; w tych przypadkach należy raczej stosować acetylocholinę lub zabieg chirurgiczny. Niekiedy jednak połączone działanie acetylocholiny i insuliny daje korzystne wyniki.

W zaczopowaniach tętnic mózgowych u starców referent stosował 20 do 30 jednostek dziennie i sądzi, że insulinoterapja może w tych przypadkach przynieść duże korzyści, choć oczywiście nie zapobiegnie zawsze dalszemu rozwojowi sprawy. Równoczesne stosowanie i innych sposobów leczenia jest bezwarunkowo konieczne.

IV. Wskazania kliniczne do stosowania insuliny poza cukrzycą.

(Referent: *Le Fèvre de Arric z Brukselli).*

W niektórych ciężkich przypadkach stwierdzano po operacjach zespół kwasicowy, wyrażający się obecnością acetonu i kwasu aceto-octowego w moczu oraz obniżeniem zasobu zasad we krwi. W niektórych przypadkach stwierdzano nadto w moczu obecność kwasów aminowych. Jako przyczynę tego zakwaszenia podawano post, czynniki psychiczne, zakażenia i ogólne znieczulenie podczas aktu chirurgicznego. Obecność acetonu dowodzi niewątpliwie zaburzeń w przemianie wątrobowej, inne stany kwasicowe mają naturę bardziej powikłaną. Niewątpliwie wstrząs operacyjny i wstrząs pourazowy mogą być przyczyną powstania zespołu kwasicowego. W tych wszystkich przypadkach wielu autorów otrzymało bardzo korzystne wyniki stosując insulinę razem z glukozą. W tym celu podaje się 20 do 60 jednostek insuliny na dobę, wprowadzając równocześnie 5% do 10% roztwór glukozy w dawkach odpowiadających 3 gr. glukozy na jednostkę insuliny. Leczenie to wpływa bardzo korzystnie na kwasicę oraz wstrzymuje wymioty. W innych przypadkach pooperacyjnych, w których nie stwierdzano stanu zakwaszenia, podawanie insuliny jest bezskuteczne, albowiem chodzi tu o zapaść natury naczyniowej. Wielu autorów stosuje też podawanie insuliny oraz glukozy, jako środki zapobiegające omawianym wyżej zaburzeniom pooperacyjnym. W szczególności dotyczy to chorych, którzy mają być operowani na wątrobie, żołądku lub jelitach. Niewątpliwie w wielu przypadkach, w których nie chodzi o zakwaszenie, współczesne podawanie insuliny i glukozy może okazać się korzystne i może znaleźć odpowiednie uzasadnienie teoretyczne. Referent sądzi jednak, że tego rodzaju rozszerzenie wskazań wydaje się zbyt daleko idące.

Korzystne jest podawanie insuliny i cukru u dzieci cierpiących na okresowe wymioty z acetonurją. W przypadkach niepohamowanych wymiotów u ciężarnych omawiane leczenie daje bardzo dobre wyniki. Jako przyczynę powstawania tych wymiotów podają autorowie stany toksemiczne, połączone z zaburzeniami czynności wątroby, zaburzenia te prowadzą do kwasicy a stan ogólny znacznie się pogarsza wskutek wymiotów. Co się tyczy techniki leczenia tych stanów, to zdaje się, że ilość wprowadzonej glukozy posiada duże znaczenie. W tych przypadkach należy raczej wprowadzać bardzo duże ilości glukozy, najmniej 3 do 5 gr cukru na jednostkę insuliny. Insulinę wstrzykuje się 15 do 30 jednostek na dzień.

Nie ulega wątpliwości, że stosowanie insuliny i glukozy daje bardzo dobre wyniki w znacznej liczbie schorzeń wątroby. W szczególności zaś zaburzenia czynnościowe wątroby, dotyczące przemiany węglowodanów i tłuszczów z zakwaszeniem ustroju oraz zaburzenia przemiany białkowej, połączone z wynędznieniem nadają się do powyższego sposobu leczenia. Podobnie korzystne wyniki otrzymywano w zakaźnych zapaleniach wątroby oraz w ostrych zatruciach. Bardziej wstrzemięźliwie zapatruje się referent na wpływ omawianego leczenia na żółtaczkę i swędzenie skóry w chorobach wątroby i dróg żółciowych. Niektórzy autorowie polecają stosowanie insuliny i glukozy także w przypadkach marskości i guzów w wątrobie. Dawki insuliny wynoszą 5 do 10 jednostek dziennie (w żółtaczce zwykłej) aż do dawek dużych 100 jednostek i więcej w przypadkach ciężkiej niedomogi wątroby, w ciężkich zakażeniach i intoksykacjach. Obok insuliny należy stosować glukozę w ilości raczej większej, niż w innych przypadkach.

W przypadkach choroby Basedowa stosuje się niewielkie dawki insuliny.

W chorobach przysadki mózgowej, w szczególności zaś w moczówce prostej (diabetes insipidus) stosowano insulinę z glukozą, lecz ze zmiennymi wynikami. Podawanie insuliny w tych przypadkach musi być bardzo ostrożne, gdyż można łatwo wywołać zespół hypoglykemiczny. Cukromocz

FRANCUSKIE WODY MINERALNE

Zwracać uwagę na znak ochronny

Zwracać uwagę na znak ochronny

VITTEL

GRANDE SOURCE

Działa leczniczo na **NERKI**

Podagra-dna. Piasek moczowy (Kamienie nerkowe) Artretyzm.

SOURCE HÉPAR

Obfitość leczniczych składników mineralnych

Działa leczniczo na **WĄTROBĘ**

Kamienie żółciowe

Obstrukcja

Niedomoga Wątroby.

Sezon od 20 Maja — 25 Września.

NOWOCZESNY ZAKŁAD WODOLECZNICZY.

w przypadkach akromegalji ma podobno łatwo ustępować pod wpływem insuliny.

Niedomoga gruczołów nadnerczy przedstawia bezwzględne przeciwwskazanie do stosowania insuliny.

Insulina ma wstrzymywać krwotoki pochodzenia jajnikowego i sprowadza perjody do stanu prawidłowego.

W ostrych chorobach zakaźnych rzadko spotyka się kwasicę, która nadawałaby się do insulinowego leczenia; natomiast w okresie zdrowienia, postępującego zbyt wolno, czy też znacznego wyniszczenia pochorobowego, insulina znajduje zastosowanie.

W chorobach nerwowych i umysłowych, jak zespół Parkinsona, choroba Thomsena, delirium tremens, stany cyklotoniczne, stosowanie insuliny i cukru dało wyniki zachęcające.

Według metody *Walińskiego* stosuje się insulinę i przetaczanie krwi w niedokrwistości złośliwej.

W nowotworach złośliwych wielu autorów stosowało insulinę, zapomocą której można uzyskać pewne podmiotowe poprawy, oczywiście bez jakiegokolwiek wpływu na sam przebieg choroby.

W dyskusji zabierali głos między innymi:

Feisly: Dla uniknięcia niepożądanych objawów nadwrażliwości autor podaje małe dawki insuliny od 5 jednostek począwszy, na kwadrans przed posiłkiem. W owrzodzeniach żołądka widział korzystne wyniki stosowania insuliny, o ile owrzodzenie znajdowało się w znaczniejszej odległości od odźwiernika.

Chabanier i Lobe-Onel: podkreślają, że w przypadkach acetonemji należy stosować insulinę z odpowiedniemi dawkami glukozy, gdyż hypoglykemja mogłaby raczej wzmóc kwasicę. Co się tyczy narządu krążenia, angioxyl nie obniżał wprawdzie ciśnienia krwi w przypadkach autorów, niewątpliwie jednak szybko usuwał duszność po wysiłkach a nawet wpływał korzystnie na rytmikę serca. Co się tyczy dawek insuliny w leczeniu tuczącem, autorowie stosują odrazu dawki 20, 40 lub więcej jednostek na dobę.

Jaquerod (Leysin): Insulina stosowana u chorych na gruźlicę, w okresie gorączkowym, nie tylko nie wywoływała przybytku na wadze chorych, ale nawet przyspieszała rozwój choroby. W gruźlicy płuc zatem gorączka jest bezwzględnem przeciwwskazaniem do stosowania insuliny, nawet wówczas, gdy gruźlica jest powikłana cukrzycą. Natomiast w przewlekłej gruźlicy płuc, a zwłaszcza po założeniu odmy sztucznej, insulina oddawała bardzo duże usługi w rękach autora.

M. Labbé: W przeciwieństwie do Jaquerod'a, doradza stosowanie insuliny w przypadkach gruźlicy powikłanej cukrzycą. Nie widział też pogorszeń przy stosowaniu insuliny w przebiegu gorączkowym gruźlicy.

Brull: nie widział również ujemnych skutków stosowania insuliny w gruźlicy płuc, nawet u chorych gorączkujących. W chorobie Basedowa insulina także bywa skuteczna.

M. Labbé: poleca gorąco stosowanie insuliny wraz z odpowiednim sposobem odżywiania dla zwalczania wynędznienia. Pod wpływem tego leczenia waga ciała chorych się podnosi, gdyż następuje lepsze wykorzystanie pokarmów, przy nieznacznej tylko poprawie apetytu. W przypadkach niedostatecznej przemiany azotowej insulina działa korzystnie, wpływając na komórki wątrobowe. Co się tyczy wpływu insuliny na układ sercowo-naczyniowy, autor potwierdza wypowiedziane wyżej zdanie, że insulina nie wpływa ujemnie na czynność serca, a jeśli obecnie widuje się więcej chorych, umierających na serce po wyleczeniu ze śpiączki cukrzycowej, to śmierć tę należy tylko przypisać zatruciu śpiączkowemu. Według autora ani insulina ani też wytwory trzustkowe, pozbawione insuliny (angioxyl), nie obniżają ciśnienia tętniczego. W zapaleniach tętnic, pochodzenia cukrzycowego, insulina teoretycznie powinna być bardzo skuteczna przez swój wpływ na cholesterynemję, autor nie obserwował jednak przywrócenia drożności naczyń i wątpi, czy insulina może wpłynąć na rozpuszczenie się złogów cholesteryny w ścianach naczyń. Co się tyczy stosunku między nadczynnością tarczycy i cukrzycą, według autora chodzi tu o zwykłą cukrzycę, do której dołącza się zaburzenie w regulacji węglowodanowej, wskutek bezpośredniego wpływu wydzieliny tarczycy na komórkę wątrobową.

Hoet: zwraca uwagę że choroba Basedowa poprzedza często pojawienie się cukrzycy. Należy to tłumaczyć tem, że nadczynność tarczycy uczula układ nadnerczy i nerwu współczulnego a wątroba tych chorych z większą łatwością mobilizuje glykogen, aniżeli wątroba człowieka zdrowego.

Aubertin: w przeciwieństwie do Labbé'go stwierdzał nieraz polepszenie się łaknienia u chorych pod wpływem insuliny. Dla uzyskania tego skutku, należy wstrzykiwać insulinę na pewien czas przed podaniem węglowodanów.

Joltrain: stosował insulinę w stanach wagotonji i kolloidoklazji, szczególnie zaś w pokrzywce i w dychawicy oskrzelowej; wyniki były niezadawalniające.

Loeper, Lemaire i Degos: otrzymywali bardzo dobre wyniki, stosując insulinę u chorych sercowych. Dawki wynosiły 5 do 10 jednostek insuliny dziennie, oraz 50 gr glukozy. Najłatwiej uzyskiwano poprawę w niemiarowościach serca, nawet w niemiarowości zupełnej, następnie w oligurji a co zatem idzie w znikaniu obrzęków. Dodatnie wyniki autorowie otrzymywali nawet bez stosowania innych środków nasercowych, podkreślają przytem, że insulina wzmacnia działanie środków nasercowych.

Chabanier, Lobo-Onell i Lélu: wstrzykiwali insulinę w mieszaninie oliwy, miryczny i metacholesteryny, chcąc tą drogą utrzymać dłuższe działanie insuliny. Autorowie sądzą, że tą drogą uda się uzyskać łagodniejszy spadek poziomu cukru we krwi oraz dłuższe działanie insuliny a zarazem zmniejszenie dawki insuliny. W badaniach swoich udało im się to uzyskać.

Labbé: próbował również tą drogą utrzymać zwolnione wchłanianie się insuliny, jednakowoż bez skutku.

Przemiana wapnia w ustroju.

Powyższe zagadnienie było również tematem, omawianym szeroko na XXI francuskim kongresie medycyny w Liége w dniach 23 do 27 września 1930 r. Poniższe streszczenie pochodzi ze sprawozdania zjazdowego, ogłoszonego w Presse Médicale № 84, r. 1930 (przyp. referenta).

I. Fizjologja i patologja wapnia.
(Referent: *Brull z Brukselli).*

Rola wapnia w ustroju polega przedewszystkiem na połączeniach jego z kwasem węglowym i fosforowym, które, jako prawie nierozpuszczalne w wodzie, wchodzą w skład przedewszystkiem kości a także i innych tkanek. Nadto wapń posiada, w przeciwieństwie do jodu i potasu, właściwość ustalania w roztworach kolloidowych, przez co zmniejsza przepuszczalność komórek. Wapń wpływa także wzmacniająco na tonus mięśnia sercowego oraz naczyń a także i na przepuszczalność nerek. Ostatnie badania zdają się też na to wskazywać, że wpływ rozmaitych czynników, układu współczulnego, przetworów naparstnicy, naświetlanej ergosteryny, promieni pozafjołkowych — uwydatnia się w ustroju, przy współudziale wapnia zawartego w komórce. Wchłanianie się połączeń wapniowych w przewodzie pokarmowym zależy od kwaśności środowiska, soli żółciowych i witaminy D. Część wapnia wchłoniętego w jelitach cienkich zostaje z powrotem wydzielona w jelicie grubem, inna zaś część wydziela się drogą nerek. Wapń znajdujący się w osoczu krwi przyjmuje trojaką postać. Na ogólną ilość 10 mlgr wapnia w 100 ccm osocza, znajduje się frakcja częściowo zjonizowana, utworzona przez sole wapnia zdolne do dyfuzji (6 do 7 mlgr, z których 2 mlgr jest całkowicie zjonizowane). Druga część (3 do 4 mlgr.) znajduje się w stanie kolloidalnym, w połączeniu z białkiem. Frakcja ta stanowi niejako rezerwę, z której wyzwala się wapń zjonizowany, jaki jedynie jest fizjologicznie czynny. Wreszcie w osoczu znajduje się też frakcja wapnia, zdolnego do dyfuzji, lecz nie zjonizowanego, ale zawartego w jonie złożonym, analogicznym do kompleksu kwasu cytrynowego. Ta ostatnia frakcja wapnia, fizjologicznie nieczynna, jest wydzielana przez nerki.

Z powyższych badań wynika, że mimo prawidłowej zawartości wapnia w osoczu krwi, mogą zachodzić głębokie zaburzenia w przemianie wapniowej a mianowicie w stosunku poszczególnych frakcji wapnia do siebie, zaczem mogą też występować i zaburzenia w ustroju.

II. Przemiana wapniowa u dzieci.
(Referenci: *G. Mouriquand i A. Leulier z Ljonu).*

Na początku referatu zadają sobie pytanie, dlaczego w przebiegu krzywicy wapń nie odkłada się w kości. Istnieją trzy przyczyny powyższych zaburzeń w przemianie wapniowej. Jedną z nich jest brak dostatecznej ilości wapnia i fosforu w pokarmach, drugą niedostateczne wchłanianie się tych pierwiastków z powodu zaburzeń w przewodzie pokarmowym; trzecia przyczyna jest bardziej złożona i w grę wchodzą tu: czynnik gruczołów dokrewnych, w szczególności zaś tarczycy i gruczołów przytarczycznych, następnie zmiany we krwi, jak zmniejszona ilość fosforu we krwi i zakwaszenie, wreszcie czynnik miejscowy a mianowicie zapalenie szpiku kostnego.

W celu zwalczania krzywicy często podajemy sole wapniowe, które jednak według niektórych autorów, mają mieć działanie raczej odwapniające. Wpływ podawania soli fosforowych jest niedowiedziony. Natomiast nie ulega wątpliwości, że opoterapja przytarczyczna wpływa korzystnie na zatrzymanie wapnia w ustroju; opoterapja tarczycowa jest dotychczas niedostatecznie zbadana, podobnie też podawanie gruczołów nadnerczy i adrenaliny.

Prawdziwie wydatnymi czynnikami, zatrzymującymi wapń w ustroju dziecka, są tran i naświetlanie słońcem. Tran zawiera dwa rodzaje witamin a mianowicie witaminę A (przeciwkseroftalmiczną) i witaminę D (przeciwkrzywiczą). Obok światła słonecznego, bardzo korzystne działanie wywierają promienie pozafjołkowe. Szczęśliwy przypadek pozwolił *Hume'owi* i *Smith'owi* w r. 1923, wykryć, że niektóre pokarmy, poddane naświetlaniu, posiadają szczególną właściwość działania przeciwkrzywicowego. Dalsze badania wykazały, że ciałem działającem a zawartem w tych pokarmach jest sterol. Ze wszystkich steroli, zarówno pochodzenia zwierzęcego, jaki i roślinnego, najsilniejszym pod tym względem jest ergosterol. W dużych dawkach ergosterol działa toksycznie. Wszystkie sterole a zatem i ergosterole zawierają prowitaminę D, która pod wpływem naświetlania przechodzi w witaminę D. Pojawiają się zdania, że korzystne działanie promieni pozafjołkowych na

Szlam Ług Borowina
Ciechocińskie
Najlepsze krajowe lecznicze środki kąpielowe umożliwiają przeprowadzenie skutecznych kuracyj domowych chorym na:
WADLIWĄ PRZEMIANĘ MATREJI, CHOROBY UKŁADU NERWÓW, ARTRETYZM, REUMATYZM, i t. p.
świetne w leczeniu
PRZEWLEKŁYCH I ZAPALNYCH CHORÓB KOBIECYCH
Uwaga: Najskuteczniejsze są kąpiele ze szlamu i z ługu.
Najprzyjemniejsza djetyczna radjoczynna gazowana CIECHOCIŃSKA STOŁOWA WODA DO PICIA № 8.
Do nabycia we wszystkich aptekach i składach aptecznych.
Wyłączna reprezentacja
Towarzystwo Handlowo - Przemysłowe
„REAL"
Warszawa, Widok 24. — Tel. 85-30 i 513-05.

organizm polega również na zamienianiu w ustroju prowitaminy D, zawartej w sterolach skóry, w witaminę D.

W dotychczasowym stanie wiedzy nie znamy dokładnie istoty krzywicy, badania ostatniej doby jednak potwierdzają słuszność dawnych, empirycznych doświadczeń, co do skutecznego działania tranu rybiego i promieni słonecznych.

III. O zawartości wapnia we krwi.
(Referenci: *Mathieu-Pierre Weil i Ch.-O. Guillaumin*).

Autorowie omawiają krytycznie metody określania ilościowego wapnia a następnie podają ścisłe dane, dotyczące zawartości wapnia w osoczu, w surowicy, w ciałkach czerwonych i białych oraz stan fizyko - chemiczny wapnia w osoczu, co po części było już omówione w pierwszym referacie, dotyczącym fizjologji i patologji wapnia. Następnie omawiają zawartość wapnia zależnie od płci, wieku, pór roku i t. p.

Z kolei referenci zastanawiają się nad zapotrzebowaniem ustroju w wapno i dochodzą do wniosku, że to zapotrzebowanie stoi w związku z zawartością ciał białkowych w pokarmach. Człowiek dorosły, wagi około 70 kg., spożywający dziennie 100 gr białka, potrzebuje na dobę 1 gr wapnia. Zwracają też uwagę na to, że mieszkańcy miast, przy swym sposobie odżywiania się, cierpią nieraz na brak dostatecznej ilości wapnia w pokarmach. Kobiety w ciąży, jak i podczas karmienia, potrzebuje znacznie większych ilości wapnia. Badanie poziomu wapnia we krwi nie pozwala na rozstrzygnięcie czy bilans wapniowy ustroju jest zrównoważony, czy nie. W razie bowiem braku dostatecznej ilości wapnia, dla zasadniczych potrzeb ustroju, zostaje mobilizowany wapń kości. Nawet w okresie wynędznienia poziom wapnia dopiero bardzo późno i w bardzo małym stopniu ulega obniżeniu. Podobnie też i przyjmowanie pokarmów nie wpływa na poziom wapnia we krwi. Także i podawanie znacznych ilości wapnia nie zmienia calcemji. Dożylne wstrzyknięcie soli wapnia daje wahania bardzo nieznaczne i przelotne. Dwa rodzaje leków tylko posiadają wpływ na poziom wapnia we krwi: podawanie fosforanów alkalicznych zmniejsza poziom wapnia; podawanie zaś cytrynianów zwiększa nieraz znacznie frakcję wapnia zjonizowanego i zdolnego do ultrafiltracji, nie zmieniając jednak poziomu wapnia całkowitego.

Co się tyczy gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu, to wpływ ich, poza gruczołami przytarczycznymi, nie jest całkiem bezspornie uznawany. Doświadczalnie stwierdzano opóźnienie wzrostu i kostnienia po wycięciu grasicy, natomiast wstrzykiwanie wyciągów z grasicy przyspiesza zrastanie się kości u królików. Stwierdzano też obniżony poziom wapnia we krwi u chorych na akromegalję; rola adrenaliny jest bardzo sporna. Niezgodne są też zdania co do wpływu tarczycy. Sprawę wpływu gruczołów przytarczycznych omawiają referenci bardzo szeroko, zwłaszcza w związku z samoistną tężyczką i doświadczalną tężyczką, wywołaną przez zbytnią wentylację płucną. Niewątpliwym też wydaje się wpływ gruczołów płciowych na poziom wapnia we krwi.

Co się tyczy poziomu wapnia we krwi w stanach chorobowych, autorowie podają, że poziom ten jest prawidłowy we wszystkich postaciach gruźlicy, z wyjątkiem u tych gruźliczych, którzy cierpią na biegunki (obniżony). *Kraus* i *Zondek* bronili tezy, że stosunek wapnia do potasu jest analogiczny do stosunku układu nerwu współczulnego do układu nerwu błędnego. Badania innych autorów w szczególności zaś referentów zupełnie nie potwierdziły tezy, bronionej przez *Krausa* i *Zondeka*.

Również nie stwierdzano wahań zawartości wapnia we krwi w przypadkach, w których spostrzega się wyraźne zwapnienia, względnie złogi wapnia, jak n. p. w miażdżycy tętnic a nawet daje się stwierdzić w tych przypadkach obniżenie poziomu wapnia we krwi. W chorobach stawów, a zwłaszcza w zapaleniach stawów pochodzenia urazowego i zakaźnego, nie stwierdzano wahań poziomu wapnia we krwi. Wyjątkowo też spotykali autorowie hypercalcemję u chorych na dnę, natomiast niewątpliwe obniżenie poziomu wapnia stwierdzano u kobiet w okresie pokwitania, skarżących się na bóle stawowe.

Z. Gorecki.

CHIRURGJA

Uwagi w sprawie techniki operacyjnej w przypadkach ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego, powikłanego rozlanem zapaleniem otrzewnej. (24 observations de péritonite appendiculaire. Etude comparative du traitement et des suites opératoires). Richard i Asselin.
Bull. et Mem. de la Soc. Nat. de Chirurgie, № 26, listopad 1930.

We wszystkich 24 przypadkach, na podstawie których wypowiadają autorowie swoje uwagi, bezpośrednio po operacji chorzy otrzymywali podskórnie surowicę przeciwzgorzelinową, którą zwilżano również sączki, pozostawiane w niektórych przypadkach w czasie operacji w jamie brzusznej. Przepuklinę pooperacyjną spostrzegano wyłącznie po sączkowaniu ropni przywyrostkowych. W czasie zabiegu dokładano wszelkich starań, żeby usunąć wyrostek, za wszelką cenę, pozostawiając go tylko w ostateczności. Kładziono nacisk na dokładne wgłobienie w ścianę kątnicy kikuta wyrostkowego.

Co do sączkowania — kierowano się następującemi wytycznemi: jeśli udało się w czasie operacji usunąć doszczętnie wyrostek i zmienione zgorzelinowo (ewentualnie niepewne) części ściany kątnicy, jelita cienkiego, lub sieci, pozostawianie sączków jest zbędne i szkodliwe ,nawet w tych przypadkach, w których stwierdzono obecność w jamie otrzewnowej płynu ropiastego. Szkodliwość sączkowania wyraża się tu skłonnością do powstawania następowych przetok kałowych i przepuklin pooperacyjnych.

Jednakże powyższy sposób postępowania wymaga od operującego nienagannej techniki, dużego cięcia, któreby umożliwiło dokładne obejrzenie kątnicy i pętli sąsiednich, i pilnego doglądania chorego w okresie pooperacyjnym; czasami wtórnie rozwija się tu rozległe zakażenie powłok brzusznych, które daje wskazanie do rozpuszczenia całej rany do otrzewnej wyłącznie. Reasumując wyżej powiedziane, autorowie kreślą tu następującą linję postępowania.

W przypadkach ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego, powikłanego rozlanem zapaleniem otrzewnej, po wycięciu wyrostka (z cięcia Mc. Burneya) i przy braku zmian zgorzelinowych w ścianie kątnicy lub krętnicy, usuwa się ropę, przemywa jamę otrzewnową eterem i zaszywa się otrzewną i mięśnie (jednowarstwowo) paroma szwami strunowemi węzełkowemi. Na skórę nakłada się 1 — 2 klamerki (sytuacyjne).

W przypadkach zgorzeli kątnicy lub pętki cienkiej należy założyć worek Mikulicza. Pozostawienie w przypadkach rozlanego zapalenia otrzewnej wyrostka, praktycznie biorąc, przesądza o śmierci chorego. To samo można powiedzieć wogóle o rozlanych zapaleniach otrzewnej, pochodzenia wyrostkowego, trwających powyżej czterech dni; pozostawianie worka Mikulicza nic tu nie pomoże.

W przypadkach zgorzeli kątnicy lub pętli wyrostkowego, czy się uda wyjąć wyrostek, czy nie, pozostawia się w ranie sączek gumowy, osłonięty ze wszystkich stron pasami gazy.

Przyczynek do stłuczenia brzucha, powikłanego pozaotrzewnowem pęknięciem dwunastnicy. (Contusion de l'abdomen. Rupture complète de la 3-e portion du duodenum. Intervention. Gúerison). Larget i Lamare.
Bull. et. Mém. de la Soc. Nat. de Chirurgie № 26, listopad 1930.

Autorowie, w związku ze spostrzeganym i operowanym tego rodzaju przypadkiem, wypowiadają uwagi na temat obrazu klinicznego i sposobu operowania pęknięcia pozaotrzewnowego dwunastnicy. Pęknięcia pozaotrzewnowe zdarzają się naogół rzadziej od wewnątrz-otrzewnowych. Najczęstsze ich umiejscowienie — to część zstępująca i pozioma dolna dwunastnicy, ewentualnie kąt przez nie utworzony. Może ulec rozerwaniu i przednia, i tylna ściana dwunastnicy; w obrazie zaś klinicznym — poza typowemi objawami stłuczenia brzucha — napięcie powłok brzusznych w nadbrzuszu na ograniczonej przestrzeni i wymioty krwawe.

W czasie operacji naogół niełatwo jest rozpoznać pozaotrzewnowe pęknięcie dwunastnicy. W jamie otrzewnowej zwykle zmian wyraźnych się nie stwierdza, dopiero dokładne obejrzenie okolicy dwunastnicy umożliwi znalezienie na prawo od kręgosłupa zielonkawo zabarwionego miejsca na otrzewnej ściennej i obecności tutaj gazu pod otrzewną. Zawartość dwunastnicy wylewa się do przestrzeni pozaotrzewnowej, przenika do nasady kreski poprzecznicy i jelit cienkich i nawet może dojść do okolicy talerza biodrowego i pachwiny.

Jeden ze starych i doświadczonych chirurgów zwykł był mawiać, że jeśli u osobnika, który otrzymał silne uderzenie w brzuch, po otwarciu brzucha nie znajdzie się w jamie otrzewnowej gazu ani treści jelitowej, a zato stwierdzi się pozatrzewnowo wylew krwawy z domieszką żółci i gazu, to można być pewnym obrażenia dwunastnicy *(Winiwarter)*.

Zabieg właściwy polega na nacięciu otrzewnej na dwunastnicy, zaszyciu dziury w jej ścianie i na zespoleniu żołądka z jelitem czczem — ze względu na ewentualne zwężenie dwunastnicy następowe w miejscu jej zeszycia. W przypadkach całkowitego przerwania dwunastnicy zaszywa się każdy z odcinków oddzielnie i zespala się żołądek z jelitem czczem, ewentualnie zespala się koniec dogłowowy dwunastnicy (pęknięcia końcowego jej odcinka) z jelitem czczem.

Leczenie ropni płucnych zapomocą bronchoskopji. (La méthode bronchoscopique dans le traitement des abscès du poumon). Léon-Kindberg i Soulas.
La Presse Méd. № 944, listopad 1930.

Etjologja, obraz kliniczny i rokowanie w przypadkach ropnia płuca bywają tak różnorodne, że i w zakresie ich leczenia panowała dotychczas zupełna rozbieżność pojęć. Dopiero w ostatnich latach ustalono pewne wytyczne, któremi należy się tutaj kierować przy wyborze odpowiedniej metody leczniczej. Rozróżniamy ropnie ostre, trwające do kilku tygodni (w których samoistne wyleczenie spotyka się w 20—25%), i ropnie przewlekłe, względnie nawrotowe.

W przypadkach ropni ostrych wskazane jest narazie postępowanie wyczekujące, nie dłużej jednak, jak 8 tygodni, poczem należy myśleć o operacji. W ropniach przewlekłych odrazu będzie wskazaną operacja. Wszelkie leczenie swoiste i metody pośrednie, jak odma sztuczna (pneumothorax) nie prowadzą tutaj naogół do celu.

Zastosowana na większą skalę po raz pierwszy w Ameryce, bronchoskopja wprowadziła przewrót w leczeniu ropni płucnych. W przypadkach ostrych umożliwia ona dokładniejsze rozpoznanie cierpienia (zwłaszcza bakterjologiczne) i sprowadza znaczną poprawę miejscową (aspirowanie ropy, zmniejszenie stanu zapalnego oskrzeli) i ogólną. Ze względu na zupełną nieszkodliwość zabiegu bronchoskopję można stosować nawet u chorych, znajdujących się w ciężkim stanie.

W pewnej liczbie przypadków można uzyskać na tej drodze wyleczenie zupełne, względnie trwałą poprawę.

W ropniach przewlekłych, zastarzałych bronchoskopja (wraz z aspirowaniem ropy i wprowadzaniem odpowiednich leków), daje znaczną poprawę, aczkolwiek przejściową, i stanowi w ten sposób dobre przygotowanie chorego do operacji. Chorym zaś, którzy dla pewnych względów ogólnych — lekarskich lub osobistych nie mogą być poddani operacji, zabezpiecza zupełnie znośne bytowanie.

Zaznaczyć tu jeszcze należy, że — co do umiejscowienia — ropnie powierzchowne, podopłucnowe lepiej się nadają do leczenia operacyjnego, ropnie zaś przywnękowe, do których dostęp operacyjny jest tak utrudniony i niebezpieczny dla chorego — raczej do leczenia bronchoskopowego. Co do rodzaju drobnoustrojów — ropnie gronkowcowe i paciorkowcowe poddają się leczeniu bronchoskopowemu, ropnie zaś gnilne wymagają koniecznie zabiegu operacyjnego.

Współczesne poglądy na leczenie i profilaktykę tężca. (Comment faut-il comprendre actuellement le traitement et la prophylaxie du tétanos?).

La Presse Méd. № 95, listopad 1930.

W leczeniu tężca największy nacisk należy położyć na wczesne stosowanie dużych dawek surowicy przeciwtężcowej. Schemat stosowania tego leczenia wyglądałby w sposób następujący:

I. Przypadki lekkie. Wstrzykiwania podskórne surowicy w ilości 50—100 cm³ dziennie. Usunięcie (excisio), względnie oczyszczenie ogniska pierwotnego. Podawanie doustne, lub w lawatywkach 3—6 gr. chloralu dziennie.

II. Przypadki ciężkie, w których udaje się całkowicie wyciąć ognisko pierwotne. Wstrzykiwania surowicy podskórne i dordzeniowe, w ogólnej ilości dziennej 100—150 cm³. Przed wstrzyknięciem do rdzenia — narkoza chloroformowa lub wstrzyknięcie dożylne somnifenu (2—6 cm³). Poza tem — chloral, środki nasercowe. W razie rozległych kurczów — wstrzykiwania wielokrotne 25% rozczynu siarczanu magnezu w ilości 90 cm³ na dawkę, lub też raz dziennie 10 cm³ 10% rozczynu dordzeniowo.

III. Przypadki ciężkie, w których ognisko pierwotne jest nieznane, lub niedostępne (trzewa). Surowica podskórnie lub domięśniowo w ilości 200 cm³ dziennie, a niezależnie od tego — dordzeniowo 30—50 cm³. Chloral, siarczan magnezu, środki nasercowe.

Profilaktyka. Dotychczas stosowano w celach profilaktycznych wyłącznie surowicę przeciwtężcową w ilości 10 cm³ na dawkę. Jednakże jej działanie jest krótkotrwałe (10—20 dni) i często zachodzi konieczność powtórzenia wstrzyknięcia po 8 dniach. Zdarzają się nawet przypadki późnego wystąpienia tężca, pomimo uprzedniego zastosowania wstrzykiwań profilaktycznych surowicy swoistej. A ponieważ pałeczki tężca mogą przebywać miesiącami w ranie nawet zupełnie zagojonej, zachowując swą żywotność, więc właściwie chory taki, pomimo zastosowania ochronnego surowicy, stale jest pod groźbą rozwinięcia się tężca.

Stosowanie w celach profilaktycznych tak zwanej anatoksyny tężcowej (szczepionki osłabionej w swem działaniu) nie ma powyższych cech ujemnych, gdyż daje odporność czynną, pewną i trwałą. Ale ponieważ odporność ta rozwija się względnie powoli, więc zwykle wstrzykuje się jednocześnie z anatoksyną i surowicą przeciwtężcową. Dawki anatoksyny są jednakowe dla dzieci i dorosłych. Za pierwszym razem wstrzykuje się podskórnie 1 cm³ anatoksymy (wyrabianej przez Instytut Pasteura) i jednocześnie — w inne miejsce — 10 cm³ surowicy swoistej; po 8 dniach — znowuż 10 cm³ surowicy swoistej; po 8 dniach — znowuż 10 cm³ surowicy; w miesiąc po pierwszej dawce anatoksyny — druga dawka w ilości 1,5 cm³; wreszcie w 2 tygodnie później — trzecia dawka 1,5 cm³. Działania ubocznego tych szczepień nie zauważono.

Leczenie gruźlicy pęcherza moczowego naiskrzaniem zapomocą prądów elektrycznych o dużej częstotliwości. (Les courants de haute fréquence dans le traitement des tuberculoses vésicales après la néphrectomie). Costescо.

Journ. d'Urologie XXX — № 3, wrzesień 1930.

Leczenie naiskrzaniem (étincellage), wprowadzone poczatkowo w celu wywoływania martwicy nowotworów pęcherza moczowego, zaczęto stosować w ostatnich dziesiątkach lat w przypadkach gruźlicy pęcherza, utrzymującej się, pomimo wycięcia odpowiedniej nerki (umiejscowienie punktu wyjścia gruźlicy w narządach płciowych, zdarza się naogół bardzo rzadko, wszystkiego w 5%). Przyczyną ciągłego zakażania śluzówki pęcherza w tych razach bywa zwykle zmieniony gruźliczo kikut moczowodu, dopóki nie ulegnie samoistnemu wygojeniu.

Samo naiskrzanie przeprowadza się w sposób następujący:

Znieczulenie śluzówki pęcherza 4% kokainą, lub znieczulenie ogólne (eter), względnie lędźwiowe. Naiskrzanie wykonuje się na drodze endoskopowej, stosując iskry krótkie i ciepłe, a nie dotykając elektrodą ściany pęcherza, co mogłoby spowodować głęboką jej martwicę, a nawet przedziurawienie. To ostatnie dotyczy w pierwszym rzędzie okolicy moczowodu chorego, gdzie łatwo uzyskać można głębokie obumarcie tkanek z następowym krwotokiem śmiertelnym z naczyń biodrowych. Zwykle wystarcza jedno naiskrzenie, rzadziej — w przypadkach bardzo rozległych zmian swoistych w pęcherzu — zachodzi potrzeba parokrotnego jego powtórzenia, zawsze w odstępach conajmniej 15-dniowych. Wygojenie owrzodzeń następuje dopiero po 4 tygodniach, ale dolegliwości podmiotowe ulegają ogromnej poprawie już zaraz po zabiegu; dotyczy to w pierwszym rzędzie bólu i częstego oddawania moczu; pojemność pęcherza również zwiększa się wyraźnie.

Naogół można powiedzieć, że w pewnej liczbie przypadków otrzymano zupełne i szybkie wyleczenie, w innych — dużą poprawę. Jednakże należy tu zaznaczyć, że w tych przypadkach, w których przyczyną utrzymywania się dolegliwości pęcherzowych po wycięciu nerki jest wtórne (nieswoiste) zakażenie śluzówki pęcherza na tle starych zmian gruźliczych (objawy rozlanego nieżytu pęcherza, bez zmian ogniskowych), lepsze od naiskrzania wyniki daje przemywanie pęcherza roztworem lapisu 1 : 1000 lub roztworem Hydrarg. oxycyanatum.

Jednoczesne stłuczenie śledziony i nerki lewej. (Les traumatismes associés de la rate et du rein gauche). Goinard.

Journ. de Chirurgie, XXXVI — № 3, wrzesień 1930.

Są to naogół przypadki rzadkie, jednakże ze względu na trudności rozpoznawcze i trudności co do wyboru odpowiedniego leczenia, zasługują na specjalne omówienie.

Przyczyną jednoczesnego obrażenia śledziony i nerki lewej jest zwykle silny uraz, trafiający tę okolicę, a zwłaszcza: zgniecenie tułowia w kierunku przednio-tylnym lub poprzecznym i przejechanie przez koło od wozu okolicy dolnych żeber.

Do objawów klinicznych należą: krwiomocz (czasami brak go jest), krwiak okolicy nerki lewej (występuje niestale), obrona mięśniowa brzucha po stronie lewej i stłumienie w tem miejscu odgłosu opukowego (te dwa ostatnie objawy również nie zawsze występują). Najważniejszym jednak objawem będzie ciężki stan ogólny chorego (zapaść sercowa, duszność, wybitna blado ść, ochłodzenie skóry), który nie odpowiadałby wyłącznemu obrażeniu nerki i który nasuwa podejrzenie jednoczesnego uszkodzenia śledziony.

Jeśli się rozpoznawało przed operacją wyłączne obrażenie śledziony, to po otwarciu brzucha należy zawsze zrewidować dokładnie okolicę nerki lewej (pęknięcia otrzewnej ściennej, krwiak). Jeśli zaś rozpoznano tylko obrażenie nerki i przystąpiono do operacji z cięcia lędźwiowego, to w czasie zabiegu dobrze jest naciąć nieco otrzewnę, żeby zbadać śledzionę palcem, ewentualnie nawet obejrzeć ją dokładnie.

Leczenie. Każde uszkodzenie śledziony, od zwykłego pęknięcia do zupełnego jej zmiażdżenia, daje wskazanie do jej wycięcia. Inaczej się ta rzecz przedstawia w odniesieniu do nerki; tu trzeba indywidualizować, a drobne uszkodzenie nerki można pozostawić, nie ruszając. Niektórzy autorowie śledzionę wycinają z cięcia brzusznego, a dla wyjęcia nerki robią drugie cięcie w okolicy lędźwiowej. Większość jednak stosuje do tego celu tylko jedno cięcie, z którego wyjmuje i śledzionę, i nerkę lewą — jest to pośrodkowe cięcie brzucha, ewentualnie uzupełnione dodatkowem cięciem poprzecznem, lub skośnem w lewem podżebrzu. Po wycięciu śledziony i skontrolowaniu innych narządów jamy brzusznej, co do ewentualnych obrażeń, zaszywa się otrzewnę doszczętnie i po tem dopiero odwarstwia się ją od ściany brzusznej, drążąc do tyłu w kierunku nerki. Po jej wyjęciu, pozostawione w łożysku nerki sączki wyprowadza się nazewnątrz w najbardziej do tyłu zwróconym kącie rany.

Przednie i przednio-boczne cięcie tkanek miękkich w przypadkach szycia trzonu kości udowej. (Les voies d'accès antérieure et antéro-externe pour l'ostéosynthèse de la diaphyse fémorale). Parcelier i Chenut.

Journ. de Chirurgie XXXVI — Nr. 4, październik 1930.

Na wstępie zaznaczyć należy, że operację szycia kości najlepiej jest wykonać w 4—5 dni po złamaniu. Obecność najmniejszej chociażby rany tłuczonej w pobliżu złamania jest bezwzględnem przeciwskazaniem do operacji; brzegi rany takiej należy wyciąć w zdrowych tkankach i następnie zeszyć, a samo szycie kości trzeba w tych razach odłożyć na 15—20 dni — do czasu zupełnego zabliźnienia się rany.

Najczęściej stosowanem dotychczas było cięcie zewnętrzne, drążące w głąb poprzez brzusiec boczny (vastus externus), a następnie — pośrodkowy (vastus intermedius) mięśnia czworogłowego uda. Ma ono jednak następujące wady: konieczność rozległego przecinania w kierunku poprzecznym włókien mięsnych, obfite krwawienie i w związku z tem długo trwające jego tamowanie, niezbyt dogodny dostęp do kości — przynajmniej jeśli chodzi o szycie zapomocą blaszki.

Dogodniejszem od poprzedniego jest cięcie przednie, pośrodkowe (na przedniej powierzchni uda), rozpoczynające się na 2 palce poprzeczne powyżej podstawy rzepki i idące w górę ściśle po linji środkowej. Po przecięciu powięzi szerokiej uda nacina się mięsień prosty uda i, następnie, leżący pod nim brzusiec pośredni mięśnia czworogłowego. Dostęp do kości jest otwarty z trzech stron — z przyśrodkowej, przedniej i bocznej, co umożliwia dokładne obejrzenie ogniska złamania i dowolny wybór miejsca, w którem ma być umocowana blaszka (powierzchnia przyśrodkowa lub boczna kości).

Najmniej obrażającem jednak cięciem, a dającem równie wygodny dostęp do kości, jak poprzednie, jest cięcie przednio-zewnętrzne; pozwala ono na przeniknięcie w głąb między mięsień prosty i brzusiec boczny mięśnia czworogłowego, leżący pod niemi brzusiec pośrodkowy przecina się w linji środkowej.

Przy tych dwu ostatnich cięciach napotykamy stale w górnym kącie rany pęczek naczyniowo-nerwowy, biegnący wdół i do boku, w kierunku brzuśćca zewnętrznego mięśnia czworogłowego. Pęczek ten należy odsunąć hakiem ku górze, możliwie nie przecinając go.

Tak zwane pourazowe schorzenie kręgosłupa, czyli choroba Kümmel-Verneuil. (Spondylite traumatique - maladie Kümmel - Verneuil). Froelich i Mouchet.

Journ. de Chriurgie XXXVI — № 4, październik 1930.

Dla schorzenia tego, opisanego poraz pierwszy przez Kümmla w 1891 roku, są charakterystyczne następujące 3 objawy: a) niezbyt silny uraz pierwotny, b) okres pozornego zupełnego zdrowia i — wreszcie — c) późne, nasilające się zniekształcenie kręgosłupa (kyphosis, lordosis), któremu towarzyszy wystąpienie bólów typu korzonkowego.

Patogeneza. Istotą schorzenia są złamania poszczególnych beleczek kostnych istoty gąbczastej trzonów kręgowych, wybroczyny krwawe wewnątrz nich, pęknięcia, całkowite złamania trzonów i — wreszcie — pierwotne obrażenia pierścieni międzykręgowych. Zmiany te powstają w następstwie urazu kręgosłupa (nadmierne zgięcie do tyłu lub do przodu), dotychczas zupełnie zdrowego. W późnym okresie choroby powstaje zniekształcenie kręgosłupa w kształcie wygięcia kątowego do tyłu (kphosis), oraz wyrośla kostne kręgów chorych.

Obraz kliniczny. Wiek 25—45 lat. Początkowy uraz bywa często niewielki. Zwykle umiejscowienie zmian chorobowych: lędźwiowa i lędźwiowo-piersiowa część kręgosłupa. Przebieg choroby można podzielić na trzy okresy.

I. okres. Bezpośrednio po urazie zjawiają się bóle kręgosłupa, klatki piersiowej i kończyn dolnych, bóle o typie neuralgicznym; jednocześnie może wystąpić napięcie mięśni grzbietu, bolesność uciskowa niektórych wyrostków kolczystych i niewielkie ograniczenie ruchomości kręgosłupa. W ciągu paru dni objawy te znikają bez śladu. Zdjęcie

rentgenowskie nie wykazuje w tym okresie zwykle żadnych zmian.

II okres — pozornego, zupełnego zdrowia, trwający parę miesięcy — do roku. Conajwyżej chory może odczuwać pewną obolałość danej okolicy kręgosłupa (gościec!).

III. okres. Cechuje się nawrotem bólów neuralgicznych, drętwieniem i mrowieniem kończyn dolnych, czasami osłabieniem w nich siły mięśniowej i — wreszcie — wygięciem kątowem lub łukowatem kręgosłupa do tyłu, a częściowo i wygięciem do boku. Bóle zaczynają się powoli, stopniowo, lub też odrazu osiągają duże nasilenie — zwykle po jakimś większym wysiłku fizycznym. Kręgi zniekształcone są bolesne przy ucisku, a ruchy kręgosłupa są wyraźnie ograniczone. Okres ten trwa koło 2 lat i kończy się zwykle wyzdrowieniem, ale zniekształcenie kręgosłupa — o ile chory nie był właściwie leczony — utrwala się i pozostaje na stałe.

Schorzenie to zmylić można z gruźlicą kręgosłupa, od której się różni: brakiem zmian ze strony krążków międzykręgowych, zachowaniem prawidłowej budowy i prawidłowych zarysów trzonów kręgowych, obecnością uwapnień i wyrośli kostnych, brakiem ubytków kostnych, odwapnień i ropni opadowych.

Leczenie. Po każdym znaczniejszym urazie kręgosłupa, zwłaszcza jeśli zdjęcie rentgenowskie wykazało pewne zmiany, wskazane jest przetrzymanie chorego w łóżku (w pozycji leżącej na brzuchu, lub na plecach) do 8—9tygodni. Ewentualnie można mu zalecić do chodzenia gorset ortopedyczny, kierując się tutaj danemi rentgenowskiemi. Długotrwały okres unieruchomienia można skrócić przez wykonanie operacji Albee'ego.

Zupełne wyleczenie następuje dopiero po 1—2 latach. Pozostałe na stałe ograniczenie sprawności fizycznej wynosi zwykle 15—50%.

Wylew krwawy do przestrzeni pozażołądkowej, pochodzenia rzekomo pourazowego. Po dwu latach — rozsiany rak otrzewnej. (Hématome de l'arrière-cavité des épiploons dont l'origine est en apparence traumatique. Güerison opératoire. Reprise du travail. Mort deux ans après d'un syndrome péritonéal étiqueté néoplasme généralisé). Bachy.
Bull. et mém. de la Soc. Nat. de Chirurgie № 30, listopad 1930.

Historja tego ciekawego pod względem rozpoznawczym przypadku przedstawia się w sposób następujący. Chory przy podnoszeniu z ziemi dużego ciężaru uczuł nagle gwałtowny ból w nadbrzuszu i wystąpiły mdłości. Zaraz po tem został przewieziony do szpitala, gdzie stwierdzono ciężki stan ogólny chorego i obecność obrzmienia półkulistego w nadbrzuszu, nieco więcej ku stronie prawej, które powoli ale stale powiększało się. Stan ogólny i miejscowy to poprawiał się, to pogarszał znowu tak, że dopiero po 5 tygodniach zdecydowano poddać chorego operacji. Cięcie skóry wzdłuż zewnętrznego brzegu prawego mięśnia prostego, u góry przedłużone nieco ku wewnątrz równolegle do łuku żebrowego. Po przecięciu otrzewnej stwierdzono obecność dużego krwiaka w okolicy torby sieciowej (bursa omentalis), który wypychał do przodu i napinał sieć mniejszą (lig. hepato-gastricum i lig. hepato-duodenale); żołądek wraz z poprzecznicą były przemieszczone nalewo. Nacięto sieć mniejszą, usunięto z jamy krwiaka, liczne nawpółzorganizowane skrzepy i starą krew płynną, wreszcie obejrzano jego ściany — ze strony trzustki nic szczególnego nie zauważono, świeżego krwawienia nigdzie nie było, nigdzie śladu nowotworu ani też martwicy tłuszczowej (steatonecrosis). Do jamy krwiaka wprowadzono sączki gazowe i brzuch poza tem zaszyto. Po miesiącu chory się wypisał ze szpitala jako zagojony, a po 2 miesiącach wrócił do swej uprzedniej pracy zawodowej. Przez 2 lata czuł się zupełnie zdrowym, po tem zaczął chudnąć, wystąpiły zaburzenia w trawieniu, rozwinęło się charłactwo, wreszcie chory udał się do szpitala, gdzie rozpoznano rozsianego raka otrzewnej. Wkrótce chory zmarł, sekcja zwłok nie była wykonana.

W przypadku tym rola urazu, jako przyczyny wywołującej wydaje się być mniej niż prawdopodobną. Raczej możnaby tu myśleć o jakim nowotworze złośliwym.

W dyskusji, *Mauclaire* podaje spostrzegany przez siebie w swoim czasie przypadek, analogiczny do poprzedniego, w którym podczas operacji znaleziono olbrzymi krwiak torby sieciowej; jednakże tutaj, po wybraniu wszystkich skrzepów, stwierdzono obecność niewątpliwego raka trzonu trzustki. Jamę krwiaka sączkowano poprzez wiązadło żołądkowo-okrężnicze (lig. gastrocolicum). Chory ten zmarł po miesiącu wskutek charłactwa.

M. Czyżewski.

CHOROBY SKÓRNE I WENERYCZNE

Owrzodzenie niesztowicowe żołędzi, przebiegające z dymienicą pachwinową. (Chancre ecthymateux du gland avec bubon inguinal. Etiologie ecthymateuse possible de certaines ulcerations genitales adenogenes cryptogenetiques). G. Milian, L. Michaux.
Revue Fr. de Dermat. et de Vénér. 1930, № 3.

U 39-letniego mężczyzny, wykazującego znamiona wszawicy i obecność niesztowic na kończynach dolnych, pojawiło się owrzodzenie na prąciu a w 2 tygodnie później w lewej pachwinie bolesny guz, na którym stopniowo skóra ulegała coraz silniejszemu zaczerwienieniu, a wkońcu na szczycie guza otworzyła się mała przetoka, przez którą wydostawała się nazewnątrz ropa. Owrzodzenie było owalne, małe, o brzegach cokolwiek wyniosłych, o podstawie miękkiej, mało bolesne. Odczyn Was. ujemny. W wydzielinie z owrzodzenia brak prątków Ducrey'a, natomiast liczne gronkowce i mniej liczne pneumokoki. Autoinokulacja ujemna. Powyższe dane, jako też obecność niesztowic na kończynach dolnych i szybkie zagojenie się owrzodzenia na prąciu i ustąpienie guza w pachwinie po zastosowaniu zwykłych okładów skłoniły autora do rozpoznania niesztowicowego owrzodzenia prącia. Przypadki takie, aczkolwiek nieliczne, są znane i szereg autorów zgadza się z sobą, twierdząc, że niesztowice mogą naśladować owrzodzenia miękkie. Możliwe, że niektóre dymienice, rozpoznawane najczęściej przez wykluczenie jako schorzenie Nicolas-Favre wywołane bywają przez takie właśnie niezauważone owrzodzenie o charakterze niesztowic.

Rozsiana wysypka grudkowa w przebiegu ostrego gośćca stawowego. (Eruption papulese disseminée survenue au cours d'un rhumatisme articulaire aigu. Tuberculides papuleuses). G. Milian, G. Garnier.
Revue Fr. de Dermat. et de Vénér. 1930, № 3.

U 17-letniej dziewczyny wystąpiły objawy ostrego gośćca stawowego. Równocześnie istniała angina. Pomimo podawania natrium salicylicum doustnie i dożylnie ciepłota utrzymywała się około 38° przez 2 tygodnie. Wkrótce stwierdzono irytis i szmery systoliczne w sercu. Wszystkie te objawy rozpoznano jako reumatyczne. W 10 dni od czasu, kiedy podano natrium salicyl. pojawiła się obfita wysypka grudkowa na całem ciele. Grudki były wielkości główki szpil'ki do grochu, niektóre zlewające się, barwy brunatno-czerwonej, niektóre wyraźnie żółtawe, jakgdyby przeświecające, czasem pokryte łuseczką, nacieczone, dosyć miękkie. Znaczna ich ilość wykazywała zagłębienie w części środkowej. Rozpoznanie wahało się pomiędzy kiłą grudkową, molluscum contag. i lichen planus atypicus, a dopiero po badaniu histologicznem wyciętego skrawka — rozpoznano rozsianą grudkową wysypkę gruźliczą. Chorą leczono naświetlaniami lampą kwarcową. Wysypka ustępowała powoli w ciągu 1½ roku, pozostawiając silnie pigmentowane plamy. Możliwe, twierdzi autor, że zmiany stawowe były również pochodzenia gruźliczego lub gościec stawowy był bodźcem do rozsiania się zmian gruźliczych.

W sprawie kilaków. (Belles gommes). G. Belgodère.
Annales des Malad. Vénér. 1930 № 6.

Kilaki spotyka się coraz rzadziej. Opisywanie ich jest więc zawsze rzeczą ciekawą i pożyteczną, gdyż przez to unika się błędów w ich rozpoznawaniu.

Mężczyzna l. 46, żonaty od 14 lat (u żony trzy ciąże donoszone) nie wie nic o zakażeniu kiłowem, zgłasza się do lekarza z powodu obecności guza w okolicy mostka. Lekarz ów rozpoznaje ropień, nacina guz, poczem powstaje duże owrzodzenie, które się wcale nie chce goić. Ponowne badanie chorego w 11 miesięcy później wykazuje oprócz owrzodzenia w okolicy mostka, obecność nowego guza w okolicy kąta żuchwy, który uległ spontanicznie owrzodzeniu, okostnowe zmiany na obu obojczykach i na lewej kości ramieniowej. Odczyn Wass. silnie dodatni. U żony chorego nie stwierdza się ani klinicznych, ani serologicznych zmian kiłowych. Z trojga dzieci, dwoje jest podejrzanych o kiłę wrodzoną, jedno zdrowe. Leczenie chorego przeciwkiłowe usunęło guzy.

Korzystny wpływ ołowiu w leczeniu owrzodziałych nabłoniaków. (De l'action favorable du plomb dans les cancers ulcérés). E. Duroux.
Bull Méd. 1930 № 24.

Od szeregu lat stosuje autor w leczeniu miejscowem nabłoniaków maść o następującym składzie: Bism. subn. Plumb. acet. aà 4,0, Vasel 80,0, Lanol 20,0. W przypadkach, w których są znaczne bóle, dodaje do maści 0,05 cocain chl. Maść ta nadaje się szczególnie do stosowania w przypadkach nabłoniaków owrzodziałych po leczeniu Roentg. lub radem.

Wodne zawiesiny bizmutu w leczeniu przeciwkiłowem. (Le bismuth-métal en suspension aqueuse dans le traitement antisyphilitique). Galliot.
Bull. et Mem. de la Soc. de Méd. de Paris. 1930, № 11.

Początkowo uważano za najlepsze nierozpuszczalne sole bizmutu. Obecnie autor stawia wyżej w lecznictwie kiły sole rozpuszczalne. Sole bizmutu rozpuszczalne w oliwie z powodu niskiej zawartości bizmutu powinny być, zdaniem autora, zarzucone. Wodne natomiast rostwory o dużej zawartości bizmutu (0.08 bi. w 1 cm³.) są dobrze znoszone, niebolesne, pozwalają na ich dłuższe stosowanie.

Dychawica a kiła. (Asthme et Syphilis). H. Dufour.
Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris, 1930, № 20.

Autor obserwował 37 przypadków dychawicy, z których w 17-u nie można było znaleść żadnego związku schorzenia z kiłą, u pozostałych istniała kiła wrodzona lub nabyta przed pojawieniem się astmy. Leczenie specyficzne tych 20 przypadków przeważnie usuwało ataki duszności lub poprawiało stan chorych. Zdaniem autora, kiła często jest przyczyną astmy na skutek zaatakowania nerwu błędnego, przyczem same ataki wywołują zwykle zewnętrzne czynniki (pył, wyziewy i t. p.). *Milian* podziela całkowicie zapatrywania autora, lecz jako przyczynę przypuszcza także kiłowe schorzenie przewodu pokarmowego, ostrzega przed podawaniem w tych przypadkach novarsenobenzolu, który to lek jest trucizną systemu eurokrinosympatycznego. Szereg autorów, jak *Bezançon, Pasteur, Vallery-Radot* i inni twierdzą, że kiła wyjątkowo tylko wywołuje astmę.

Grypa i odczyny skórno-śluzówkowe. (Grippe et réactions cutanéo-muqueuses). L. Lortat-Jacob, Solente.
Prèsse Méd. 1930, № 61.

Zmiany ze strony skóry i błon śluzowych, powstające w przebiegu grypy dzieli autor na 2 grupy: jedne względnie częste, mniej ważne, nie będące w bezpośredniej zależności z samem zakażeniem, drugie rzadsze, trudne do rozpoznania i wytłumaczenia, mogące dać powód do poważnych pomyłek rozpoznawczych. Wyłysienie grypowe, występujące już pod koniec choroby lub po przebyciu grypy może być powodem wielu pomyłek w rozpoznaniu, a rokowanie co do porostu włosów nie powinno być wcale tak korzystne, jak to powszechnie się przypuszcza. Zmiany języka, język „obłożony" jest skutkiem złego złuszczania się powierzchownych warstw nabłonka, co jest następstwem toksycznej impregnacji brodawek błony śluzowej języka. Poty w przebiegu grypy mogą być niekiedy tak silne, że są główną dolegliwością

chorego i mogą powodować powstanie zmian na skórze, potówek (sudamina). W tych przypadkach równocześnie z wybitnem zaatakowaniem systemu wydzielniczego skóry zostaje zaatakowany i system wazomotoryczny. Zdarza się to najczęściej u osobników młodych, silnych. Okresy b. obfitego wydzielania potu poprzedza stan przekrwienia powłok skórnych. Taka congestio w postaci rozlanego na całej skórze prawie jednolitego rumienia, mniej lub bardziej żywego trwa zwykle 24 godzin, poczem przechodzi w okres obfitych potów. Skóra nie łuszczy się. Rokowanie co do przebiegu choroby w tych przypadkach jest dobre. Trwałe zmniejszenie wydzielania gruczołów mlecznych, nadmierne wydzielanie łez i utrata smaku wraz z tachykardją i bólami skóry czaszki i twarzy w przebiegu grypy świadczą o zajęciu systemu nerwowego a zwłaszcza górnego szyjnego węzła sympatycznego. Do rzadkich zaburzeń wazomotorycznych należą wybroczyny, najczęściej na kończynach dolnych w postaci plam, a czasem nawet w postaci pęcherzy, wypełnionych płynem krwawym. Świadczą one o ciężkiej, tak zwanej krwotocznej postaci grypy. Wyżej wymienione objawy są wtórnemi w przebiegu grypy a nie można ich zaliczyć do bezpośrednich skutków zakażenia.

Bezpośrednio zależne od zakażenia są takie, jak opryszczki, w niektórych epidemjach częste, w innych wyjątkowo występujące na twarzy i zewnętrznych częściach płciowych, półpasiec spostrzegany b. rzadko, róża w przebiegu choroby lub po grypie, zmiany ropiejące skóry i zgorzele, zwłaszcza na częściach płciowych. W przebiegu grypy mogą pojawić się na skórze różnego rodzaju rumienie i trudno czasem rozstrzygnąć, czy rumienie te są bezpośrednio zależne od zakażenia grypowego, czy też inne zakażenie skóry ujawniło się skutkiem anergji grypowej tak, jak to się zdarza z różnego rodzaju zakażeniami gardła, migdałków i płuc w przebiegu grypy. Rumienie mogą przybrać postać pokrzywkową, mogą ulec wypryszczeniu (sączące pęcherzyki), mogą występować w postaci wysypki plamistej (roseola), zbliżonej do szkarlatynowej lub, co częściej, do odrowej, lub wreszcie w postaci rumieni obrączkowych. Wszystkim tym zmianom rumieniowym w przebiegu grypy towarzyszy w okresie ich cofania się łuszczenie. Ich patogeneza nie jest wyjaśniona i można tylko tworzyć przypuszczenia co do ich charakteru infekcyjnego, toksycznego anafilaktycznego i t. p. Grypa „obrzękowa", której 45 przypadków opisał *Clerc*, atakowała prawie wyłącznie organizmy młode. Obrzęki były symetryczne, twarde, anemiczne, krótkotrwałe, zwykle na kończynach dolnych, towarzyszyły im bóle w stawach, ciepłota prawie nie była podniesiona. W wydzielaniu nerek nie było zaburzeń. Duże trudności rozpoznawcze nasuwa niekiedy wyłysienie pogrypowe. Jak zwykle po dłuższym okresie gorączkowym (ponad 39.5°) pojawia się w 60—80 dni rozlane niezupełne wyłysienie głowy w okolicy skroni i na jej szczycie. W tej postaci wyłysienie nie nasuwa żadnych trudności rozpoznawczych. Zdarza się jednak, że włosy wypadają po grypie w pewnych tylko miejscach, tworząc łysinki o średnicy ½ do 1 centymetra o niewyraźnych granicach — i wtedy wyłysienie to przypomina drugorzędne zmiany kiłowe. O ile miejsca wyłysiałe będą większe, będą przypominały alopecia areata. Wyłysienia po grypie, jak wszystkie po chorobach gorączkowych, mają dobre rokowanie. Włosy zwykle odrastają. Pamiętać jednak należy, że bardzo powszechny stan łojotokowy owłosionej skóry głowy, do czasu niejako utajony — może ulec po grypie gwałtownemu zaostrzeniu, stąd bardzo często tendencja do trwałego łysienia po przebytej grypie. Nie wystarczy w tych przypadkach zwykłe zmywanie głowy, należy stosować inne leczenie, począwszy od drażnienia skóry przez pocieranie pół-twardą szczotką tak, jak to poleca *Sabouraud*, aż do innych środków zwykle w łojotoku używanych.

Dr. Zofja Jastrzębska.

Redaktor odpowiedzialny: *Doc. Dr. A. Wojciechowski*
Wydawca: Spółka Wydawnicza „Wiedza Lekarska".
Adres redakcji i administracji Warszawa, Kaliska 9. Tel. 420-90.
Prenumerata z przesyłką rocznie zł. 8, kwartalnie zł. 2. Konto P. K. O. 15.785.

Ogłoszenia:

zewnętrzna strona okładki	zł. 450.—	250.—	135.—
bezpośrednio przed tekstem	„ 350.—	200.—	120.—
2-ga i 3-cia strona okładki	„ 350.—	200.—	120.—
pozostałe	„ 300.—	170.—	95.—

ZAKŁ. GRAF. PRAC. DRUK., WARSZAWA, NOWY-ŚWIAT 54, TEL.: 615-56 I 242-40.

ROK V WARSZAWA 1931 LUTY ZESZYT II

WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY PRZEGLĄDOWI FRANCUSKIEGO PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO I POTRZEBOM LEKARZA PRAKTYKA

REVUE MENSUELLE CONSACRÉE À LA LITTERATURE MEDICALE FRANÇAISE ET AUX BESOINS DU PRATICIEN

pod redakcją Doc. Dr. Wojciechowskiego

PRACE ORYGINALNE

PROFESOR DR. H. SAHLI (Bern).

Chemoterapeutyczne leczenie duru brzusznego zapomocą jodobismutanu chininy (Quinby).

Od roku 1924, to jest od lat 6-ciu, wszystkie przypadki duru brzusznego w klinice chorób wewnetrznych w Bernie leczono „chemoterapeutycznie" zapomocą jodobismutanu chininy (Quinby). Wyjątek stanowiły bardzo lekkie przypadki, w których tego środka nie stosowano. Jak się zdaje, wyniki tego leczenia były b. pomyślne i dlatego, tak ze stanowiska dobra chorego jak i lekarza praktyka chcę je tutaj omówić.

Pobieżnie tylko wspomnę o sposobie leczenia duru brzusznego, tak zwanym „objawowym", stosowanym w mojej klinice do czasu wprowadzenia leczenia chemoterapeutycznego, a następnie z nim kombinowanym. Zazwyczaj określenie „leczenie objawowe" łatwo prowadzi do powstawania mylnychpojęć. Nie oznacza ono jednak zwalczania bez wyboru i naoślep objawów, podmiotowo dolegających chorym, lecz dążenie do zwalczenia tych objawów i następstw choroby, które w schorzeniach, przeciw którym leczenia swoistego jeszcze nie posiadamy, mogą szkodzić choremu również objektywnie i wystawiać go na niebezpieczeństwo wskutek występowania błędnego koła objawów (Circulus vitiosus).

Łagodzenie subjektywnych dolegliwości, o jakiem się, przy słowie „leczenie objawowe" myśli — stanowi tylko jedną stronę tego leczenia. Dlatego też staram się unikać wyrażenia „leczenie objawowe" i przeciwstawić leczeniu swoistemu pojęcie i zadania leczenia fizjologicznego, czyli niespecyficznego. Rozumie się samo przez się, że leczenie swoiste bez nieswoistego obejść się nie może, gdyż to pierwsze nie może spełnić wszystkich zadań lecznictwa.

Nieswoiste leczenie duru brzusznego.

Jednem z pierwszych zadań nieswoistego leczenia duru brzusznego jest przedewszystkiem

i wbrew temu, co niektórzy nowsi autorzy przeciwko temu mówią, zastosowanie diety płynnej, której konieczność i pożytek nie wymagają szczegółowszego uzasadnienia wobec tak ciężkiego ze stanowiska anatomicznego schorzenia jelit i niemniej ciężkich zaburzeń czynnościowych trawiennych. Potrzebę takiej diety dowodzą chociażby częste nawroty, występujące z chwilą zbyt wczesnego podawania chorym pokarmów stałych. W celu zapobiegania takim nawrotom zalecamy płynną dietę co najmniej jeszcze w ciągu 8 dni po ustąpieniu gorączki. Przy dobrej tolerancji w stosunku do mleka, płynna dieta może dostarczyć choremu dostateczną ilość kaloryj.

Należy jednak pamiętać, że ulubiony przy płynnej diecie kleik owsiany — posiada niezmiernie mało kaloryj. Nie wie o tem nietylko ogół chorych, lecz często i lekarze. Gęsta, wskutek pęcznienia, konsystencja kleiku owsianego, zarówno jak i innych zup kleikowych pod tym względem jest bardzo zwodnicza.

W przypadkach, kiedy dodanie mleka zwiększa rozwolnienie, co się zdarza dosyć często (niedostateczne zużytkowanie cukru mlecznego wskutek braku odpowiedniej ilości zaczynów w soku jelitowym, dzięki którym cukier mleczny jest normalnie zamieniany na glukozę i galaktozę) — może się okazać pożyteczne stosowanie preparatów kwaśnego mleka. W nich bowiem cukier mleczny został już częściowo przeistoczony w kwas mleczny.

Dzięki zawartości kwasu mlecznego, zastępującego w pewnej mierze kwas solny, pobudzana zostaje peptonizująca czynność żołądka, bardzo pożądana wobec niedostatecznego wydzielania kwasu solnego co bywa często w przebiegu duru brzusznego. Z drugiej strony, wprowadzony masowo z mlekiem kwaśnem — kwas mleczny — przeciwdziała alkalicznej fermentacji zawartości jelit. Zmniejszenie się ilości indykanu w moczu dostarcza często bezpośredniego dowodu wpływu mleka kwaśnego w tym kierunku.

Zastosowanie różnych rodzai kwaśnego mleka w zależności od ich stopnia kwasowości — jest bardzo często dogodnym środkiem uregulowania stolca. Mocno kwaśne rodzaje działają raczej wstrzymująco, podczas kiedy słabo kwaśne działają rozwalniająco. Jednakże podawanie tyfusowym chorym kwaśnego mleka dla podtrzymania odżywiania ma o tyle wartość, o ile personel pielęgniarski jest z przeprowadzaniem takiego leczenia dobrze obeznany. Są chorzy, którzy mają wstręt do kwaśnego mleka i odmawiają przyjmowania tego posiłku. Im więcej jednak personel pielęgniarski, dla którego ten sposób odżywiania zwiększa pracę, umie, w podawaniu chorym kwaśnego mleka, dostosować się (co do stopnia kwasowości tego pokarmu) do gustu chorych, tem rzadziej spotykamy opór w przyjmowaniu tego pokarmu.

Przy dostatecznej staranności i odpowiedniem normowaniu czasu i temperatury przy fermentacji kwaśnego mleka można takiem leczeniem kierować z łatwością. To samo spostrzegamy również, podając kwaśne mleko w schorzeniach na tle niedokwaśności żołądka, specjalnie zaś w niedokrewności złośliwej (anaemia perniciosa), gdzie ten rodzaj pożywienia stosujemy bardzo często.

Rodzaje kwaśnego mleka.

Rozmaite rodzaje kwaśnego mleka (zwykłe kwaśne mleko, joghurt, kefir), można wytwarzać z mleka, nie używając fermentów drobnoustrojowych, będących w handlu. W systematycznych badaniach bakterjologicznych, których niestety nigdy nie zdążyłem ogłosić i które dlatego w interesie praktyków chciałbym tu pokrótce streścić, wykazałem, jak błędną jest rozpowszechniona ogólnie legenda, jakoby różne postacie kwaśnego mleka polegały na odmiennych specyficznych fermentach drobnoustrojowych, które w celu sporządzenia kefiru lub joghurtu trzeba nabyć i w sztuczny sposób do mleka dodać. Ziarna kefirowe, tabletki joghurtowe i t. d. są dla sporządzenia tych preparatów zbędne; albowiem każde surowe mleko zawiera nietylko na Kaukazie drobnoustroje potrzebne dla powstania kefiru i nietylko w Egipcie i Bułgarji drobnoustroje potrzebne dla sporządzenia joghurtu. Wiadomo, że w surowem mleku znajdują się powszechnie znane streptokokki kwasu mlecznego, następnie długie pałeczki z typu bacillus subtilis (prątka siennego), które działają na białko w sposób peptonizujący, i oprócz tego drożdże wytwarzające z cukru mlecznego przy symbjotycznem współdziałaniu innych drobnoustrojów kwas mleczny i węglowy.

W ziarnach kefirowych i tabletkach joghurtowych, będących do nabycia w handlu, nie znajdziemy nic innego jak tylko te zwyczajne drobnoustroje. Osławiona „dispora caucasica", którą się reklamuje jako charakterystyczną cechę ziaren kefirowych i jako właściwy ferment kefirowy, składa się właśnie z owych wszędzie istniejących długich laseczek z grupy prątka siennego.

Jak wyżej wyjaśniłem, ta symbioza drobnoustrojów istnieje w surowem mleku wogóle i działa zatem we wszystkich trzech rodzajach kwaśnego mleka aczkolwiek w ilościowo różnych stosunkach. W celu wytworzenia tych trzech rodzai kwaśnego mleka nie potrzeba zatem dodawać żadnych fermentów, będących do nabycia w handlu, wystarczy pozostawić surowe mleko, aby skwaśniało samo. Czy w ten sposób powstanie zwykłe kwaśne mleko, joghurt lub kefir zależy wyłącznie od warunków zewnętrznych, w jakich będzie sie odbywać fermentacja (czas trwania fermentacji z jednej strony i dostęp powietrza, względnie brak dostępu powietrza z drugiej strony).

Jeżeli fermentacja będzie się odbywać przy zamknięciu dostępu dla powietrza w zamkniętych butelkach od piwa anaerobiotycznie (tylko przy współudziale beztlenowców) wówczas drożdże mogą się rozmnożyć do tego stopnia, że powstanie, przy obfitem wytwarzaniu się kwasu węglowego, kefir, jako silnie musujący napój. Należy przytem przez dłuższe przechowanie ułatwić wzbogacenie napoju w drożdże.

Zwykła fermentacja kwaśnego mleka i t. zw. fermentacja joghurtowa są — w przeciwstawieniu do tamtej — fermentacjami aerobiotycznemi w otwartych naczyniach, przyczem wytwarza się mało kwasu węglowego. Fermentacja joghurtowa różni się właściwie od zwykłej fermentacji kwaśnego mleka tylko tem, że prowadzi się ją tylko do chwili słabego skwaszenia względnie do chwili zsiadnięcia i dlatego niektórzy chorzy wolą właśnie ten preparat ze względu na smak, używając go z cukrem.

Przy sporządzeniu kefiru należy się szczególnie wystrzegać wywołania fermentacji przez bacillus butyricus (prątek kwasu masłowego), który nadaje mleku nieprzyjemny smak oraz woń kwasu masłowego i czyni mleko niezdrowem. W takim wypadku—łatwo stwierdzalnym po woni i nadmiernem ciśnieniu gazu — należy taką butelkę usunąć i w czystej butelce rozpocząć nową fermentację surowego mleka. Fermentacja taka winna się oczywiście zawsze zacząć w surowem mleku, które się pozostawia w odpowiednich, wyżej wymienionych warunkach. Z chwilą, gdy bakterje fermentacyjne nagromadziły się już, można fermentację kontynuować, dodając do jakiejś reszty gotowego preparatu mleko gotowane i ostudzone.

Fermentacja powinna się naogół odbywać w temperaturze pokojowej, w czasach upałów natomiast w miejscu chłodnem, przyczem należy stale badać smakiem stopień osiągniętej fermentacji. Przy wytwarzaniu kefiru należy butelki napełnione i szczelnie zamknięte ułożyć poziomo i często wstrząsać.

Mało korzystnem wydaje mi się podawanie fermentów drobnoustrojowych jako takich — jako lekarstw, co ze strony fabryk jest reklamowane zarówno u publiczności, jak i u lekarzy. Albowiem odnośne drobnoustroje znajdują się i tak zawsze w żołądku i w jelitach, jako wszędzie obecne, nie mogą się jednak rozwijać, pokąd w jelitach brak odpowiedniego podłoża fermentacyjnego, a mianowicie mleka. Najpewniejszą rzeczą jest wobec tego, dla osiągnięcia zamierzonego celu chemicznego — kazać przyjmować pacjentom jako pożywienie podłoże znajdujące się już w odpowiedniej fermentacji, t. zn. właśnie jeden z wymienionych rodzajów kwaśnego mleka, przyczem należy co do stopnia kwaśności w szerokiej mierze kierować się smakiem pacjentów, oraz tem, jak dane mleko jest znoszone.

Poza regulowaniem diety każdy chory otrzymuje codzień 15-minutową całkowitą kąpiel. Niezależnie od wymagań czystości, która właśnie w tyfusie, wobec niebezpieczeństwa zakażenia i tworzenia się odleżyn, jest niesłychanie ważną, kąpiele te stosowane są raczej w celu odświeżenia chorego, niż w celu obniżenia temperatury, tembardziej, że obniżenie otrzymuje się znacznie skuteczniej i lepiej przez stosowanie koców, niż kąpieli.

Chodzi tu nie o kąpiele zimne, lecz o tak zwane obojętne, np. 35°, które powodują u gorączkujących lekkie obniżenie temperatury. Często stosujemy kąpiel o temperaturze o jakieś 5 stopni niższej od ciepłoty ciała chorego. Co się tyczy temperatury kąpieli — można tu uwzględnić najdalej idące życzenia chorego, dobierając temperaturę, przyjemną dla chorego. Często zresztą spostrzegaliśmy przy tem, że wybitnie gorące kąpiele (37° — 40°) — wymagane przez samych chorych, wywierają wpływ następczy, wyraźnie przeciwgorączkowy; widocznie dzieje się to wskutek rozszerzającego działania gorąca na powierzchnię skóry i wzmożonego przez to wydzielania cieplika. Działanie to jest często silniejsze znacznie od działania ochładzających, lub wręcz chłodnych kąpieli i koców. W tych razach jednak, aby przekonać się o działaniu gorącej kąpieli, należy mierzyć temperaturę dopiero w godzinę po kąpieli. W ostatnich czasach, ze względu na silniejsze ich działanie na nerwy skóry — znalazły zastosowanie kąpiele kwasowęglowe.

Z pośród środków leczniczych, najczęściej stosowane są w durze brzusznym, szczególniej przy silnych biegunkach; bismutum subnitricum, środek, który dawał mi dobre wyniki, dalej tanina i węgiel adsorbowany. Ponadto, przy silnej gorączce, okazują się pożytecznymi łagodne środki przeciw gorączkowe. Co do wskazań w tym kierunku, miarodajny był dla mnie mój pogląd teoretyczny na gorączkę, który przedstawiłem w mojej poprzedniej pracy o istocie gorączki, jej pożytku i szkodliwości.

Według mojego zdania i wbrew zapatrywaniom klasycznym gorączka nie jest niczem innem, jak wzmożoną przemianą materji, przy której ustrój, wskutek wyczerpania możności oddawania cieplika nie jest w stanie pozbyć się jego nadmiaru. Gorączka więc nie posiada sama w sobie teleologicznego znaczenia. Wykazałem raczej, że lekka gorączka, podług zasady *van t'Hoffa*, działa korzystnie, gdyż podtrzymuje w tym wypadku, przeważający chemizm zbawienny (leczniczy), wysoka gorączka natomiast działa szkodliwie przez występujący przy wysokiej temperaturze chemizm toksyczny. Dlatego też wyższe ponad 38,5° temperatury powinny być zwalczane. Obok chininy w dawkach po 0,2 do 0,3 trzy razy dziennie, stosujemy jako środek przeciwgorączkowy w tyfusie przeważnie piramidon. W celu możności stopniowania dawek stosownie do wyniku, in refracta dosi, najdogodniej w postaci mikstury z 1 — 2,0 na 200 cc. wody i (przy mierzeniu temperatury co 2 godziny), podawanej co dwie godziny po 20 cc. aż do osiągnięcia pożądanego wyniku. Jeżeli ciepłota spadnie do 38 lub 38,5, przerywa się podawanie leku aż do ponownego podniesienia się gorączki. W ten sposób unika się gwałtownych spadków, a następnie gwałtownych i niepożądanych wzniesień. Chorzy czują się przy tem łagodnem postępowaniu przeważnie lepiej aniżeli bez antypirezy; widzimy w tem potwierdzenie tego, że postępowanie takie jest pożyteczne i odpowiada mojej teorji o antypirezie (por. wyżej).

Antypireza jest obok leczenia hydroterapeutycznego także najlepszym środkiem, uspokajającym dla chorych durowych, zwłaszcza podnieconych. Inne środki uspokajające są rzadko potrzebne. Antypireza wpływa często także korzystnie na stan durowaty (status typhosus). Jest rzeczą oczywistą, że w cięższych przypadkach przy obniżającej się jakości tętna i oddechu stosujemy wydajnie środki nasercowe, naczynioruchowe i oddechowe, głównie kofeinę, kamforę, naparstnicę, hekseton, koraminę, kardiazol i t. p. Większość chorych na tyfus otrzymuje także wino w małej ilości. Wino działa w pierwszym rzędzie przez rozszerzenie naczyń skórnych może nieco antypiretycznie, a pozatem wzmacniająco i odżywczo. Gdy niema dostatecznej możliwości doprowadzenia płynu per os, w razie krwotoków jelitowych i w stanach zapaściowych stosujemy często wlewania podskórne rozczynu Ringera z dodaniem adrenaliny lub bez tejże. Przy krwawieniach z jelit wzbraniamy wszelkie odżywianie per os, zastępując je doprowadzaniem płynów przez wlewania rozczynu Ringera,

oraz podajemy nieco opjum. W razie zaparć stosujemy przeważnie lawatywy, rzadzie olej rącznikowy. Nigdy nie zauważyliśmy przy tych ostatnio wymienionych środkach ujemnych skutków, których się dawniej obawiano. Odleżyny rozpoczynające się lub istniejące powinny być oczywiście starannie leczone. Przy przedziurawieniu jelit—o ile wogóle w durze wobec i tak ciężkich objawów jelitowych takie samo przez się trudne rozpoznanie daje się ustalić — należy jaknajwcześniej uciec się do zabiegu chirurgicznego.

Swoiste (chemoterapeutyczne) leczenie duru.

Jakkolwiek pożyteczne może być niespecyficzne leczenie, nie da się zaprzeczyć, że w ten sposób nie wszystkie żądania lecznictwa mogą być spełnione i że należało dążyć do zniszczenia zła u jego podstawy i zwalczać samą infekcję tyfusową. Wprawdzie w tym kierunku robiono już dawniej poszukiwania, lecz jak dotąd, bez zadawalniających wyników.

Stosowanie surowic okazało się iluzoryczne. Leczenie szczepionkami z zabitych hodowli durowych, jak to zalecał *Fränkel* i co sam stosowałem, okazało się wskutek swej obosieczności również nieodpowiednie. Bezskuteczne również jest leczenie podług *Rumpfa* zapomocą zabitych hodowli prątka błękitnej ropy, które stanowi przejście do t. zw. niespecyficznej proteinoterapji. I ta ostatnia nie jest polecenia godna, gdyż tyleż szkody, co korzyści przynosi i nie odpowiada wymaganiom nauki.

Metoda ta leczenia ma charakter obosieczny, liczący na szczęśliwy traf. Dlatego też od 5 lat starałem się leczyć dur zapomocą chemoterapji i w tym celu, jak już wzmiankowałem, używałem *Jodobismutan chininy* (Quinby), w stosowaniu którego posiadłem szerokie doświadczenie używając go w leczeniu kiły. Wybór tego leku oparty jest poprostu na dowiedzionem antyseptycznem działaniu oligodynamicznem bismutu przy stosunkowo słabej jego jadowitości. Chcę tu powiedzieć kilka słów o antyseptycznem działaniu tego metalu. Preparaty bismutowe są znane jako antyseptyki w postaci proszków (dermatol xeroform, airol) i mają dzisiaj wielkie zastosowanie. Punktem wyjściowym w stosowaniu wszystkich tych preparatów było pierwotne stosowanie bismutum subnitricum jako antyseptyku w postaci proszku. *Kocher* stosował go zamiast jodoformu jako proszek do posypywania, szczególniej zaś w postaci papki (uprzednio zmieszanej z wodą, a później obsuszonej papki bismutowej), którą pokrywał świeże rany po operacji. Taki sposób leczenia okazał się wyśmienitym. Dzisiaj stosuje się bismutum subnitricum jako zasypka antyseptyczna jeszcze tylko przeważnie w świeżych oparzeniach. Te zastosowania bismutum subnitricum w chirurgji są szczególnie ciekawe, gdyż tutaj w przeciwieństwie do poprzednio wymienionych środków (xeroformu, dermatolu, airolu), żadne inne składniki poza bismutem nie mogą odgrywać żadnej roli. Bismut rozwija przy prawie zupełnej swej nierozpuszczalności widocznie tak zw. oligodynamiczne trwałe działanie. *W. Lanz*, uczeń *Kocher'a* stosował bismutum subnitricum w postaci pałeczek w leczeniu przetok w gruźlicy kostnej, lub też w postaci wstrzykiwań śródmięśniowych, w pobliżu ognisk gruźliczych, a nawet (również w postaci śródmięśniowych wstrzyknięć) zalecał bismut w leczeniu ogólnem gruźlicy płucnej. Przedwczesna śmierć nie pozwoliła mu poprzeć tej ostatniej metody leczenia własnem doświadczeniem. Najbardziej znane jest jednak stosowanie bismutum subnitricum do wewnątrz w chorobach jelitowo-żołądkowych. Działanie to przypisywały stare farmakologje pokrywającemu wpływowi nierozpuszczalnego lub słabo rozpuszczalnego proszku, przypuszczenie może być słuszne w owrzodzeniu żołądka, natomiast biorąc pod uwagę słabe, a jednak skuteczne dawki, daje się z trudem zastosować do wytłumaczenia działania przeciwbiegunkowego.

To ostatnie działanie chciano przypisać zdolności wiązania siarkowodoru, co jednak wobec małej zawartości siarkowodoru w jelitach gra bardzo małą rolę. Pozatem przypisuje się jeszcze przeciwbiegunkowe działanie, bez specjalnego na to dowodu, również właściwości ściągającej, co jednak jest mało prawdopodobne wobec prawie zupełnej nierozpuszczalności tego preparatu. Osobiście jestem zdania, opierając się na wynikach stosowania bismutu w chirurgji, że działanie przeciwbiegunkowe polega na miejscowem działaniu odkażającem i przeciwjadowem. Tu również wspomnieć należy o stosowaniu bismutum subnitricum w miejscowem leczeniu rzeżączki. Świetne wyniki leczenia zapomocą podawania bismutu do wewnątrz w zaburzeniach jelitowych, a zwłaszcza w biegunkach durowych, kazały mi przypuszczać, że działanie jego skierowane jest specjalnie przeciwko bakterjom jelitowym, a więc i przeciwko bakterjom grupy prątka okrężnicy i prątka durowego. Nadzieja, że próby leczenia chemoterapeutycznego bismutem w durze mogły rokować powodzenie znajdowała oparcie w przypuszczeniu, że działanie tak słabo rozpuszczalnego preparatu musi być oligodynamiczne i może również drogą krwiobiegu będzie miało dostateczne znaczenie. I to tembardziej, że i w leczeniu przeciwkiłowem, którego naśladownictwem jest leczenie duru zapomocą bismutu, najwidoczniej już małe jego ilości przenikające w krew wywołują niewątpliwy wpływ. Przytem można było przypuszczać, że właśnie takie, jak w leczeniu kiły stosowane tworzenie zapasów (Depots) środka leczniczego okaże się pomocne i odpowiednie wskutek swej łagodności i długotrwałości działania, szczególnie w tak długo trwającej chorobie, jak dur brzuszny. Przyznaję, że wobec niepewnego charakteru tego zupełnie przypadkowego rozumowania, które mnie pobudziło do badań nad leczeniem zapomocą Quinby — byłem właściwie mile zaskoczony, kiedy pomyślne, często świetne wyniki terapeutycznych doświadczeń zdawały się wskazywać na swoiste działanie tego preparatu. W obecnym stanie swych doświadczeń i spostrzeżeń, czuję się zobowiązany podać do wiadomości kolegów wyniki mych badań i polecić zastosowanie śródmięśniowych wstrzykiwań Quinby w durze. Mogę to zrobić z tem czystszem sumieniem, że leczenie to uskuteczniane według ustalonych przeze mnie dla kiły prawideł, zupełnie jest nieszkodliwe, niezwiązane z żadnemi technicznemi trudnościami i zarówno choremu, jak i lekarzowi nie przysparza żadnych nieprzyjemności. Jedyne pewne, spostrzegane w leczeniu kiły, działania uboczne bismutu są to z jednej strony znane popielate zabarwienia dziąseł i błon śluzowych jamy ustnej, czasami wreszcie nasilające się aż do podrażnienia zapalnego — z drugiej strony, podrażnienie nerek. Objawy te jednak nie są nigdy niebezpieczne, jak to wiemy z lecznictwa kiłowego, a co potwierdza leczenie duru zapomocą bismutu, przy rozumnem dawkowaniu i ścisłej obserwacji chorego, która umożliwia odpowiednie dawkowanie, należy tylko przy pierwszych objawach, omawianych działań ubocznych zaprzestać podawania tego środka. W 37 przypadkach duru leczonego zapomocą Quinby nie mieliśmy ani razu przykrego powikłania.

Z pośród licznych związków bismutowych przeciwkiłowych, będących w użyciu, wybrałem złożone połączenie chininy i bismutu, znane pod nazwą *Quinby*, albo jodchinin-bismutu. Syfilidolodzy uważają ten środek jako szczególnie łagodny i pozbawiony działań ubocznych. Preparat ten (laboratorjum *Aubry*, Paryż), znajduje się w handlu w postaci zawiesiny oleistej (obecnie i w roztworze wodnym — Quinby soluble), koloru cynobru, w ampułkach, zawierających 0,3 gr. substancji w 3 cc. emulsji. Stanowi to dla dorosłych zwykłą jednorazową dawkę, którą naturalnie dla dzieci zmniejsza się i przelicza w stosunku do przybliżonej wagi ciała. Wzór tego preparatu, nie będącego mieszaniną, lecz prawdziwem połączeniem — jest podług kodeksu *Gehe'go* następujący:

$$(Bi\,J_3)_8\,(C_{20}\,H_{24}\,N_2\,O_2\,HJ)_2.$$

Wychodząc z tego wzoru i obliczając podług ciężarów atomowych określamy zawartość metalicznego bismutu około 30%, około 51% jodu i około 19% chininy. Wyżej wspomniane, odpowiadające jednej dawce, ampułki zawierają więc około 0,09 bismutu, około 0,15 jodu i około 0,05 chininy. Ta ostatnia cyfra jest ciekawa dlatego, że jak z niej wynika, spostrzegany po wstrzyknięciu spadek temperatury, który zresztą zwykle trwa kilka dni, a czasem znamionuje zakończenie sprawy, nie może być przypisywany zwykłemu działaniu przeciwgorączkowemu chininy. Ponieważ dzięki stosowaniu Quinby w kile jesteśmy z tym preparatem i jego dawkowaniem doskonale obznajmieni — leczenie tyfusu zostało przeprowadzone ściśle według schematu leczenia przeciwkiłowego. Wstrzykiwano co 2 dni, na trzeci; w cięższych przypadkach, czasem przejściowo z przerwą tylko jednodniową, 1 ampułkę, czyli 3 cc. Quinby; u dzieci, stosownie do przybliżonej wagi ciała ½ lub ⅓ część ampułki, śródmięśniowo w okolicę pośladków. Wstrzyknięcia te są zupełnie bezbolesne.

Ponieważ chodzi tu o wytworzenia zapasu leku (depôt) ze stopniowem wchłanianiem środka — schemat powyższy jest zupełnie dopuszczalny. Prowadzi on bowiem do stopniowego nasycania ustroju z pominięciem ostrego zadziałania środka. Przeważnie nie przekraczaliśmy 6—8 wstrzykiwań, gdyż do tego czasu chorzy najczęściej czuli się tak dobrze, że można było zaprzestać kuracji. Tylko w jednym przypadku zrobiono 10 wstrzykiwań, w niektórych przypadkach 1—2, wówczas mianowicie, kiedy dzięki nim choroba została przerwaną. Doświadczenie osiągnięte w leczeniu kiły, wykazuje, że w razie potrzeby, można ten preparat wstrzykiwać częściej, przy pilnej kontroli stanu dziąseł i nerek. Szare zabarwienie dziąseł zauważyliśmy w 37 przypadkach tylko dwa razy, a i to bez podrażnienia całej jamy ustnej. Podrażnienia nerek nie spostrzegaliśmy nigdy, mimo że i przed leczeniem małe ilości białka były znajdywane w moczu. Ilość białka nigdy nie ulegała zwiększeniu, nawet w przypadku, w którym musieliśmy rozpoznać poprzednio istniejące zapalenie nerek. Naturalnie przy leczeniu kiły spotyka się te uboczne działania częściej, gdyż leczenie tam trwa znacznie dłużej niż w durze. Zresztą uchodzi Quinby w leczeniu kiły pod względem działań ubocznych za jeden z nieszkodliwszych środków, zapewne dzięki stosunkowo małej zawartości bismutu. Oczywiście, z chwilą wystąpienia wspomnianych działań ubocznych — należy przerwać niezwłocznie stosowanie środka. Postępując w ten sposób możemy się niczego nie obawiać. Ponieważ zapomocą Quinby osiągnęliśmy tak doskonałe wyniki, nie mieliśmy powodu badania innych preparatów bismutu i nie zalecałbym na razie takiej zamiany preparatów w doświadczeniach. Jedno bowiem z najważniejszych prawideł terapji lekowej stanowi trzymanie się znanych doskonale i wypróbowanych środków i niezastępowanie ich niepotrzebnie, zasada, przeciw której, niestety, wiele się wciąż grzeszy, z wielką szkodą dla chorych, wskutek polipragmazji spowodowanej przez dzisiejszy rozwój przemysłu farmaceutyczno-chemicznego.

Innym jeszcze powodem, do nieporzucania i niezmieniania Quinby jest przypuszczenie, że aczkolwiek w działaniu tego środka tak samo mało uwidacznia się działanie chininy, jak i jodu, to jednak może właśnie ten swoiście złożony skład chemiczny tego preparatu stanowi o jego działaniu dodatniem.

Nie wydaje mi się również wskazane forsowanie działania leku przez powiększenie dawek, gdyż powinniśmy dobrze zapamiętać, że również i przy leczeniu swoistem niczego „wymusić“ nie jesteśmy w stanie. Lekarz jest — o czem często się zapomina — nie „magistrem“, lecz „ministrem“ natury i niema takiego środka, któryby pomagał *zawsze*, a wysokie dawki często nie sa skuteczniejsze od słabszych.

Leczenie zapomocą Quinby zostało wprowadzone w mojej klinice w roku 1924 i od tego czasu, wobec rzadko u nas spostrzeganego duru brzusznego, leczyliśmy tym środkiem tylko 37 przypadków. Jeżeli idę tu za radą Horacjusza — nie dosłownie, lecz tylko połowicznie „nonum prematur in annum“ — nie można mi przecież postawić zarzutu zbyt pośpiesznego doniesienia, tembardziej, że jest bardzo pożądane, aby i inni wypróbowali ten sposób leczenia, który mi się wydał korzystnym i nieszkodliwym.

Powtarzam, że obok leczenia zapomocą Quinby, zwykle u nas stosowane i dawniej jedyne leczenie nieswoiste, które scharakteryzowałem wyżej, pominiętem być nie powinno, gdyż odpowiada ono specjalnym wskazaniom. Niespecyficzne leczenie było stosowane obok specyficznego. Jeżeli to ostatnie wogóle ma jakąś wartość, jak to sądzę o leczeniu zapomocą Quinby, to korzyści jego muszą być widoczne, pomimo połączenia z leczeniem nieswoistem i byłoby zupełnym absurdem, aby dążąc do tak zw. „czystości doświadczenia“ przy jakiemś leczeniu swoistem, zaniechać np. stosowania środków nasercowych, gdy zajdzie po temu potrzeba. Właśnie w ten sposób doświadczenie nie byłoby prawidłowe, gdyż ciężko chory stałby się wtedy niczego niedowodzącym, nieprzydatnym dla swoistego leczenia objektem. Naodwrót, aby nie zaciemniać sądu co do przebiegu krzywej temperatury, we wszystkich przypadkach należy wyrzec się stosowania środków przeciwgoraczkowych. Gdzie w drodze wyjątku i to tylko przejściowo podawano trochę piramidonu — nie wykazał on na przebieg choroby żadnego wpływu, mogącego mylić co do działania Quinby. Za wyjątkiem krzywej przypadku 18-ego wszystkie krzywe pochodzą z przypadków, gdzie nie stosowano środków przeciwgoraczkowych, a nawet i w przypadku 18 krzywa nie była przez Piramidon poważnie zmienioną.

Co do działania leczniczego Quinby, to naturalnie, jak we wszelkich kwestjach terapeutycznych, niełatwo jest wydać zupełnie pewny sąd. Naogół wrażenie było bardzo korzystne, szczególnie w przypadkach, gdzie środek został wcześnie zastosowany. Przypadki takie już po kilku wstrzyknięciach wykazywały stałe ustąpienie gorączki. Chociaż statystyka lecznicza w zwykłem tego słowa znaczeniu, opierająca się na porównaniu śmiertelności, zarówno jak na ciężkości przebiegu i okresie trwania choroby w przypadkach leczonych i nieleczonych, niezawsze pozwala na porównanie bezwzględnie prawidłowe (ze względu na przeważnie zbyt małą liczbę takich leczniczych serji doświadczalnych oraz przypadkowe zmiany ciężkości przypadków), to jednak na korzystną ocenę wpłynął fakt, że o ile leczone przez nas zapomocą Quinby przypadki dały się dla osądzenia tej terapji zużytkować — wykazały one uderzająco mniejszą śmiertelność. Z 37 przypadków, leczonych zapomocą Quinby — umarło tylko 3. Ale dwaj chorzy z pośród nich byli przywiezieni w bardzo ciężkim stanie, w agonji do kliniki, tak że wogóle nie nadawali się do krytycznej oceny, gdyż im nawet ewentualnie dobry wpływ leczenia Quinby już niby nie pomógł. Jednemu z nich zdążyliśmy wogóle przed śmiercią zrobić tylko jedno wstrzyknięcie (Nr. 28). U drugiego (Nr. 29) — upadek sił (tętno, oddech), był taki, że chociaż zdołaliśmy wykonać parę wstrzyknięć, zgóry można było przewidzieć ich bezskuteczność. Trzeci przypadek śmiertelny nie nadawał się również do opinjowania o działaniu Quinby, gdyż chory ten umarł wskutek ostrego zatrucia kamforą. Otrzymał on naraz wskutek smutnej pomyłki — dzienną dawkę 4 gr. kamfory i zmarł przy typowych objawach zatrucia kamforą w delirjum i klonicznych drgawkach.

Jeżeli odrzucimy przypadek 28 i 12, jako nienadające się do wykorzystania, to z 35 pozostałych przypadków — tylko w jednym nastąpiła śmierć. O ile z tak małej liczby przypadków można wyciągać wnioski, czego w żadnym razie nie twierdzę, to śmiertelność wynosi: 1 : 35 = około 3%. W przeciwstawieniu do tego przegląd historji chorych, którzy od 1916 roku byli leczeni bez Quinby — wykazuje 18 przypadków śmiertelnych na 199, czyli 9,5% śmiertelności. Ponadto, do tych 199 przypadków zaliczone były i bardzo lekkie przypadki, w których przy wprowadzeniu leczenia zapomocą Quinby, właśnie dla łagodnego przebiegu, byłoby (aby uniknąć omyłek w kierunku zbytniego optymizmu), zgóry wyłączone leczenie za pomocą Quinby. W ten sposób śmiertelność przypadków nieleczonych zapomocą Quinby byłaby wskutek zmniejszenia ogólnej liczby przypadków jeszcze nieco większa. Śmiertelność więc w przypadkach, leczonych zapomocą Quinby jest w przeciwstawieniu w każdym razie o wiele mniejsza, szczególniej jeśli weźmiemy pod uwagę ciężkość przypadków poddanych temu leczeniu.

Jednakże, jak powiedziałetm, uważam wartość takiej statystyki ze względu na tak mały materjał statystyczny i wpływ przypadku, zarówno jak i na trudności przy procentowem obliczaniu małych liczb — za bardzo niską. Po zestawieniu naprzykład tej pracy zdarzył się śmiertelny przypadek — przy leczeniu chorego zapomocą Quinby (gdyż najskuteczniejszy lek nie może wszystkich wyleczyć) — co przy tak małej liczbie przypadków stawałoby się zaraz b. niekorzystne dla statystyki śmiertelności. W rzeczywistości przypadek taki zdarzył sie w klinice wkrótce po mojem wystąpieniu z niej. Chory zmarł na zator płuc, pomimo leczenia zapomocą Quinby. O tym przypadku jednak, jak i o innych pomyślnych, leczonych zapomocą Quinby, nie mogę nic powiedzieć, gdyż po wycofaniu się mojem z kierownictwa kliniki nie miałem już sposobności je spostrzegać.

Wspomniana trudność statystycznej krytyki wyników leczniczych wobec małej liczby przypadków ma znaczenie nietylko dla oceny śmiertelności, lecz również dla oceny okresu trwania choroby. Przypadek tu gra rolę zbyt wielką. W durze zresztą krytyka wpływu jakiegoś sposobu leczenia na trwanie choroby jest chociażby dlatego bardzo trudna, że początek choroby nie daje się ściśle określić, i że wogóle czas trwania duru jest nie zawsze jednakowy. Podręczniki zbytnio schematyzują. Są bowiem obok typowych, trwających 4 tygodnie, nie-

tylko przypadki, które bez stosowania jakiegokolwiek leczenia mają przebieg krótszy, niemal poronny, lecz i takie, których przebieg, bez żadnych specjalnych powikłań, przedłuża się dwa, lub trzykrotnie ponad czas podany w podręcznikach. Dlatego też uważam statystykę trwania duru brzusznego w przypadkach leczonych i nieleczonych za bardzo niepewne kryterjum oceny danego sposobu leczenia.

Aby być w dalszym ciągu łatwiej zrozumiałym, będę te zwykłe i, jak widzimy, mało pożyteczne metody leczniczej statystyki w zwykłem tego słowa znaczeniu, oceniającej wartość wyników ze stanowiska długości trwania choroby, lub śmiertelności — określać, jako wielkostatystyczną metodę. Miałoby to oznaczać, że dla tego sposobu konieczny jest bardzo duży materjał liczbowy, gdyż wtedy, jak przyjmują, i to tylko z częściową słusznością, niweluje się poniekąd przypadkowość. Na tę konieczność zresztą oddawna kładziono nacisk w zestawieniach statystycznych. Ponieważ jeden obserwator nie rozporządza prawie nigdy tak znacznym materjałem, starano się usunąć tę przeszkodę przez łączenie statystyki różnych badaczy, celem jej powiększenia. Jednakże różnorodność materjału i, co zatem idzie, trudności w wydaniu sądu zwiększają się choćby tylko z tego powodu, że każdy badacz ukształtowuje sposób postępowania w zależności od swych poglądów i zapatrywań i to tak co się tyczy głównej terapji, która podlega ocenie, jak i często niemniej ważnego dla wyniku pomocniczego nieswoistego lecznictwa. Co pomoże np. leczenie swoiste, jeżeli pozwolimy choremu umrzeć wskutek osłabienia serca. Wydaje mi się rzeczą ważną, aby raz nareszcie wystąpić z całą ostrością przeciwko tym bezkrytycznie ogłaszanym zbiorowym wielkim statystykom i wykazać ich nieodpowiedniość. Metodę lecznicza nie charakteryzuje jej nazwa, lecz sposób, jej stosowania. Jako dowód tego, że taka statystyka lecznicza nie ma znaczenia, chcę, bez podawania szczegółów, wskazać na pełną sprzeczności statystykę sanatorjów gruźliczych, jak również na zbiorową statystykę, dotyczącą różnych metod leczenia, które dzięki niemożności porównania materjału i niemożności prawidłowego i ścisłego podziału przypadków gruźliczych dla krytycznie nastrojonego badacza nie przedstawia żadnej wartości naukowej, czy to chodzić będzie o działanie klimatu, czy tuberkulin, terapji złotowej lub odmy sztucznej. Ta, tylko co przytoczona, niemożność posiłkowania się wielką statystyką leczniczą (ze względu na porównywanie rzeczy nie dających się porównać), znajduje swój odpowiednik w fakcie, że i dla celów zapobiegawczych wielka statystyka również nie jest odpowiednia. Przypominam przytem, że najpierw, na podstawie wielkiej statystyki, pożytek szczepienia ochronnego przeciwdurowego został bez zastrzeżeń potwierdzony, wówczas, gdy w nowszych czasach przy więcej krytycznem ujęciu statystyki, korzyść ta jest zaprzeczaną. Tak samo kwestja leczniczego znaczenia środków przeciwgorączkowych, względnie, kwestja pożytku lub szkodliwości gorączki z wyżej wymienionych powodów, t. j. wskutek nieporównalności materjału nie mogła być rozstrzygnięta na podstawie wielkiej statystyki i na tej drodze rozstrzygnięta być nie może. Również i sprawa korzystnego działania naparstnicy na sercowo-chorych nie mogła być zapomocą wielkiej statystyki stwierdzona, gdyż i tutaj różnorodność materjału wzrasta wraz z liczbą i zaniedbaniem doboru przypadków i segregacji.

Przy takim stanie rzeczy należy, zwłaszcza dla interesującej nas sprawy, leczenia duru zapomocą Quinby, również, chociaż ogólnikowo, omówić te drogi, jakimi rozporządza klinicysta i lekarz praktyk (wobec zawodności wielkiej statystyki leczniczej), w celu bezspornego rozstrzygania zagadnień leczniczych. Wydaje mi się omówienie w najogólniejszem ujęciu tego zagadnienia wiedzy tembardziej potrzebne, że dotychczas nie było ono prawie poruszane.

Ci, którzy postępu medycyny ciągle jeszcze oczekują od badań nad zwierzętami, co, jak wiadomo, zdarza się tylko w bardzo ograniczonej mierze, powiedzą może poprostu, że chemoterapja, o którą tu chodzi, oparta jest wszak w znacznej mierze na doświadczeniach nad zwierzętami i dlatego należy działanie przeciwdurowe Quinby w pierwszej linji wypróbować na zwierzętach, a dopiero potem stosować u ludzi. Lecz, pomijając to, że te środki, których działanie stwierdzone zostało na zwierzętach, jak np. leczenie surowicami — przy stosowaniu u ludzi zupełnie zawiodły — badanie na zwierzętach zagadnienia leczenia przeciwdurowego jest zupełnie niemożliwe. U zwierząt bowiem doświadczalnych niemożliwe jest wywołanie zapomocą prątków durowych schorzenia odpowiadającego ludzkiemu durowi, a spostrzegamy tylko pewne objawy zatrucia. Jedynie paratyfus daje się jako infekcja przenosić na zwierzęta doświadczalne, lecz i tutaj, powstający obraz choroby jest właściwie obrazem posocznicy i zupełnie nie odpowiada infekcji paratyfusowej, mającej u człowieka przebieg durowy. Dlatego też droga wypróbowania na zwierzętach leku przeciwdurowego, przeznaczonego dla ludzi — jest zupełnie dla nas zamknięta. Nie sądzę również, aby badania in vitro nad reagowaniem hodowli prątków duru i paratyfusu na różne środki zawierające bismut mogłyby przedstawiać dla naszego zagadnienia jakąś korzyść. Zarówno w wypadku pomyślnym jak i niepomyślnym, niczego by one nie dowiodły.

W lecznictwie właśnie obowiązuje hasło: „Hic Rhodus, hic salta". Przy łóżku chorego, a więc klinicznie, należy rozwiązywać zagadnienia lecznicze. Szczególniej zaś w durze brzusznym i durze rzekomym nie ma innej możności wypróbowania jakiejkolwiek metody leczniczej, jak tylko na drodze stosowania jej u chorych ludzi.

Postępowanie, które już nawet na skromnym materjale (gdzie wielka statystyka w zwykłem tego słowa znaczeniu, tj. polegająca na porównaniu śmiertelności i czasu trwania choroby w przypadkach leczonych i nieleczonych, dla wyżej opisanych powodów — zawodzi) — może przecież dać wyjaśnienia i któremu, jako praktycy, zawdzięczamy większą część naszych terapeutycznych wiadomości — polega na tem, że kładziemy nacisk na czas występowania wpływu podlegającego leczniczemu zbadaniu środka i ustalamy w jakim stosunku procentowym przypadków leczonych w takim czasowym związku z lekiem zauważony został wynik dodatni, a w jakim stosunku procentowym korzyść ta zauważyć się nie daje. Metoda ta, jeśli o to chodzi, jest również statystyką — coprawda w zupełnie innem znaczeniu niż zwykła wielka statystyka. Tylko porównywujemy tu nie przypadki leczone i nieleczone, a wykorzystujemy jedynie przypadki leczone zapomocą metody, która ma być zbadaną, i porównujemy procentowo liczbę czasowo z danem leczeniem związanych wyników dodatnich z liczbą ujemnych wyników. Przypadki nieleczone przytem (i to jest ważnym punktem tej metody) — w przeciwstawieniu do zasady wielkiej statystyki — nie bierze się zupełnie pod uwagę i każdy przypadek jest poniekąd traktowany oddzielnie. To postępowanie — w przeciwstawieniu do wielkiej statystyki, która dla wyżej podanych powodów nie daje się zastosować — chcę określić jako małostatystyczne badania leczniczych wyników leczenia. Statystyczność w tej metodyce polega jedynie na procentowem ustaleniu niewątpliwie w związku z leczeniem występujących wyników dodatnich w stosunku do braku tych wyników. Można zatem, dla prostszego określenia rzeczy — mówić o statystyce poszczególnych wyników dodatnich i braku wyników. Można również mówić o wnioskach leczniczych na podstawie spostrzeżeń klinicznych pojedyńczych przypadków. Przypadki te naturalnie osiągają pewne znaczenie, jeśli powtarzają się często i jeżeli i przy tej metodzie materjał obserwacyjny nie jest zbyt mały. Tu jednak wystarcza (i to jest b. znamiennem dla tej metody) w przeciwstawieniu do wielkiej statystyki — stosunkowo niewielka liczba przypadków, jaką lekarz praktyk rozporządza — aby módz wyrobić sobie zdanie osobiste o wartości metody. Tu bowiem współczesność występowania działania z zabiegiem leczniczym nadaje wnioskom szczególną pewność. Ta zasadnicza różnica pomiędzy badaniem wyników w małej statystyce a wielką statystyką niedostatecznie jeszcze przeniknęła do świadomości lekarzy i badaczy i dlatego jest rzeczą ważną zwrócić na to uwagę.

Na możliwości takiego czysto klinicznego badania występowania leczniczego działania polega fakt, że każdy lekarz praktykujący od pierwszego dnia swej praktyki, w miarę wzrastania doświadczenia wyrabia sobie coraz bardziej zdanie o stosowanym przez niego środku i wie, czego od niego spodziewać się może. We wzrastaniu liczby takich przypadków leży wartość tak zwanego praktycznego doświadczenia lekarskiego. Lecz tutaj nie potrzebną jest tak wielka liczba przypadków, jak dla wielkiej statystyki. Chwała Bogu, że tak jest. Bowiem terapja, która opierałaby się jedynie na

wielkiej statystyce, byłaby nietylko czemś bardzo niepewnem, lecz jeszcze do tego czemś w najwyższym stopniu nieciekawem i nie dawałaby żadnego bodźca do postępu. W ten sposób małostatystyczne obserwacje leczniczych wyników są najlepszym środkiem badania. Dzięki temu każdy lekarz może stać się badaczem, przed którym rozjaśnia się ciemnia wielkiej statystyki. Każdy lekarz może np. ustalić działanie naparstnicy już na stosunkowo małej liczbie dobrze wybranych, pod względem djagnostycznym, przypadków. Dzięki temu wartość tego środka utrwaliła się doskonale w świadomości lekarzy. To samo można powiedzieć i o działaniu żelaza w prawdziwej blednicy.

Ta terapeutyczna metoda badawcza opiera się na zasadzie „post hoc ergo propter hoc". Zasada ta bywa wprawdzie często lekceważona i nawet ośmieszana. Jednak zarzuty te są o tyle tylko uzasadnione, o ile stosuje się zasadę tę — jak to często zresztą bywa — bezkrytycznie t. zn. bez względu na możność porównania poszczególnych przypadków i bez dostatecznego uwzględnienia częstości czasowej koincydencji dodatnich wyników i stosowania danego środka oraz bez dostatecznego uwzględnienia należytej dokładności koincydencyj w czasie. Jak użytecznem natomiast jest właściwe zastosowanie zasady „post hoc ergo propter hoc" wynika z tego, że od najdawniejszych czasów te wiadomości terapeutyczne, które są pewne, opierają się właśnie prawie wyłącznie na tej zasadzie.

Odnosi się to zarówno do swoistego leczenia kiły, gośćca, zimnicy jak i do objawowego wpływu makowca i morfiny oraz do znakomitych skutków otwarcia ropnia. A nawet można pójść dalej i twierdzić, że wogóle w naukach przyrodniczych, zarówno w chemji jak i fizyce związki przyczynowe ustala się najczęściej właśnie drogą krytycznych wniosków końcowych, wysnutych zgodnie z zasadą „post hoc ergo propter hoc".

Także chirurgja, dla której stwierdzenie dodatnich wyników jest znacznie łatwiejsze niż dla medycyny wewnętrznej, posługuje się tą zasadą przy ocenie wyników. Tylko ignorowanie dodatnich skutków psychicznych nawet niecelowych operacyj (np. przy rzekomem zapaleniu ślepej kiszki) może doprowadzić do błędnej interpretacji a wobec tego i do błędnego rozpoznania ex iuvantibus. Bezpośredni wynik jest przecież właśnie w chirurgji bardzo wyraźny, tak, że metoda obserwacyjna statystyki małej jest przeważnie bardzo ułatwiona. Skoro tylko jednak chirurgja przeniesie się w dziedzinę ogólnej statystyki, wówczas uwydatnia się złudny charakter tej ostatniej. Okazuje się to zresztą często w sprzecznych spostrzeżeniach o śmiertelności i niebezpieczności operacyj. Przypadek odgrywa właśnie i w chirurgicznej statystyce rolę wybitną i często fatalną.

Tylko wyżej opisane zastosowanie szczegółowo - statystycznej obserwacji terapeutycznej, przy której podpatrujemy naturę przy kądzieli, używając wyrażenia Kanta w innym wprawdzie związku, sprawia, że kwestja dalszego postępu terapji nie wydaje się beznadziejną. Ten sposób badań daje się zastosować także do chemiczno - terapeutycznego oddziaływania na dur zapomocą Quinby.

Wobec powyższego chodzi nam zatem o to, w ilu przypadkach wykazać można pod względem czasowym związek między wstrzykiwaniem Quinby i zmianą na korzyść w przebiegu choroby oraz w ilu przypadkach wpływ taki się nie zaznacza. Warunek oczywisty stanowi bezwzględna pewność rozpoznania i dlatego zużyłem w swem materjale obserwacyjnym tylko zupełnie pewne przypadki duru, w których słuszność rozpoznania obok zwykłych objawów klinicznych potwierdzał także i wynik badań pracownianych.

Zachodzi jedynie pytanie, jakie objawy duru mamy uznać za podstawowe, przy ustaleniu wyników, w związku z wpływem wstrzykiwania Quinby. Oczywiście w pierwszej linji będzie to wpływ na temperaturę w sensie obniżenia jej, jako dający się ująć w cyfry i przedstawić graficznie w postaci krzywej. Omyłki co do wpływu Quinby a zwykłą objawową antipyrezą dadzą się łatwo wyłączyć, nietylko biorąc pod uwagę wyżej opisany skład chemiczny Quinby (znikoma zawartość w nim chininy) lecz również wskutek zupełnie swoistego działania tego leku na ciepłotę. Działanie to różni się zupełnie od działania zwykłego środka przeciwgorączkowego tem, że jest stopniowe i ciągłe. Obok wpływu na ciepłotę są oczywiście miarodajne dla oceny i inne dodatnie zmiany w stanie chorego, pozostające w związku czasowym z wstrzykiwaniami leku. Objawy te zresztą występują zazwyczaj równolegle ze spadkiem temperatury. Samopoczucie, tętno, oddech, wpływ na status typhosus, na przytomność, na suchość języka, zmniejszenie biegunek i wzdęcia brzucha, znikanie różyczki — stanowią podstawowe kliniczne oznaki polepszenia, posiadające tylko tę ujemną stronę, że nie są tak przedmiotowe, jak ciepłota. Wszystkie te objawy składają się na całokształt obrazu polepszenia klinicznego.

Bardzo charakterystycznem było spostrzeżenie, że o ile te objawy polepszenia występowały, nasilały się one wyraźniej po każdem następnem wstrzyknięciu. Jeżeli np. w dniach najbliższych po pierwszem wstrzyknięciu ciepłota spadała, a następnie znowu się podnosiła, to, w typowych przypadkach, spadła stopniowo i tym razem niżej niż po pierwszem wstrzyknięciu (krzywa 4) i tak dalej, aż do zupełnego spadku temperatury. Otrzymywało się przez to często wrażenie z każdem wstrzyknięciem wzrastającego, swoistego odczynu obronnego przed chorobą. W niektórych przypadkach, szczególniej przy wczesnem zastosowaniu leczenia Quinby, temperatura już po niewielu wstrzyknieciach, a czasem nawet po pierwszem, krytycznie lub stopniowo opadała do poziomu prawidłowego. Wszystkie te objawy występowały zbyt często i regularnie w odróżnieniu od innych mniej wyraźnych wpływów lub zupełnego braku wyniku, aby można było uważać je za przypadkowy zbieg okoliczności. Jako wyraźnie pomyślny wpływ były w historji choroby oznaczone tylko te, przypadki, w których po jednym lub kilku wstrzyknięciach wszystkie objawy z ciepłotą włącznie wykazywały uderzająca poprawe. Dalszem zadaniem było ustalenie, jak często, to znaczy w ilu odsetkach przypadków stwierdzić było można taką wybitna poprawe związaną czasowo z wstrzykiwaniami. a w ilu przypadkach nie była ona spostrzegana.

Liczbowe opracowanie tego małostatystycznego ustalenia podług zasad rachunku prawdopodobieństwa, który stanowi podstawę takiego rodzaju małej statystyki — będzie podane później.

Brak miejsca nie pozwala mi na podanie w całej rozciągłości klinicznego materjału i dlatego muszę poprzestać na wyciągach. Z krzywych temperatury będą mogły być podane również tylko niektóre charakterystyczne przykłady. Wspomniałem już, że dur rozpoznawano ściśle nietylko klinicznie, lecz i przy pomocy znanych metod laboratoryjnych, — mianowicie prób aglutynacji i w wielu przypadkach również poszukiwania prątków duru lub paraduru we krwi i badania obrazu morfologicznego krwi. Zgodnie z rozwiniętem w moim podręczniku stanowisku co do stosunku infekcji durowej do paradurowej — przypadki te nie były rozdzielane, gdy paratyfus przedstawiał wybitnie durowy obraz kliniczny, a nietylko zwykły obraz zapalenia jelit. Jednakowoż w wyciągach z historji choroby jest zawsze zaznaczone, czy dany przypadek został rozpoznany na podstawie próby aglutynacji lub też badania bakterjologicznego jako dur, lub paratyfus. Klinicznie przekonaliśmy się przytem znowu, że dawniej wysuwane różnice pomiędzy durem i paradurem (o ile paratyfus nie przebiega jedynie jako zwykłe zapalenie jelit) — właściwie nie istnieją i że twierdzenie, że paratyfus naogół ma lżejszy przebieg niż t. zw. dur prawdziwy — nie jest słuszne. W naszym materjale obserwacyjnym widzimy tak samo bardzo lekko przebiegające prawdziwe dury, jak i bardzo ciężkie paratyfusy. Ze stanowiska anatomicznego również różnice się nie zaznaczają.

Biorąc pod uwagę bliskie pokrewieństwo obydwu drobnoustroi i przy występowaniu postaci przejściowych zarówno pod względem hodowli, jak i odczynów zlepnych — niema w tem nic dziwnego. Zresztą przeważna liczba naszych przypadków należała do grupy duru prawdziwego. Nierzadko odczyn zlepny dla obydwu drobnoustroi wypadał jednakowo silnie, a przy dawniejszych spostrzeżeniach zauważyłem również, że podczas genetycznie jednej i tej samej epidemji jedne przypadki zachowywały się pod względem aglutynacji jak para — inne jak prawdziwy dur. Tak samo przy powtórnych badaniach raz otrzymywało się silniejszą aglutynację prątków paraduru, drugi raz duru prawdziwego.

Należy również podkreślić, że wszystkie badane przez nas przypadki były zupełnie sporadyczne i tylko w 2 przypadkach stwierdzono zarażenie jednego od drugiego. Przypadki obejmują okres pięcioletni, a więc przy ocenie działania leczenia. moglibyśmy nie brać pod uwagę jakiekolwiek odmienne cechy epidemjologiczne. Dla należytej oceny wartości wyników, nadmieniamy raz jeszcze, że te przypadki. które odrazu wydawały się b. lekkie (w liczbie 12) zostały wyłączone z leczenia preparatem Quinby.

Historje chorób przypadków leczonych zapomocą preparatu Quinby.

Należy tu raz jeszcze podkreślić często spotykaną trudność w ścisłem ustaleniu daty początku choroby, gdyż początek jest nieuchwytny. I jeszcze raz należy przypomnieć, że podawany w podręcznikach schematyczny okres trwania choroby bardzo często nie bywa spostrzegany. Dlatego też kryterjum czasu trwania choroby posiada dla oceny terapji, naturalnie i dla małej statystyki, znaczenie bardzo skromne, wręcz wątpliwe. Jednakowoż w interesie oceny na początku opisu przebiegu choroby, jak również na krzywych temperatury podajemy, w którym dniu choroby chory wstąpił do szpitala, naturalnie o ile to można było ustalić. Z objawów, w streszczeniach podane zostały tylko najważniejsze. Przeważnie historje chorób dotyczą zupełnie typowych przypadków i (ze

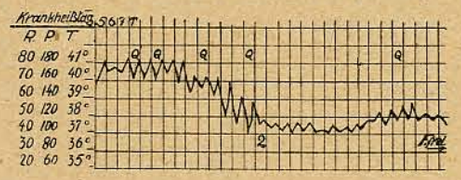
względu na wyłączenie wspomnianych już wyżej przypadków lżejszych) głównie o ciężkim obrazie schorzenia.

Podane krzywe wybrano zarówno z pomiędzy zupełnie pomyślnych przypadków jak i z mniej pomyślnych — jako przykłady. Wybór nie obejmuje wszystkich przypadków pomyślnych, gdyż na to nie pozwalał brak miejsca. Należy zatem brać również pod uwagę tekst historji choroby, który zawiera dalsze b. pomyślne, co do wyniku leczenia przypadki. Wstrzykiwania Quinby oznaczone są w krzywych literą Q. Co do sensu słów „bardzo dobre działanie swoiste", powtarzających się w opisie choroby — patrz objaśnienie na str. ?

1) Eb. Wa. 28 lat. Paratyfus. Wstąpił do szpitala z silną gorączką, w 5-tym dniu choroby. Typowe i ciężkie objawy. Tylko jedno wstrzyknięcie na 8 dz. po odczekaniu naturalnego przebiegu choroby.

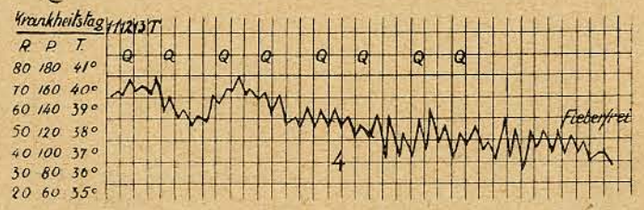
Po wstrzyknięciu nastąpiło w ciągu 5 dni lityczne obniżenie temperatury z ustąpieniem wszelkich objawów. 1 wstrzyknięcie. B. dobre działanie swoiste.

2) G. Blanche. 28 lat. Dur prawdziwy. Przybyła w 5-tym dniu choroby. Ciężki przypadek. Na 8-my dzień pierwsze wstrzyknięcie Quinby. Po



Krzywa Nr. 2.

trzech wstrzyknięciach ciepłota zaczęła spadać i inne objawy zaczęły ustępować. Po czwartem wstrzyknięciu gorączka zupełnie ustąpiła. Słaba wznowa, którą ponowne wstrzyknięcie Quinby usunęło. 5 wstrzyknięć. B. dobre działanie swoiste (p. krzywa Nr. 2).



Krzywa 4

3) Eb. R. 48 lat. Dur prawdziwy. Przybył do szpitala w 15-tym dniu choroby. Ciężki typowy stan ze status typhosus i delirjum. Przewlekłe zapalenie nerek. Pomimo tego nie spostrzeżono żadnego złego wpływu na nerki przy stosowaniu Quinby. Natychmiastowy lityczny spadek ciepłoty oraz zwykły wpływ Quinby na inne objawy chorobowe. Ciepłota prawidłowa po 4 wstrzyknięciach. Jednocześnie podawano Bismutum subnitricum przeciwko rozwolnieniu. W czasie wyzdrawiania zakażenie ospą. Cztery wstrzyknięcia. Bardzo dobre działanie swoiste.

4) Macc. G. 46 lat. Dur prawdziwy. Przybył 11-go dnia. Żadnego wpływu leczenia na skrócenie czasu choroby nie zauważono. Spostrzegano jedynie narastające działanie poszczególnych wstrzyknięć na ciepłotę. Działanie swoiste wątpliwe (Krzywa 4).

5) Dü. Ab. 23 lata. Prawdziwy dur. Przybył 13 dnia. Przypadek typowy. Po 4 wstrzyknięciach krytyczny spadek ciepłoty i ustąpienie wszelkich objawów chorobowych. Lekka wznowa, która samorzutnie ustąpiła. 4 wstrzyknięcia. B. dobre działanie swoiste.

6) Wy. Ida. 20 lat. Paratyfus. Przybyła na 8 dzień. Pomyślny, stopniowy i lityczny wpływ na wszystkie objawy. Poprawa rozwolnienia bez specjalnego przeciwbiegunkowego leczenia. 2 lekkie, szybko pod wpływem Quinby przemijające nawroty. 10 wstrzyknięć bez działań ubocznych. B. dobre działanie swoiste (Krzywa Nr. 6).

7) Gal. Fr. 43 lata. Dur prawdziwy. Przybył 14 dnia. Wysoka ciepłota. Przekrwienie opadowe płuc. Szybkie ustąpienie wszelkich objawów po 3 wstrzyknięciach. B. dobre działanie swoiste.

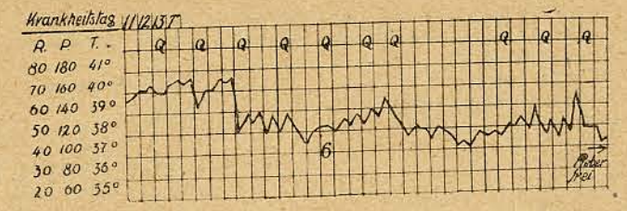
8) He. Marta. 21 lat. Dur i paratyfus aglutynują z jednakową siłą. Przybyła na 8-my dzień. Przypadek typowy. Zaraz po wstrzyknięciu Quinby zaczął się stopniowy spadek ciepłoty i ustępowanie wszelkich innych objawów w ciągu 16 dni przy 5 wstrzyknięciach. Szybkie wystąpienie stromego toru krzywej i szybka poprawa stanu zdrowia. 5 wstrzyknięć. Swoiste działanie wątpliwe.

9) Hu. Rosa. 22 lata. Dur prawdziwy. Przybyła na 10-ty dzień. Przypadek średnio ciężki. Rozwolnienie ustąpiło dopiero po leczeniu przeciwbiegunkowem. Bardzo szybki spadek ciepłoty i ustąpienie innych objawów po 4 wstrzyknięciach Quinby. B. dobre działanie swoiste (Krzywa 9).

10) G. 16 lat. Dur prawdziwy. Przybyła na 6-ty dzień. Ciężki typowy przypadek. Działanie „skokami". Po wstrzyknięciach szybkie pojawienie się stromego toru krzywej. Ogólny stan przytem szybko się polepszył. 6 wstrzyknięć. Działanie swoiste wątpliwe.

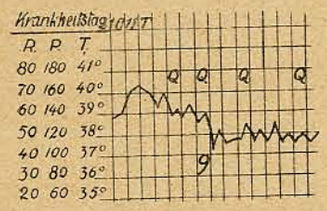
11) Dän. Otton. 22 lata. Dur prawdziwy. Przybył na 8-my dzień. Typowy ciężki dur bez biegunki. Szybki lityczno-krytyczny spadek ciepłoty i ustąpienie wszelkich objawów już po pierwszem wstrzyknięciu. 5 wstrzyknięć.. B. pomyślne działanie swoiste (krzywa 11).

12) St. Paweł. 28 lat. Dur prawdziwy. Przybył 10 dnia. Ciężki przypadek, przybył w zapaści. Śmierć wskutek zatrucia kamforą, przy typowych kurczach i bredzeniu. Tylko 2 wstrzyknięcia. (Ten przypadek nie był brany pod uwagę przy ocenie, wobec beznadziejnego stanu, zbyt krótkiego czasu leczenia i zatrucia kamforą).



Krzywa 6.

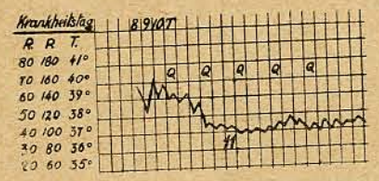
13) Fo. Jan. 49 lat. Dur prawdziwy. Przybył na 7-my dzień. Ciężkie objawy durowe. Drgawki w obrębie nerwu twarzowego. Przekrwienie opadowe płuc. Biegunka. Szybkie ustąpienie lityczne



Krzywa 9.

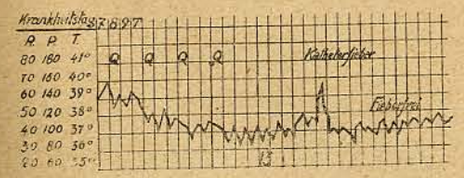
wszelkich objawów, również i biegunki bez szczególnego jej leczenia. 4 wstrzyknięcia. B. pomyślne działanie swoiste (krzywa 13).

14) Kü. Henryk. 21 lat. Prawdziwy dur. Przybył 7-go dnia. Ciężki przypadek z biegunką. Szybkie ustąpienie objawów, łącznie z biegunką (bez



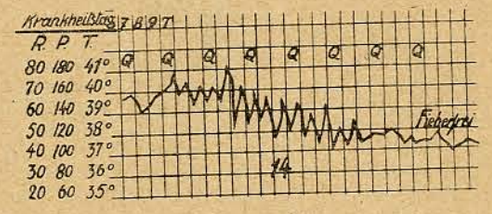
Krzywa 11.

specjalnego jej leczenia) — po pierwszych wstrzyknięciach Quinby. Wyraźny odczyn dwuazowy znikł już po pierwszem wstrzyknięciu. 8 wstrzyknięć. B. pomyślne działanie swoiste (krzywa 14).



Krzywa 13.

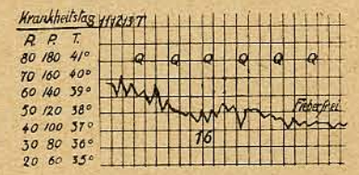
15) Stei. Paweł. 15 lat. Dur prawdziwy. Przybył 5-go dnia. Bezpośrednio przed przybyciem do kliniki był omyłkowo operowany na zapalenie wyrostka robaczkowego. Wobec niepewności dalszego przebiegu choroby 8 dni wstrzymywano się z leczeniem preparatem Quinby. Po zastosowaniu Quinby szybki stopniowy spadek ciepłoty. Ustąpienie wszelkich objawów, łącznie z biegunką, nie leczoną specjalnymi środkami. Podczas zdrowienia zakrzep



Krzywa 14.

żyły udowej. 7 wstrzyknięć. Swoiste działanie wątpliwe wobec zakrzepu, podtrzymującego ciepłotę

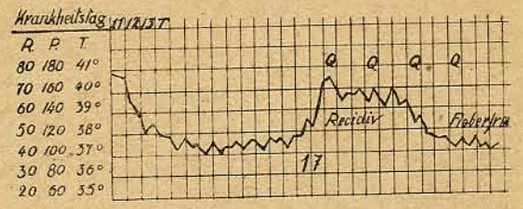
16) Vaut. Walter. 19 lat. Paratyfus. Przybył 11-ego dnia. Wysoka ciepłota. Po 6-ciu wstrzyknięciach szybki lityczny spadek ciepłoty i ustąpienie innych objawów, łącznie z biegunką — bez specjal-



Krzywa 16.

nego jej leczenia. B. pomyślne działanie swoiste. (Krzywa 16).

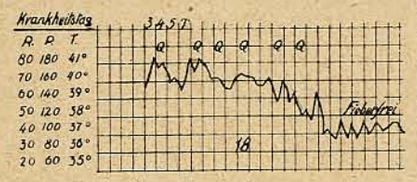
17) Rue. Ernest. 9 lat. Odczyn zlepny jednakowo silny z prątkami duru i paraduru. Przybył



Krzywa 17.

11-go dnia. Samorzutny lityczny spadek ciepłoty; wobec tego Quinby zastosowano dopiero podczas wznowy, która szybko ustąpiła po wstrzyknięciach. 4 wstrzyknięcia. Swoiste przerwanie nawrotu. (Krzywa 17).

18) Reuss. Sa. 25 lat. Dur prawdziwy. Przybyła 3-go dnia w bardzo ciężkim stanie (status typhosus). Silny odczyn dwuazowy. Dużo białka w moczu. Przekrwienie opadowe płuc i gęsta osutka. W kale — pełzaki. Szybki wpływ wstrzyknięć na ciepłotę i ogólny stan chorej. Biegunka ustąpiła dopiero po zastosowaniu Bismutum subnitr. 5 wstrzyknięć. Bardzo dodatnie działanie swoiste. (Krzywa 18).

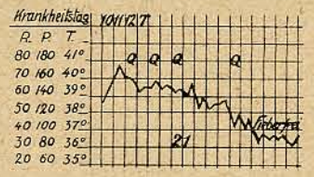


Krzywa 18.

19) M. Ernest. 35 lat. Dur prawdziwy. Przybył 15 dnia. Bardzo ciężkie objawy. Biegunka, bredzenie, przekrwienie opadowe płuc. Wyjątkowo wielka śledziona i wzdęcie brzucha. Zaraz po wstrzyknięciach Quinby wystąpił stały lityczny spadek ciepłoty. Ustąpienie biegunki bez specjalnego jej leczenia. 6 wstrzyknięć. B. pomyślne działanie swoiste.

20) Rau. Ernest. 31 lat. Prawdziwy dur. Przybył 9-go dnia. Ciężkie objawy brzuszne z biegunką. Prątki tyfusu we krwi, od początku tyfusowe owrzodzenie podniebienia. Silne przekrwienie opadowe płuc. Szybka lityczna poprawa po wstrzyknięciach Quinby. Żadnego ubocznego działania na błony śluzowe jamy ustnej — pomimo wrzodów na podniebieniu. Przeciwko biegunce bismutum subnitr. 6 wstrzyknięć. B. pomyślne działanie swoiste.

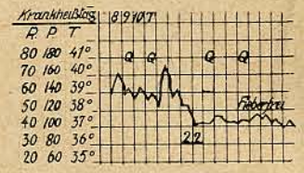
21) Brau. Paweł. 36 lat. Dur prawdziwy. Przybył 10 dnia. Ciężkie objawy z biegunką, bredzeniem, silnym białkomoczem. Ciężkie objawy brzuszne z typowemi durowemi wypróżnieniami. Przekrwienie opadowe płuc. Gęsta osutka. Wskutek



Krzywa 21.

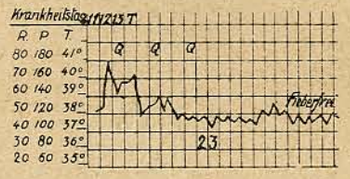
ciężkiego stanu trzeba było stosować wstrzykiwanie płynu Ringera. Wobec występowania zapaści w kąpieli musiano zaprzestać kąpania. Szybka poprawa po Quinby z lityczno-krytycznem ustąpieniem wszystkich objawów. Przeciw biegunce stosowano węgiel zwierzęcy. Po 4-ch wstrzyknięciach lekka smuga szara na dziąsłach, bez zapalenia śluzówki jamy ustnej. Białkomocz nie wzmógł się po stosowaniu Quinby. Szybka poprawa przy bismutowem podrażnieniu dziąseł każe przypuszczać, że w danym przypadku miało miejsce szczególnie dobre wchłanianie bismutu. 4 wstrzyknięcia. B. pomyślne działanie swoiste (Krzywa 21).

22) Gro. Wiktor. 25 lat. Paratyfus. Przybył 8 dnia. Wysoka ciepłota. Natychmiastowy wpływ wstrzyknięcia Quinby na ciepłotę. Szybko lityczno-krytyczny spadek ciepłoty. Poprawa wszystkich objawów, łącznie z biegunką, bez umyślnego jej leczenia. 4 wstrzyknięcia. B. pomyślne działanie swoiste. (Krzywa 22).



Krzywa 22.

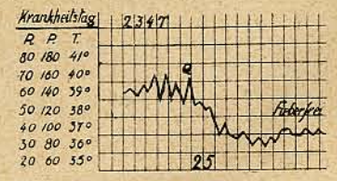
23) Rup. Janina. 34 lat. Paratyfus. Przybyła 11 dnia. Wysoka ciepłota. Silna biegunka. Przytępienie słuchu. Szybkie ustąpienie objawów pod wpływem leczenia Quinby. Przeciwko biegunce Bismutum subnitr. 3 wstrzyknięcia. B. pomyślne działanie swoiste. (Krzywa 23).



Krzywa 23.

24) Zu. Ernest. 35 lat. Dur prawdziwy. Przybył 18 dnia. Silne objawy brzuszne z zaparciem. Znaczna zawartość indykanu w moczu. Język suchy. Powikłanie w postaci błonicy. Po zastosowaniu Quinby dość szybkie stopniowe, w postaci szczebli, ustępowanie wszelkich objawów. 7 wstrzyknięć. Działanie swoiste wątpliwe.

25) Hu. Karol. 21 lat. Dur prawdziwy. Przybył 2 dnia. Dość ciężkie objawy. Po 1 wstrzyknięciu krytyczny spadek ciepłoty i ustąpienie wszelkich objawów. 1 wstrzyknięcie. B. pomyślne działanie swoiste. (Krzywa 25).



Krzywa 25.

26) Bes. Emil. 53 lata. Dur prawdziwy. Dzień zasłabnięcia wątpliwy. Otłuszczenie. Wobec niemożności uzyskania dokładnych wywiadów, dzień zasłabnięcia nie daje się ustalić. Stan ciężki. Wyraźne objawy jelitowe z biegunką. Stopniowy dobry wpływ Quinby na wszystkie objawy. Podczas zdrowienia porażenie połowiczne, które chory miał już raz przed durem. 5 wstrzyknięć. Działanie swoiste wątpliwe.

27) Bég. René. 36 lat. Dur prawdziwy. Przybył na 8 dzień. Gorączka umiarkowana. Leukopenia. Osutka. Szybki i ostateczny spadek ciepłoty po 2

wstrzyknięciach. Bardzo pomyślne działanie swoiste.

28) Vög. Janek. Wiek? Prawdziwy dur. Przedtem pyodermia. Przybył rzekomo na 9 dzień po pojawieniu się objawów durowych. Przyjęty w stanie agonji. Dlatego tylko 1 wstrzyknięcie. Zmarł na 5-ty dzień pobytu w szpitalu. Przypadek nie do zużytkowania.

29) Ma. Elżbieta. 36 lat. Prawdziwy dur. Przybyła do szpitala w stanie agonji na 17-ty dzień choroby. Ciężkie wzdęcie brzucha, tak, że myślano o przedziurawieniu, czego jednak sekcja nie potwierdziła.

Opadowe zapalenie płuc. We krwi pomimo późnego okresu — prątki duru. Zmarła na 26 dzień choroby. Typhus. Sepsis. 4 wstrzyknięcia Quinby. Żadnego wyniku wobec stanu agonalnego.

30) Ma. Ernest. 26 lat. Prawdziwy dur. Przybył 12 do 14 dnia choroby. Silne wzdęcie. Biegunka. Powiększona, wyczuwalna śledziona. Durowe owrzodzenie błon śluzowych ust (przed zastosowaniem Quinby). Różyczka i opadowe przekrwienie płuc. W ciągu leczenia smuga bismutowa na dziąsłach. Żadnego zapalenia dziąseł poza owrzodzeniami durowemi nie spostrzeżono. Białkomocz nie zwiększył się po stosowaniu Quinby. Pod wpływem leczenia Quinby stopniowy spadek ciepłoty aż do stanu zupełnie bezgorączkowego. Poprawa biegunki bez specjalnego jej leczenia. 5 wstrzyknięć. Swoiste działanie wątpliwe.

31) Gl. Lina. 52 lata. Dur prawdziwy. Przybyła w 23 dniu choroby. Krytyczny spadek ciepłoty po 5 wstrzyknięciach Quinby. Swoiste działanie wobec spóźnionego okresu — wątpliwe.

32) Wa. Karol. 26 lat. Prawdziwy dur. Przybył rzekomo 28 dnia. Przypadek typowy z przekrwieniem opadowem płuc i dużą, wyczuwalną śledzioną. Średnia gorączka ,na którą wstrzykiwania wpłynęły w sposób charakterystyczny stopniowy. Po 3 wstrzyknięciach widoczna poprawa, prawie krytyczna. Bardzo pomyślne działanie swoiste.

33) Ste. Rud. 24 lat. Prawdziwy dur. Przybył 7 dnia. Bardzo ciężki stan. Biegunka, suchy język. Status typhosus. Śledziona bardzo powiększona. Po 4-ech wstrzyknięciach lityczne ustąpienie gorączki i innych objawów. Później wznowa. która po 1-em wstrzyknięciu Quinby litycznie znikła. Biegunka leczona zapomocą Bismutum subnitricum. 5 wstrzyknięć. B. pomyślne działanie swoiste.

34) Gru. Fryderyk. 37 lat. Prawdziwy dur. Przybył 19-go dnia. Ciężki typowy obraz. Kruczenia kątnicze bez biegunki. Śledziona b. duża. Białkomocz. W moczu indykan. Silna różyczka. Słaby krwiobieg wobec czego stosowano Kardiazol i Efedrynę. Zakrzep żyły udowej. Silny wpływ Quinby na ciepłotę. Jednakże zakrzep wywołuje znowu gorączkę. 5 wstrzyknięć. Działanie swoiste wątpliwe wobec trwania choroby.

35) Gy Ida. 20 lat. Prawdziwy dur. Przybyła 8-go dnia. B. ciężki stan, bez biegunki. Odrazu trzeba było stosować wlewania płynu Ringera. Od początku polyneurytyczne porażenie nóg. Spadek ciepłoty stopniami od początku stosowania Quinby. Na 24 dzień zupełny spadek ciepłoty. Polyneurytyczne porażenie ustąpiło podczas leczenia Quinby. 5 wstrzyknięć. B. pomyślne działanie swoiste.

36) Du. Łucja. 20 lat. Prawdziwy dur. Przybyła 15-go dnia. Stan ciężki, język suchy. Przekrwienie opadowe płuc. Duża wyczuwalna śledziona. Brak biegunki. Zapalenie pęcherza. Ciężki stan wymaga płynu Ringera. Stopniowy spadek ciepłoty, dosyć szybkie ustąpienie wszystkich objawów przy leczeniu Quinby. Przy przyjęciu silna anemja (35/70) wskutek menorrhagji. Po spadku ciepłoty szybka poprawa anemji, bez stosowania żelaza. 6 wstrzyknięć. Działanie swoiste wątpliwe.

37) Beut. Małg. 23 lata. Prawdziwy dur. Przybyła na 7-my dzień. Średnio ciężki przypadek. Lekka biegunka. Szybki spadek ciepłoty i ustąpienie innych objawów wraz z biegunką bez specjalnego jej leczenia. 4 wstrzyknięcia. B. dobre działanie swoiste.

Na str. 12-ej przy omawianiu śmiertelności uzasadniano, dlaczego z 37 przypadków, 2 były zakwalifikowane jako niemogące wchodzić w rachubę, a mianowicie: przypadek, gdzie chory umarł wskutek zatrucia kamforą (12) i przypadek 28, gdzie chory został przyjęty do szpitala w stanie agonji i gdzie zgóry było przesądzone wszelkie leczenie. Zrobiono też zaledwie jedno wstrzyknięcie Quinby przed zgonem.

W ten sposób dla oceny leczenia zapomocą Quinby pozostało tylko 35 przypadków, które możemy podzielić na następujące kategorje:

1) Przypadki bardzo pomyślnego, niedwuznacznie swoistego działania Quinby. Jak wspomniałem wyżej, nazywam tak przypadki, gdzie wkrótce po rozpoczęciu leczenia, nastąpił w chorobie pomyślny zwrot w sensie bądź przerwania choroby, bądź znacznej poprawy i skrócenia okresu trwania choroby, w każdym razie w sensie swoistego działania, objawiającego się litycznym lub krytycznym spadkiem ciepłoty, polepszeniem wszystkich objawów, zniknięciem status typhosus, oczyszczeniem języka, ustąpieniem biegunki, roseoli i t. d.

Do tej kategorji zaliczam takie przypadki, w których co do faktu swoistego leczniczego działania Quinby, nie może powstać żadna wątpliwość. Zatem przemawia również i to, że, jak widać z krzywej temperatury, szybkie działanie było szczególnie widoczne w tych przypadkach, gdzie leczenie zapomocą Quinby było wcześnie rozpoczęte.

Do tej liczby dobrych wyników należą 24 przypadki, a mianowicie: 1, 2, 3, 5, 6, 7, 9, 11, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 25, 27, 32, 33, 35, 37.

2) Drugą kategorję przypadków możemy określić o tyle jako wątpliwą, o ile kliniczne spostrzeżenia nie wykazały tego szybkiego i postępującego spadku ciepłoty, które przemawia za swoistem antyseptycznem działaniem Quinby. Należy jednak za-

uważyć, że w wielu przypadkach tej kategorji występowały wkrótce po rozpoczęciu leczenia — objawy, wywołujące wrażenie polepszenia. Często poprawiał się ogólny stan, „status typhosus", oczyszczał się język, polepszało się samopoczucie i ustawała biegunka (często bez specjalnego leczenia jej), często też znikała różyczka.

Czasami w tej kategorji wpływ na temperaturę był o tyle znamienny, że spadała ona na drugi lub trzeci dzień po wstrzyknięciu, potem podnosiła się znowu — po następnym wstrzyknięciu spadała jeszcze niżej, aniżeli po poprzednim, podnosiła się znowu i t. d. tak, że w rezultacie, powstawały schodkowate spadki ciepłoty pozostające w niewątpliwej zależności od wstrzyknięć (krzywa 4). W tych przypadkach również, aczkolwiek czas trwania choroby nie wydaje się wyraźnie skrócony — otrzymujemy, dzięki związkowi czasowemu spadków temperatury z wstrzyknięciami — wrażenie swoistego, chociaż też może niedostatecznie silnego działania.

Taki tor opadania ciepłoty w jakiś czas po wstrzyknięciu przemawia przeciwko zwykłemu tylko przeciwgorączkowemu działaniu Quinby, co też ze względu na skład tego preparatu (bardzo słaba zawartość chininy), jest, moim zdaniem, bardzo mało prawdopodobne. Pomimo tego jednak, że i w tej kategorji przypadków zauważono niejeden wpływ pomyślny, więc aby nie utrudniać oceny, a mianowicie, żeby wyników nie osądzać zbyt optymistycznie — kategorja ta będzie przeciwstawiona kategorji przypadków o bardzo dobrych wynikach jako kategorja wyników wątpliwych. Robię to dlatego, że rozstrzygające argumenty t. j. skrócenie czasu choroby zapomocą Quinby — udowodnić się tutaj nie dają.

Do tej kategorji należy 10 przypadków, mianowicie: 4, 8, 10, 15, 24, 26, 30, 31, 34, 36.

3) Żadnego działania nie skonstatowano — po rozpatrzeniu wszystkich przypadków leczonych zapomocą Quinby — tylko w jednym przypadku — stanu agonji (29).

Jeżeli ujmiemy zatem kategorję I i II razem, otrzymamy takie ugrupowanie:

I) 24 przypadki w wysokiej mierze przemawiające za swoistem działaniem Quinby.

II) 11 przypadków nie dających się zużytkować dla stwierdzenia swoistego działania Quinby.

Ponieważ po odjęciu nienadających się do oceny 2 przypadków (12 i 18) pozostaje 35 przypadków, mogących wchodzić w rachubę — otrzymujemy następujące zestawienie procentowe 24 : 35 = 68,5% przypadków, przemawiających z dużem prawdopodobieństwem za swoistem działaniem Quinby, oraz 11 : 35 = 31, 4% przypadków, nieprzemawiających bez zastrzeżeń za takiem działaniem.

Metoda małej statystyki klinicznych spostrzeżeń przemawia w przeważnej większości przypadków za swoistem, pomyślnem wpływem Quinby. W ⅔ przypadków narzucało się wręcz takie przypuszczenie.

Należy jednak pamiętać, że i w ⅓ przypadków, tworzącej grupę, w której ten swoisty wpływ leczenie Quinby nie jest tak wyraźnie widocznym — jednakże występowało wrażenie, że leczenie było pomyślne (jak to wykazują niektóre opisy choroby). Dotyczy to mianowicie stanu ogólnego, świadomości, objawów brzusznych, wilgotności języka, ustąpienia różyczki i t. d.

Jeżeli porównać chorych drugiej, mniej pomyślnej kategorji i ocenić wyniki według skromnych wymagań, z jakiemi podchodziliśmy do dawnego nieswoistego leczenia duru — to przyznać musimy, że wszyscy, za wyjątkiem 29-go przypadku — wykazali znaczne polepszenie.

Ponieważ jednak z tego niewiele da się wywnioskować, to umyślnie w mało-statystycznem ugrupowaniu nie będziemy brali pod uwagę tego pomyślnego wrażenia i dlatego mniej pomyślną drugą grupę przypadków, przeciwstawimy pierwszej o wyraźnym wpływie swoistym, nawet narażając się na zarzut zbyt ostrego postawienia sprawy. Niejeden optymista umieściłby może w pierwszej grupie niektóre przypadki z drugiej grupy, która dla mnie, jako pesymisty, wydaje się wątpliwą.

Mój, może zbyt surowy, podział zrobiony był zwłaszcza ze względu na to, że niżej podane opracowanie materjału na podstawach rachunku prawdopodobieństwa — wymaga dokładnego podziału przypadków na kategorje niewątpliwie skuteczne i niepewne lub negatywne. Jeżeli pomimo tak surowego sądu pomyślna kategorja przeważa tak dalece, że nie można wątpić o swoistem działaniu Quinby — należy już tu, dla uniknięcia rozczarowań — zwrócić uwagę,

że podobne pomyślne wyniki działania Quinby, wskutek przypadkowości materjału— nie dadzą się dla dalszego szeregu obserwacji z pewnością przepowiedzieć.

Dla interesującego nas tu problemu odgrywa pewną rolę rachunek prawdopodobieństwa czyli rachunek z błędami. Rachunek ten został zastosowany do zachodzącego tutaj wypadku dychotomicznej statystyki szczegółowej wyników.

O ile wiem, to *Poll* pierwszy podjął się wdzięcznego zadania objaśnienia medyków o tem, co matematykom jest wiadome, o obliczaniu błędów takiej dychotomicznej statystyki wyników. Zadanie polega na tem, ażeby określić, jak wielki jest przeciętny błąd liczb procentowych takiej statystyki. Naturalnie, błąd jest tem mniejszy, im większa jest liczba spostrzeganych przypadków. *Poll* daje dla przeciętnego błędu takiego dychotomicznego procentowego obliczenia wyników następujący wzór:

$$m = \pm \sqrt{\frac{p_1 p^2}{n}}$$

W tym wzorze m stanowi średni błąd liczb procentowych, przyczem samo m jest wyrażone procentowo, zaś p_1 i p_2 są znalezionemi liczbami procentowemi sobie przeciwstawionemi, oznaczającemi przypadki dodatnie i wątpliwe — w stosunku do ogółu przypadków spostrzeganych, a n oznacza tę ogólną liczbę przypadków. Wychodząc z tego założenia, obydwie liczby procentowe p_1 i p_2 stoją do siebie w takim stosunku, że uzupełniają się do 100, t. zn. $p_1 = 100 - p_2$.

Błąd średni m określa, jak dalece pod wpływem samego przypadku zestawienia materjału kazuistycznego liczby procentowe przy dalszych serjach obserwacyjnych przeciętnie mogą odbiegać od liczb znalezionych zapomocą pierwszej serji spostrzeżeń. Jak wynika ze wzoru, ten średni błąd jest odwrotnie proporcjonalny do pierwiastka kwadratowego wyciągniętego z ogólnej liczby przypadków. Z powyższego wynika, że potrzeba ogromnego materjału spostrzeżeń, ażeby zapomocą statystyki szczegółowej wyników leczniczych, dychotomicznej, dotrzeć w drodze pomniejszenia średniego błędu do prawdopodobieństwa, graniczącego z pewnością przy interpretacji doświadczeń leczniczych.

Zastosowując wyżej wymienione wzory do mego materjału obserwacyjnego, otrzymuję błąd średni ± 7,8%. Dla praktyka, który nie jest przyzwyczajony do posługiwania się logarytmami, stanowi ogromne ułatwienie w obliczaniu sposób graficzno - konstruktywny, który *Poll* podaje obok obliczeń zapomocą wzorów jako sposób zastępczy, metoda ta pozwala na podstawie diagramu *(Poll* l. c. S. 1778) czysto konstruktywnie odczytać z liczby wykorzystanych przypadków i znalezionych wprost liczb procentowych błąd średni. Posługując się graficznym sposobem, znajduję tą samą wielkość błędu.

Wynika stąd co następuje:

Znalezione liczby odsetkowe mogą przy danej liczbie przypadków pod wpływem czystego trafu, nawet bez wielkiej zmiany charakteru materjału obserwacyjnego, zmiany jaka powstaje np. w epidemjach, przesunąć się o 7,8% w dół lub w górę. Innemi słowy, liczba odsetkowa przypadków dodatnich, które, jak wyżej zauważono, określono na 68,5%, może się w przyszłych szeregach spostrzeżeń pod wpływem czystego przypadku przesunąć do 76,3% lub 60,7%.

Podług tego obliczenia, wynik leczenia Quinby należy przyjąć jako jeszcze zawsze dość dodatni, zwłaszczajeżeli uwzględnimy, że liczba 60,7% ma tutaj większe znaczenie, aniżeli liczby procentowe zwykłej statystyki ogólnej. Liczba ta bowiem, z uwagi na opisany sposób określania szeregów liczbowych dychotomicznych ustala, że w 60,7% przypadkach w każdym przypadku istnieje wysoce prawdopodobny związek przyczynowy między leczeniem zapomocą Quinby, a początkiem i czasem wystąpienia polepszenia na podstawie spostrzeżenia klinicznego.

Przytem obliczenie z błedu średniego jeszcze błędu prawdopodobnego, stanowiącego zazwyczaj ⅔ błędu średniego — jak to się praktykuje przy obliczeniach prawdopodobieństwa — niema celu, ponieważ błędy tutaj występują zupełnie nieprawidłowo, zależnie wyłącznie od przypadkowego zestawienia materjału, tak, że nie można mówić wogóle o błędzie prawdopodobnym.

Jednocześnie wskazuje *Poll*, że, aby módz powiedzieć z największem prawdopodobieństwem, że i dalsze szeregi obserwacyjne wykażą taki sam dodatni wynik, jest

koniecznym warunkiem, ażeby nawet przyjęcie podwójnego błędu średniego nie zmieniło praktycznych wniosków końcowych z liczb w ten sposób poprawionych, a chcąc mieć w tym kierunku pewność, trzeba, ażeby nawet przyjęcie potrójnego błędu ich nie zmieniało.

W moich obliczeniach ani jedno ani drugie nie da się zastosować, i dlatego trzeba się liczyć z możliwością, że dalsze spostrzeżenia wykażą gorsze wyniki niż moje. Jednakowoż względnie mały błąd średni w mojej klinicznej małej statystyce przemawia za tem, że pomimo względnej szczupłości materjału, dalsze badania, przynajmniej w odniesieniu do przypadków sporadycznych, w których odgrywa rolę tylko indywidualny przypadek, potwierdza pożyteczność leczenia duru zapomocą Quinby.

S t r e s z c z e n i e: Szczegółowe kliniczne opracowanie moich spostrzeżeń na podstawie t. zw. małej statystyki — z całem prawdopodobieństwem przemawia za działaniem chemoterapeutycznem swoistem opisanego sposobu leczenia duru zapomocą Quinby. Wyniki były w moich spostrzeżeniach naogół pomyślne, szczególniej w przypadkach, kiedy leczenie to było wcześnie zastosowane i naogół były lepsze niż po inych sposobach leczenia. Wobec tego jest wskazane dalsze badanie leczenia, możliwie jak najwcześniej rozpoczynanego w durze, oczywiście nie zaniedbując i obok tego nieswoistego leczenia. Leczenie zapomocą Quinby ma jeszcze tę wielką zaletę, że jest proste i może być stosowane bez szkody w sposób nieomal szablonowy. Nie przedstawia ono ani dla lekarza, ani dla chorego żadnych trudności i niedogodności. Niebezpieczeństwo działania trującego jest minimalne i można go zupełnie uniknąć przy ciągłej kontroli stanu nerek (białkomoczu) i dziąseł oraz natychmiastowem wstrzymaniu kuracji w razie potrzeby.

Co do techniki należy kierować się wyżej podanymi prawidłami: W odstępach dwu do jednodniowych, w ciężkich przypadkach niekiedy nawet codziennie, wstrzykiwać śródmięśniowo 3 cm. sz. preparatu Quinby (Aubry) (= 0,3, Jodobismutanu chininy w zawiesinie oleistej). U dzieci w stosunku do przypuszczalnej wagi ciała — stosuje się odpowiednio mniejsze dawki. Wstrzykiwania zwykle są zupełnie niebolesne. W naszych przypadkach nie stosowaliśmy nigdy więcej ponad 10 wstrzyknięć — najczęściej zaś mniej. Jednakże doświadczenie osiągnięte przy leczeniu kiły pozwala na zastosowanie w cięższych przypadkach i większej liczby wstrzyknięć. Przy przestrzeganiu kontroli nerek i dziąseł, niczem się nie ryzykuje. Po spadku ciepłoty przerywamy stosowanie preparatu, aby go powtórzyć tylko w razie nawrotu.

Osobiście niechętnie leczyłbym obecnie dur bez pomocy Quinby. Godnem uwagi jest, jak bardzo takie bezpośrednie do celu zmierzające leczenie, którego dotąd nie mieliśmy, działa dodatnio na chorego i uspakaja lekarza. Przy dotychczas stosowanem leczeniu nieswoistem pozostawało zawsze uczucie niepokoju ze względu na świadomość, że przecież nie robi się nic dla usunięcia samego źródła choroby.

Przyszłość wykaże, czy leczenie to nie dałoby się również zastosować w innych schorzeniach, jak posocznica, grypa, gruźlica; a wychodząc z mojego założenia podstawowego — również i przeciwko innym chorobom infekcyjnym jelit. Wobec nieszkodliwości tego sposobu, jak to wykazało leczenie duru, wypróbowanie tego środka nietylko jest wskazane, lecz nakazane i chociaż ja sam nie mogę w tej dziedzinie prowadzić badań — gorąco polecam tę pracę innym badaczom, którzy interesują się lecznictwem. Leczenie zapomocą Quinby jest widocznie ze wszelkich metaloterapji najmniej szkodliwe, a ponieważ działanie bismutu jest w wysokim stopniu oligodynamiczne — posiada ono wielkie widoki nawet przy stosowaniu małych dawek. Poza tem wiemy, w przeciwstawieniu do podanych przezemnie powyżej zasad t. zw. niespecyficznego białkowego leczenia, że nigdy szkody choremu się nie wyrządzi.

Przytem, w przeciwstawieniu do moim zdaniem niedopuszczalnej (dla powodów wyżej wymienionych), nieswoistej proteinoterapji — wiemy tu dokładnie, z jakim środkiem mamy do czynienia i że nie zaszkodzimy choremu.

KOFEINA I SYSTEM NERWOWY.

Oto niektóre wskazania z literatury naukowej.

BARDET: Société de Therapeut.

Palona kawa zawiera więcej kofeiny aniżeli kawa świeża i posiada pomiędzy, 1,2% i 2% kofeiny. Kawa przygotowana z 15 gr. ziarnek kawowych wprowadza do organizmu od 0,18 do 0,30 kofeiny, czyli ilość, która dla ludzi o lekkopodrażniającym się systemie nerwowym bynajmniej nie jest tak obojętna.

BARDIER, LECLERE i STILLMUNKES: Comptes rendus hebdom. séances e. d. mem. de la Société de Biologie.

Kofeina posiada działanie hamujące na nerw sympatyczny.

CRILE, ROWLAND i WALLACE: The Journal of Pharmacologie and exper. Therapie.

Kofeina podrażnia najsilniej centry mózgu.

ERB: Therapie der Gegenwart.

Neurastennikom nie powinno pozwalać się pić kawę.

LUNZ: Journal Newpathologii i Psychiatrii.

Przy nadmiernem piciu kawy występuje cały szereg szkodliwych symptomatów ze stron aparatu nerwowego i cyrkulacyjnego. Zauważone zostały również oznaki stanów depresyjnych. Przy chorea i epilepsji kawa jest wręcz przeciwwskazana.

BING: Therapeutische Monatshefte.

Napoje zawierające kofeinę powinny być bezwzględnie usunięte z dyety neurastenników.

BORN: Medizinische Klinik.

Często przyjmuje się przy migrenie kawę zawierającą kofeinę. Coprawda może ona niekiedy przez spowodowanie rozszerzenia naczyń usunąć skórcz naczyń, w każdym razie jednak należy się liczyć ze szkodą, która wynika z podrażnienia komórek mózgowych.

ROCH: Journal of the American Medical Association, 1916, t. 66, str. 924.

Niekiedy chroniczne zatrucie kawą naśladuje raka żołądka, neurastenję lub chorobę Besedowa.

BUERGL: Ueber coffeinhaltigen und coffeinarmen Kaffee. Praxis 1926, No. 1.

Ludziom nerwowym i skłonnym do bezsenności oraz cierpiącym na arterjosklerozę poleca się kawę bez kofeiny, nie odróżniającą się w niczem od kawy zwykłej z zawartością kofeiny.

STERN: Therapie der Gegenwart. 1926, rocznik 67, str. 305.

Chorych na epilepsję należy bezwzględnie strzec przed spożywaniem kawy z kofeiną, albowiem są oni szczególnie wrażliwi na wszelkie jady.

NIKOLAI: Deutsche Vierteljahresschrift für öffentliche Gesundhe itspflege. 1901. rocznik 33, str. 294/502.

Kawa działa trująco na ośrodkowy układ nerwowy, wzmaga pobudliwość mózgu i rdzenia, zaś w większych dawkach powoduje porażenia; wszystkie te szkodliwe wpływy należy przypisać zawartej w kawiekofeinie.

Dla nerwowego człowieka byłoby rzeczą szczególnie ciężką zrezygnować z ulubionego napoju w postaci kawy czarnej. Ale zakaz kofeiny nie jest zakazem spożycia kawy. Kawa Hag jest wolna od kofeiny i całkowicie nieszkodliwa. Jest to prawdziwa kawa ziarnista o wskaniałym smaku i aromacie. Próby i literaturę wysyła na żądanie bezpłatnie firma Kawa Hag T. z o. p., Gdańsk.

STRESZCZENIA

CHOROBY WEWNĘTRZNE

Stałe, pierwotne nadciśnienie tętnicze z napadami nadciśnienia niewymiernego. (Hypertension artérielle permanente et primitive avec paroxysmes hypertensifs démesurés). Monier-Vinard i Desmarest.

Soc. Méd. des Hôpit. Nr. 21. r. 1930.

Autorowie podają następującą historję choroby: chora ma lat 61, w dzieciństwie przebyła ospę, w 30-tym roku życia chorowała na zaburzenia żołądkowe; jest matką trojga zdrowych dzieci. Zresztą wywiady rodzinne bez znaczenia. Obecna choroba rozpoczęła się przed dziesięciu laty, w okresie przekwitania. Zaburzenia chorobowe są zależne od nadciśnienia, które już w tym czasie stwierdzono. Mimo leczenia objawy te nie ustępują. Obecnie skarży się na stałe bóle głowy, wzmagające się przy kaszlu i ruchach, szum w uszach i zaburzenia wzrokowe w postaci latających muszek. Od czasu do czasu powyższe objawy wzmagają się znacznie, przyczem występuje gwałtowne uczucie rozpierania się w piersiach, jednakowoż bez cech dusznicy bolesnej. Napady te w ostatnich czasach stały się bardziej częste i występują co 10 do 15 dni.

Badanie fizykalne nie wykazuje powiększenia stłumienia serca, tylko nieznaczne powiększenie stłumienia aorty. Widoczne tętnice wyraźnie tętnią, tony serca czyste, tętno równe, miarowe 72 na minutę. Prześwietlenie klatki piersiowej nie wykazuje żadnych zmian. Obmacywanie brzucha utrudnione z powodu otłuszczenia powłok brzusznych. Badanie dna oka nie wykazuje zmian, badanie moczu również ujemne. Odczyn Wassermanna we krwi ujemny. Ilość mocznika we krwi nieco wzmożona (1.05 gr. pro mille), ilość cukru i cholesteryny we krwi prawidłowa.

Ciśnienie krwi w dniu przybycia wykazało: ciśnienie rozkurczowe 180 mmHg., ciśnienie skurczowe nie dało się oznaczyć zapomocą trzech, kolejno stosowanych przyrządów, gdyż było wyższe, niż najwyższa podziałka, t. j. ponad 350 mmHg. W ciągu następnych dni obserwacji ciśnienie tętnicze ulegało wahaniom, nie zeszło jednak ani razu niżej: ciśnienie skurczowe 250 mmHg., ciśnienie rozkurczowe 100 mmHg. Po oczyszczeniu przewodu pokarmowego dokładne badanie jamy brzusznej pozwoliło na stwierdzenie oporu w głębi, w prawem podżebrzu. W przypuszczeniu, że chodzić tu może o nadnerczak po stronie prawej, postanowiono przystąpić do zabiegu chirurgicznego z tem, że gdyby powyższe przypuszczenie okazało się mylnem, postanowiono usunąć prawe nadnercze, aby tą drogą uzyskać obniżenie nadciśnienia. Jako znieczulenie obrano wstrzyknięcie 12 ctgr. scurocainy dolędźwiowo po uprzedniem wypuszczeniu 5 ccm płynu mózgo-rdzeniowego. Zabieg udał się gładko, płyn mózgo-rdzeniowy nie wykazywał wzmożonego ciśnienia. Przed zabiegiem ciśnienie wynosiło: skurczowe 300 mmHg., rozkurczowe 140 mmHg., tętno 76 na minutę. Po upływie 10-ciu minut wystąpiła zapaść naczyniowa, przyczem ciśnienie skurczowe spadło do 60 (!) mmHg., ciśnienia rozkurczowego nie udało się określić. Po podskórnem wstrzyknięciu kofeiny i po dożylnem wprowadzeniu ouabainy ciśnienie skurczowe powróciło do 330 mmHg. Tętno podczas tego nie ulegało wybitniejszym zmianom. O wykonaniu operacji nie było mowy. Przez następnych parę dni ciśnienie utrzymywało się na nieco niższym poziomie, gdyż nie przekraczało 290 mmHg.

Na żądanie chorej, po tygodniu przystąpiono do projektowanego zabiegu, tym razem w znieczuleniu miejscowem zapomocą kokainy, oraz ogólnem zapomocą chloroformu. Po otwarciu okolicy nadnercza prawego stwierdzono nadnercze zupełnie prawidłowe i bez przeszkód usunięto je. W 10 dni po zabiegu rana operacyjna zupełnie się zagoiła. Ciśnienie skurczowe, po operacji, przez 2 tygodnie nie przekraczało 200 mmHg. Ilość mocznika we krwi spadła do 0.36 gr promille. Niebawem jednak ciśnienie zaczęło się znowu podnosić i doszło do 290 mmHg., jednakowoż przez cały ten czas napady nadciśnienia niewymiernego nie pojawiły się. Chora zgłosiła się ponownie do szpitala, skarżąc się na bóle głowy i zawroty i wówczas poddano chorą naświetlaniom głębokim promieniami Roentgena, a mianowicie naświetlano rdzeń kręgowy od C4 do D4, pragnąc tą drogą wpłynąć na ośrodek ciśnienia. Podczas naświetlań chora czuła się nieszczególnie, wynik naświetlań dał nieznaczne obniżenie do 240 mmHg., a po paru tygodniach ciśnienie to znowu zaczęło wykazywać tendencję do zwyżki. Wobec powyższego chorej wypuszczono 12 ccm płynu mózgo-rdzeniowego, w małych porcjach z kilkuminutowemi przerwami. Ciśnienie skurczowe po tym zabiegu opadło do 220 mmHg. ciśnienie rozkurczowe do 100 mmHg. W czasie dalszej obserwacji, która trwała miesiąc, powyższy stan utrzymywał się i chora czuje się względnie dobrze.

W dalszej części swej pracy autorowie omawiają napady nadciśnienia, które, jako charakterystyczne dla nadnerczaka, w połączeniu z trudnościami obmacywania brzucha, naprowadziły ich na mylne rozpoznanie. Omawiany opór w prawem podżebrzu był znacznie powiększonym środkowym płatem wątroby. Wyjęcie nawet zdrowego nadnercza było uzasadnione niezaprzeczalnym wpływem tych gruczołów na ciśnienie krwi. W przypadku autorów nadnercze nie wykazywało żadnych zmian ani makroskopowych, ani mikroskopowych. Badanie nerek chorej nie wykazało także żadnych zmian a wzmożona ilość mocznika we krwi jest dla autorów niewytłumaczalna, aczkolwiek ilość ta wahała się zawsze z wysokością ciśnienia. Autorowie zwracają uwagę na nadzwyczajną wytrzymałość naczyń krwionośnych u tej chorej, oraz na nienaganną czynność serca. W związku ze znieczuleniem dolędźwiowem autorowie podkreślają, że ze strony chirurgów zwracano uwagę na spadek ciśnienia krwi przy tym zabiegu. Dla tego też autorowie wybrali ten sposób znieczulenia. W przyszłości należy się liczyć z tem, że w znacznem nadciśnieniu krwi spadek ciśnienia może przejść wprost w zapaść.

Brak wyraźnego i dłużej trwałego wpływu wycięcia nadnercza na ciśnienie krwi, wykazuje powikłany mechanizm powstawania nadciśnienia. Próby naświetlania rdzenia autorowie tłumaczą istnieniem ośrodka nerwowego naczynio-ruchowego, którego jednak umiejscowienie nie jest dotychczas ściśle określone. Wreszcie podkreślają względnie korzystny wynik otrzymany przez wypuszczenie płynu mózgo-rdzeniowego.

Leczenie obfitych krwotoków zapomocą powtarzanego przetaczania krwi. (Hémorragies profuses. Traitement par les transfusions répétées). A. Tzanck, Weismann-Netter i J. Dalsace.

Soc. Méd. des Hôpit. Nr. 28. 1930.

Autorowie przytaczają następującą historję choroby: u chorego lat 28, od lat czterech występowały coroczne bardzo obfite krwotoki, wywołane prawdopodobnie wrzodem dwunastnicy. W obecnym krwotoku, bardzo ciężkim, próbowano choremu wstrzyknąć krew brata, musiano jednak przerwać ten zabieg, gdyż okazało się, że z powodu odrębności grup krwi wystąpiły bardzo niepokojące objawy. Wobec powyższego zastosowano tylko zupełny spokój, opjum i wstrzyknięto podskórnie surowicę w nadziei, że krwotok sam się zatrzyma, podobnie jak to dawniej miało miejsce. Mimo to krwotoki jelitowe powtórzyły się i stan chorego był agonalny. Wobec tego przystąpiono do przetaczania krwi innego dawcy. W przeciągu 36 godzin, wciąż czuwając przy chorym, dokonano dziewięciu przetaczań krwi i w sumie wstrzyknięto choremu przeszło 2 i ½ litra krwi. Niezależnie od tego stosowano olej kamforowy, opium i ergotamine. Niektóre przetaczania były dokonywane in extremis, w czasie zupełnej nieprzytomności chorego, kiedy brak było nawet odruchu rogówkowego. Powyższe leczenie doprowadziło do zatrzymania się krwotoku, a następnie do wyleczenia chorego.

Autorowie podają dwa podobne przypadki krwotoków, w których wstrzyknięto bądźto 4 litry, bądź też 2 litry 800 ccm krwi. Autorowie wyprowadzają następujące wnioski: że w niektórych przypadkach można przetaczać znaczne ilości krwi, przekraczające połowę ogólnej ilości krwi, a następnie, że należy stworzyć organizację dawców krwi, aby w razie koniecznej potrzeby można było korzystać ze znacznej liczby dawców krwi.

Immunotransfuzja krwi w leczeniu duru brzusznego. (L'immuno-transfusion dans le traitement de la fièvre typhoide). F. Trémolières i A. Tzanck.

Soc. Méd. des Hôpit. Nr. 30. r. 1930.

Autorowie przytaczają 10 historji chorób chorych na dur brzuszny, u których stosowali przetaczanie krwi. Przypadki te są wybrane z pośród wielu innych, leczonych tym sposobem i to ze szczególnych względów.

W grupie pierwszej znajdują się chorzy (7 obserwacji), u których zastosowano, najczęściej wielokrotne, przetaczanie krwi, przyczem poszczególne dawki były niezbyt duże i wynosiły około 200 ccm. krwi. W niektórych tylko, wyjątkowo ciężkich, przypadkach wstrzykiwano większe ilości, około 600 ccm. Wszystkie przypadki tej grupy odznaczały się ciężkimi krwotokami.

Naogół stosowano krew osobników zdrowych. Niebawem jednak autorowie przekonali się, że krew ozdrowieńców po durze brzusznym dawała szczególnie dobre wyniki w dalszym przebiegu choroby, dlatego też w następnej grupie dwóch chorych zastosowano przetaczania krwi ozdrowieńców w ilości 190 i 150 ccm. W obu powyższych przypadkach chodziło o dur brzuszny o wyjątkowo ciężkim przebiegu, jednakowoż bez krwotoków. Wynik przetaczania krwi był bardzo korzystny.

Ostatni przypadek dotyczył chorej lat 23, która od czterech miesięcy była leczona na grypę, a następnie na niedokrewność złośliwą. Badanie krwi wykazało obecność prątków duru brzusznego, a nadto znaczną niedokrewność (1,600,000 ciałek czerwonych, 30% hemoglobiny), oraz leukopenję (2000 ciałek białych). Stan ogólny chorej bardzo ciężki, gdyż poza gorączką i odurzeniem, wystąpiły też liczne, choć niezbyt znaczne krwotoki, szczególnie z dziąseł i nosa. Wobec tego chorej przetoczono 300 ccm. krwi, pochodzącej od ozdrowieńca po durze. Stan chorej bardzo szybko się poprawił i chora wyzdrowiała.

Autorowie podkreślają konieczność powtarzania przetaczania krwi w przypadkach ciężkich, bez szczególnych obaw co do ilości przetoczonej krwi. Nadto autorowie zaznaczają, że przetaczanie krwi ozdrowieńców po durze brzusznym u chorych na dur brzuszny wpływa bardzo korzystnie, zwłaszcza w późniejszych okresach choroby, w przebiegu przedłużającym się. We wczesnych okresach skutek przetaczania krwi na sam przebieg choroby nie jest wyraźny.

W dyskusji *Emille Weil* zgadza się co do skuteczności stosowania przetaczań krwi w durze brzusznym, z jednej strony, aby przeciwstawić się krwotokom jelitowym, z drugiej strony w przypadkach o szczególnie ciężkim przebiegu.

Ponieważ autor stwierdził, że w durze bardzo często występują zmiany we krwi, usposabiające do krwotoków, przeto często stosuje przetaczania krwi, niejako zapobiegawczo. Autor stosował zarówno krew ozdrowieńców po durze, jak i krew ludzi szczepionych przeciw durowi oraz krew zdrowych, nie zauważył jednak jakiejś wyraźnej różnicy co do skuteczności przetaczania wymienionych gatunków krwi. Należy też nadmienić, że w Niemczech *Hansch* i *Hartmann* podali obszerną statystykę, dotyczącą przetaczania krwi w du-

rze brzusznym i ci autorowie dowodzą, że pod wpływem stosowania tego sposobu leczenia śmiertelność w przebiegu danej epidemji zmalała.

Jausion podaje, że w durze brzusznym stosował z korzyścią podskórne wstrzykiwania surowicy ozdrowieńców.

O przetaczaniu krwi w durze brzusznym. (Sur la transfusion du sang dans la fièvre typhoide). J. Rouillard.
Soc. Méd. des Hôpit. Nr. 31. r. 1930.

U kobiety 25-cio letniej w przebiegu niewątpliwego duru, wystąpiły obfite krwawienia z dziąseł i jelit, które doprowadziły do znacznej niedokrwistości, gdyż ciałek czerwonych było 1,250,000 a hemoglobiny 35%, ciałek białych 1,200. Wobec bardzo ciężkiego ogólnego stanu, chorej przetoczono 400 ccm. krwi od kobiety, która nigdy nie przechodziła duru. Stan chorej nieco się poprawił, krwotoki ustąpiły. W tydzień później stan chorej nie uległ poważniejszej poprawie, wobec czego wstrzyknięto jej 250 ccm. krwi osobnika zdrowego i 110 ccm. od dawcy, który ongiś przechodził dur brzuszny. Po tym zabiegu zwolna nastąpiło zupełne wyzdrowienie.

Autor podkreśla szczególną skuteczność drugiego wstrzyknięcia (krwi człowieka, który przechodził dur), przyczem ta poprawa była znacznie większa, niż możnaby było oczekiwać, uwzględniając późny okres choroby.

Liczne krwotoki ciężkie i obfite w przebiegu duru brzusznego, uleczone przetaczaniem krwi. (Hémorragies multiples, profuses et graves au décours d'une fièvre typhoide. Leur arret instantané par la transfusion sanguine). V. Audibert, Avierinos i A. Raybaud.
Soc. Méd. des Hôpit. Nr. 31. r. 1930.

Chora lat 36 przebyła najprzód anginę bardzo ciężką, poczem przez 8 dni miała gorączkę i biegunki. Przez następny miesiąc biegunki jeszcze trwały bez podwyższenia się ciepłoty. Znaczne osłabienie pozwoliło chorej dopiero w trzy miesiące po przebyciu anginy wstać z łóżka, a wówczas wystąpiły obfite krwawienia z dziąseł oraz bardzo liczne wybroczyny krwawe na skórze.

Badanie chorej wykazało znaczną niedokrewność, wybroczyny krwawe na skórze, nitkowate tętno, powiększenie śledziony i rozwolnienie. Nadto okazało się, że chora krwawi z dziąseł, macicy, jelit, że ma krwawe wymioty, krwiomocz i wybroczyny krwawe na spojówkach oczu. Chorej przetoczono natychmiast 300 ccm. krwi. Tego samego wieczoru krwotoki ustąpiły i stan ogólny znacznie się poprawił. W cztery dni później wstrzyknięto chorej znowu 200 ccm. krwi. Dalsze badania wykazały, że chora niewątpliwie przechodziła dur brzuszny i że zakażenie prątkiem Eberta było przyczyną tych zmian.

Autorowie podkreślają rzadko spotykane, współcześnie występujące krwawienia z rozmaitych narządów, sądzą, że przyczyny powyższych zmian należy szukać nie tylko w samym durze brzusznym, ale też i w złośliwem zakażeniu dodatkowem, dla którego bramą wejścia były zmiany w gardle. Co się tyczy mechanizmu działania przetaczania krwi autorowie sądzą, że chodzi tu nie tylko o

FRANCUSKIE WODY MINERALNE

Zwracać uwagę na znak ochronny

Zwracać uwagę na znak ochronny

VITTEL

GRANDE SOURCE

Działa leczniczo na **NERKI**
Podagra-dna. Piasek moczowy (Kamienie nerkowe)
Artretyzm.

SOURCE HÉPAR

Obfitość leczniczych składników mineralnych

Działa leczniczo na **WĄTROBĘ**
Kamienie żółciowe
Obstrukcja
Niedomoga Wątroby.

Sezon od 20 Maja — 25 Września.

NOWOCZESNY ZAKŁAD WODOLECZNICZY.

wzmożenie masy krwi, ilości hemoglobiny i zdolności przenośnej względem tlenu, że wstrzyknięta krew dostarczyła osłabionemu ustrojowi nie tylko pierwiastków niezbędnych dla przywrócenia krzepliwości krwi, ale też być może i wydzielin gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu, które pobudziły narządy krwiotwórcze chorej do nowej czynności.

Bezpośrednie wstrzykiwania lipiodolu do płuc. (Injection transpariétale du lipiodol pour l'étude du drainage pulmonaire). Ameuille i Darbois.
Soc. Méd. des Hôpit. Nr. 31. r. 1930.

Celem zbadania w jaki sposób opróżniają się jamy w płucach (np. gruźlicze, po ropniach płuc

i t. d.), autorowie wstrzykiwali lipiodol bezpośrednio przez klatkę piersiową do jamy płucnej. Powołują się oni na to, że zranienia płuc zapomocą igły zupełnie są nieszkodliwe, jak się o tem można było przekonać przy zakładaniu odmy sztucznej. W przebiegu swoich badań autorowie nie spostrzegali nigdy jakichkolwiek ujemnych skutków, bądź to bezpośrednio po wstrzyknięciu, bądź też w dłuższy czas potem. Zabieg wykonywali w sposób następujący: przedewszystkiem zapomocą metody trzech klisz rentgenologicznych ustalali najmniejszą odległość jamy płucnej od ścian klatki piersiowej, następnie nakłuwali w przestrzeni międzyżebrowej przy pomocy długiej igły o kalibrze stosowanym przy odmie sztucznej. Zapomocą pociągnięcia tłoczkiem strzykawki przekonywali się, czy koniec igły znajduje się istotnie w jamie płucnej a nie np. w naczyniu krwionośnem, wreszcie wstrzykiwali 10 do 20 ccm. ogrzanego lipiodolu. Po wstrzyknięciu i wyciągnięciu igły sporządzano cały szereg zdjęć rentgenologicznych.

Badania te wykazały, że lipiodol nagromadza się na dnie jamy i tam pozostaje, skąd wylewa się do komunikującego z jamą oskrzela tylko w razie zmiany pozycji chorego. Jeżeli ujście do oskrzela znajduje się na dnie jamy, lub jeśli sama jama jest bardzo płytka, wówczas lipiodol odrazu przechodzi do oskrzela. Dopiero przejście lipiodolu do oskrzela wywołuje kaszel, który opróżnia jamę, przynajmniej częściowo, z lipiodolu. Jest rzeczą charakterystyczną, że wyrzucany z jamy lipiodol nie dostaje się odrazu do głównego oskrzela a stamtąd nazewnątrz, ale rozpryskuje się przedewszystkiem do sąsiednich oskrzeli i oskrzelików, a nawet do oskrzeli płuca strony przeciwnej.

Badania autorów wykazują, że sam płyn nagromadzony w jamie nie wywołuje odruchu dążącego do opróżnienia tej jamy, chyba część zawartości jamy dostanie się do oskrzeli i pobudzi do kaszlu. Następnie badania te stwierdzają, że zawartość jamy dostaje się przedewszystkiem do sąsiednich oskrzeli a zatem nasuwa się myśl, że jadowita zawartość jam gruźliczych powinna w tych przypadkach prowadzić do szybszego i znaczniejszego rozprzestrzenienia się procesu chorobowego, aniżeli to zazwyczaj ma miejsce. co dowodziłoby zatem, że istnieją jakieś środki obrony ze strony zdrowego płuca, które należałoby zbadać.

Powyższy sposób badania należałoby stosować, według autorów, w celach rozpoznawczych, szczególnie zaś tych jam, które komunikując z bardzo wąskiem oskrzelem nie mogą być wypełnione lipiodolem w sposób stosowany dotychczas, t. j. przez wprowadzanie lipiodolu do tchawicy.

Przypadek marskości wątroby, leczony zapomocą diatermji. (Essai de traitement d'un cas de cirrhose alcoolique par la diathermie du foie). F. Pagniez, A. Plichet, H. Loutsch i J. H. Marchand.
Soc. Méd. des Hôpit. Nr. 29. r. 1930.

Chory lat 37, przed rokiem przechodził żółtaczkę bezgorączkową, która ustąpiła po 15-tu dniach. Wówczas choremu, który nadużywał alkoholu, zakazano picie tegoż. Chory tej rady nie usłuchał, a przed miesiącem zauważył. że brzuch zaczyna mu się powiększać. Przed dwoma tygodniami wypuszczono 10 litrów płynu z jamy brzusznej. Płyn ten bardzo rychło nagromadził się na nowo, co chorego skłoniło do zgłoszenia się do szpitala. Badanie fizykalne wykazuje znaczne wychudzenie górnej połowy ciała, lekkie żółtaczkowe zabarwienie, bardzo znaczne powiększenie brzucha, przepuklinę pępkową i obrzęki nóg. Badanie moczu zmian nie wykazało. Choremu odrazu wypuszczono z jamy brzusznej 15 litrów żółtawego płynu, wówczas też można było stwierdzić niezbyt dużą wątrobę. Przy stosowaniu środków moczopędnych, odpowiedniej djety i wstrzykiwań wyciągu z wątroby stan chorego o tyle się poprawił, że obrzęki nóg ustąpiły. Niebawem jednak płyn w jamie brzusznej zaczął się na nowo nagromadzać. Wypuszczono go w ilości 8-miu litrów i rozpoczęto leczenie zapomocą diatermji, trzy razy na tydzień po 20 minut, przy zastosowaniu jednej elektrody na krzyż, drugiej zaś na okolicę wątroby; napięcie: 1 i ½ ampera.

Po czwartym seansie płyn w jamie brzusznej przestaje się nagromadzać, a następnie występuje wchłanianie się płynu, co kontrolowano ściśle regularnem ważeniem chorego. Po piętnastu seansach wstrzymano to leczenie przy bardzo dobrym, ogólnym stanie i względnie nieznacznej ilości płynu w jamie brzusznej. Po trzytygodniowej przerwie, płyn zaczął znowu się nagromadzać, wobec czego zastosowano ponownie 12 seansów diatermji. co spowodowało powtórne wessanie się płynu. Od tego czasu, t. j. przez trzy miesiace płyn nie nagromadza sie. obrzęki nóg nie pojawiaja się a stan ogólny stale sie polepsza. tak. że chory zamierza niebawem opuścić szpital i podjąć swój normalny tryb życia.

Autorowie podkreślają, że przez cały czas stosowania diatermji, chory nie otrzymywał żadnych leków ani żadnych zabiegów, poza niezbyt surową djetą i oczywiście całkowitym zakazem picia alkoholu. Naturalnie nie można się łudzić, że leczenie zapomocą diatermji sprowadziło uleczenie marskości watroby, niewątpliwie jednak remisja objawów chorobowych nastąpiła w związku z powyższem leczeniem. Autorowie mieli przed laty podobny przypadek w obserwacji. w którym stosowanie diatermji sprowadziło całkowite wessanie się płynu w jamie brzusznej, lecz niebawem stan chorego pogorszył się.

Tłumaczenie mechanizmu działania diatermji na proces chorobowy w wątrobie jest trudne. Być może ,że chodzi tu o wpływ na tkankę łączną, podobnie jak to widzimy przy stosowaniu diatermji w zwężeniach odbytnicy, być może jednak, że diatermja zmienia warunki krążenia krwi w wątrobie lub też wpływa na wzajemny stosunek białek osocza krwi.

Dwa przypadki azotemji wywołanej trypaflawiną. (Deux cas d'azotémie trypaflavinique. Etude clinique et expérimentale). Ch. Richet fils i R. Couder.
Soc. Méd. des Hôpit. Nr. 32. r. 1930.

W ostatnich latach stosowanie trypaflawiny, t. j. chlorku diaminomethylacrydyny święci prawdziwe tryumfy, gdyż jest to jeden z najdzielniejszych środków bakterjobójczych, stosowanych w zakażeniach gonokokkowych oraz w posocznicach.

Wielu autorów, którzy ten środek stosowali na bardzo dużym materjale, nie widzieli żadnych ujemnych skutków. Tam zaś, gdzie następowała śmierć, obwiniano przedewszystkiem ciężkość zasadniczej choroby.

Nieliczne są tylko notatki odnoszące się do ujemnych objawów, spowodowanych wstrzyknięciem trypaflawiny. Objawy te występowały jedynie po dużych dawkach i wyrażały się nudnościami, wymiotami, ogólnem osłabieniem. W jednym przypadku nastąpiła śmierć wskutek omyłkowego wstrzyknięcia wyjątkowo dużej dawki: 3 i ½ ctgr. trypaflawiny na jeden kg. wagi ciała, jednorazowo, podczas gdy najwyższa dawka, jednorazowa zazwyczaj stosowana wynosi 1 ctgr. na 1 kg. wagi ciała.

W przypadku autorów chodziło o 30-letnią chorą, gorączkującą od paru dni, u której stwierdzono ostry nieżyt oskrzeli. Zarówno badanie moczu, jak i krwi, plwociny oraz prześwietlenie promieniami Roentgena nie wykazało żadnych zmian. Wobec przewlekania się sprawy chorobowej chorej wstrzykiwano trypaflawinę w ciągu 6 dni, przyczem stan chorej znacznie się poprawiał. Ogólna ilość wynosiła 2,6 ctgr. na 1 kg. wagi ciała chorej. Zarówno skóra, jak i mocz chorej były silnie na żółto zabarwione. W dwa dni później chora uskarżała się na bóle przy oddawaniu moczu, poczem nastąpiło zatrzymanie oddawania moczu, a cewnikowanie wydobyło tylko 600 ccm. moczu na dobę, z dużą zawartością białka. Chora była bardzo blada, jęcząca, wymiotowała wszystkie pokarmy, a nadto pojawiły się obfite i uporczywe biegunki. Badanie krwi wykazało przyczynę tego stanu, a mianowicie, znaczną azotemję, (4 gr. mocznika na 1 litr). Ciężki stan chorej utrzymywał się jeszcze przez parę dni, poczem zwolna nastąpiła poprawa, zarówno stanu ogólnego, jak i ilość białka w moczu i mocznika we krwi zaczęła spadać. Jedynie biegunka trwała przez dwanaście dni. Po paru tygodniach chora opuściła szpital zupełnie zdrowa.

W drugim wypadku chodziło o kobietę 48-mio letnią, która zgłosiła się do szpitala z powodu bólu w stawach oraz gorączki. Badanie fizykalne wykazało obecność dość licznych guzków w skórze, bolesnych przy dotyku. Badanie krwi wykazało obecność gronkowca złocistego (staphylococcus aureus). Przy ogólnie, względnie dobrym stanie, dwa guzki w skórze ulegały zropieniom, a w ropie wykazano obecność staphylococcus aureus. Stan chorej niebawem zaczął się pogarszać i wówczas zastosowano, obok propidonu, także wstrzykiwania trypaflawiny. Po paru dniach pojawiło się na skórze erythema solare poakrydynowe na twarzy i prawem przedramieniu. Ogólny stan coraz gorszy, ilość moczu zaczęła się zmniejszać, pojawiło się w nim białko. Zaprzestano stosowania trypaflawiny. Pojawiły się nudności i biegunka, a we krwi wykazano azotemję wynoszącą 2,85 gr. mocznika pro mille. Mimo ogólnego osłabienia, ciśnienie krwi zaczęło wzrastać; w dalszym przebiegu stan chorej przedstawiał obraz raczej azotemji, aniżeli posocznicy. Mimo stosowania odpowiedniego leczenia azotemja wzrosła do 4,85 gr. mocznika pro mille i chora zmarła wśród objawów śpiączki. Sekcji nie dokonano.

Autorowie omawiając drugi przypadek, podkreślają, że zmiany nerkowe i wypływająca stąd azotemja nie mogły zależeć od umiejscowienia się zasadniczej sprawy chorobowej w nerkach, ale raczej objawy te były wyrazem zatrucia trypaflawiną. Aż do czasu zastosowania trypaflawiny stan chorej naogół był dobry, tak, że w żadnym wypadku nie można było spodziewać się tak rychłej śmierci. Naogół pogorszenia się stanu chorej nie można też odnosić do propidonu, podobnie też i erythema solare poakrydynowe, aczkolwiek przedstawiało obraz oparzenia drugiego stopnia, nie mogło jednak tak niekorzystnie wpłynąć na przebieg choroby, gdyż zajęta przestrzeń nie była zbyt wielka, a następnie erythema łatwo uległo wyleczeniu.

Niewątpliwie zatem stosowanie trypaflawiny w dawkach ogólnie używanych, lecz często powtarzanych, może wywołać późne zatrucie, wśród objawów typowej azotemji.

Dla dokładnego zbadania powyższej sprawy autorowie przeprowadzili cały szereg doświadczeń na myszach i królikach, wstrzykując zwierzętom rozmaite dawki trypaflawiny, przyczem stosowano trypaflawinę, pochodzącą z rozmaitych źródeł. Autorowie badali nie tylko śmiertelne dawki trypaflawiny, ale także zachowanie się mocznika we krwi, następnie przeprowadzali badania histologiczne oraz badania nad powinowactwem poszczególnych narządów do trypaflawiny. Wyniki tych badań doświadczalnych i obserwacji klinicznych można ująć w następujące punkty:

PERSODINE

Lumière

SWOISTE LECZENIE

BRAKU ŁAKNIENIA

NADSIARCZANAMI

DZIAŁA OGÓLNIE **DROGĄ KRWIOBIEGU** ZAPOMOCĄ **TLENU:**

$[M_2]S_2O_3 + H_2O = [M_2]SO_4 + H_2SO + O_4$

ANALOGJA z DZIAŁANIEM **KLIMATU GÓRSKIEGO.**

PRZYWRACA ŁAKNIENIE NAWET W NAJUPORCZYWSZYCH PRZYPADKACH U DOROSŁYCH I DZIECI.

Łaknienie, wywołane zapomocą PERSODINE jest wyrazem wzmożenia zdolności asymilacyjnej ustroju.

SPOSÓB STOSOWANIA:

Dorośli: 2 razy dziennie po 3 tabletki na godzinę przed jedzeniem.

Dzieci od 8 — 10 lat: 2 razy dziennie po 2 tabletki na godzinę przed jebzeniem.

Dzieci od 2 — 7 lat: 2 razy dziennie po 1 tabletce na godzinę przed jedzeniem

rozpuszczając tabletki w 1/4 szklanki czystej wody bez dodawania cukru lub innych substancyj.

1. Niektóre próbki trypaflawiny wywołują, w dawkach ogólnie stosowanych, ciężkie, a nawet śmiertelne azotemje.

2. Wobec powyższego nie należy przekraczać dawki 20 ccm. rozczynu trypaflawiny 1 : 100.

3. Jakiekolwiek zmiany nerkowe wymagają szczególnej rozwagi w stosowaniu trypaflawiny.

4. O ile to możliwe, należy kontrolować każde wstrzyknięcie trypaflawiny przez oznaczanie ilości mocznika we krwi, w 48 godzin po zastrzyku. Należy zwrócić szczególną uwagę na pojawienie się wymiotów lub nudności.

5. Doświadczenia na zwierzętach wykazują, że jadowitość poszczególnych próbek trypaflawiny jest różna. Dawki 3 do 5 razy silniejsze, od dawek ogólnie używanych w klinice (w stosunku do wagi ciała), wywołują u zwierząt doświadczalnych hyperazotemję, prowadzącą do śmierci zwierzęcia.

Śmiertelny przypadek śpiączki niecukrzycowej, poinsulinowej. (Un cas de coma insulinique mortel en dehors du diabète). F. Rathery i Sigwald.

Soc. Méd. des Hôpit. Nr. 32. r. 1930.

Po wprowadzeniu insuliny do lecznictwa cukrzycy, przestrzegano odrazu przed możliwością wystąpienia t. zw. zespołu hypoglykemicznego, a nawet śpiączki poinsulinowej, wywołanych zbyt dużą dawką insuliny. To niebezpieczeństwo nie powinno być przeszkodą w stosowaniu insuliny w odpowiednich przypadkach cukrzycy, zwłaszcza, że wystąpieniu zespołu hypoglykemicznego można zapobiec, wstrzykując insulinę zawsze przed posiłkiem, a nawet w razie wystąpienia pierwszych objawów przeinsulinowania można je łatwo usunąć, podając cukier doustnie lub też wstrzykując roztwór cukru gronowego podskórnie czy nawet dożylnie. Autorowie nie widzieli nigdy śmiertelnego przypadku, spowodowanego insuliną w przebiegu cukrzycy. W literaturze światowej przypadki takiej śmierci są notowane w liczbie około 10-ciu, co przedstawia minimalny odsetek, jeśli się uwzględni ogromne rozpowszechnienie stosowania insuliny w cukrzycy.

W ostatnich czasach rozciągnięto wskazania do stosowania insuliny także i poza cukrzycę, a autorowie sądzą, że te wskazania są może zbyt rozległe. Oczywiście w stosowaniu insuliny poza cukrzycą, możliwość wystąpienia zespołu hypoglykemicznego lub nawet śpiączki poinsulinowej, jest znacznie większa i ostrożność w stosowaniu insuliny musi być daleko posunięta w tych przypadkach. Autorowie przytaczają przypadek nieszczęśliwego stosowania insuliny.

Chora lat 27 leczona jest od roku w sanatorjum z powodu sprawy gruźliczej, łagodnej, w szczycie prawym oraz gruźlicy dolnych kręgów piersiowych. Celem usztywnienia kręgosłupa chorej zakładano odpowiedni gorset. Przed dziesięciu dniami, po zmianie gorsetu, chora bardzo cierpiała i przez 5 dni otrzymywała codziennie wstrzyknięcie 1 ctgr. morfiny. Przez 4 dni nie przyjmowała zupełnie pokarmów, poczem pojawiły się wymioty, które odnoszono do morfiny tak, że morfinę odstawiono a u chorej zastosowano lawatywy odżywcze. W ciągu następnych dni wymioty nadal trwały, nadto pojawił się zapach acetonu z ust a badanie moczu stwierdziło jego obecność. Chorej podano sodę oraz stosowano podskórne wlewania płynu fizjologicznego i lawatywę kroplową z tego samego płynu z dodatkiem sody. W czasie tego leczenia pojawiły się objawy tężyczki (tetanji), podczas gdy w moczu stale stwierdzić można było aceton. Od 5-ciu dni chorej wstrzykiwano insulinę po 50 lub 30 jednostek dziennie oraz 250 ccm. izotonicznego roztworu glukozy podskórnie. Na dzień przed przybyciem do szpitala chora straciła przytomność i zapadła w śpiączkę z typem oddychania Cheyne-Stoyes'a, wobec czego chorej wstrzyknięto 90 jednostek insuliny oraz pół litra fizjologicznego roztworu glukozy podskórnie i 1 litr tego roztworu w lawatywie kroplowej. *).

W chwili przybycia do szpitala chora jest w stanie pełnej śpiączki, z bradypnoe, przyśpieszonem tętnem (128 na minutę) i prawidłowem ciśnieniem krwi, objawy tężyczki widoczne. Wyraźnie można było stwierdzić odruch Chwostka. Badanie krwi wykazuje zaledwo 0,20 pro mille cukru przy znacznie zwiększonym zasobie zasad we krwi (71%). Stan bezgorączkowy, płyn mózgordzeniowy bez zmian. Chorej wstrzyknięto natychmiast dożylnie 1 gr. chlorku wapnia, co usunęło odrazu objawy tężyczki, następnie zastosowano kroplówkę z rozczynu glukozy oraz wstrzyknięto dożylnie pół litra roztworu fizjologicznego glukozy. Po paru godzinach stan chorej poprawił się. Badanie krwi wykazało 1.49 pro mille cukru, a zasób zasad spadł na 64.4%. Chorej powtórzono poprzednio zastosowane leczenie, a nadto wstrzyknięto 1 mlgr. adrenaliny. Po paru godzinach chora dostała gorączki 41,9°, oraz drgawek typu padaczki Jacksonowskiej. Po paru godzinach zmarła. Sekcja wykazała zmiany w płucach, w górze gruźlicze, w dole zapalenia płuc.

Autorowie czynią następujące uwagi: chora przedstawiała typowy obraz śpiączki poinsulinowej, zaczem przemawiało stosowanie insuliny oraz znacznie obniżona zawartość cukru we krwi. Podczas śpiączki u chorej wystąpiły objawy padaczkowe i tężyczkowe. Te ostatnie widywano już w czasie śpiączki poinsulinowej. Autorowie zastanawiają się czy w tym przypadku należało stosować sodę, zwłaszcza, że zasób zasad był względnie wysoki i wynosił 71%. *) Trzeba też zauważyć, że mimo podwyższenia zwierciadła cukru we krwi (1.49 pro mille), śpiączka poinsulinowa nadal trwała i skończyła się śmiercią. Należy podkreślić, że znaczne wynędznienie chorej oraz istniejący proces gruźliczy niewątpliwie uczulił ustrój chorej względem insuliny, niektórzy autorowie podkreślają tę wrażliwość względem insuliny u chorych na gruźlicę. Przypadek ten poucza o niezbędności badania krwi na zawartość cukru podczas stosowania insuliny czy to u chorych na cukrzycę, czy też u innych chorych.

*) Fizjologiczny rozczyn glukozy jest 5%. Ilość wprowadzonego cukru wyniosła zatem około 75 gr., wobec 90 jednostek insuliny, a zwłaszcza wobec wygłodzenia chorej, ilość cukru była bezwarunkowo za mała, tembardziej, że nie chodziło tu o cukrzycę. (Przyp. referenta).

*) Jak wiadomo, objawy tężyczki odnosimy do alkalozy krwi, względnie do obniżenia ilości wapnia krwi. (Przyp. referenta).

Wczesne rozpoznawanie schorzeń nerek. (Le dépistage précoce des localisations rénales). D. Porge.
Soc. Méd. des Hôpit. Nr. 10. r. 1930.

Autor przypomina, że bardzo często spotykamy przypadki rozwiniętego zapalenia nerek, nieleczonego wskutek zaniedbania odpowiednich badań moczu, w swoim czasie. W czasie chorób zakaźnych oraz po ich przebyciu badanie moczu względnie częściej jest dokonywane i tu jednak należy pamiętać o tem, że choroba nerek może wystąpić względnie późno, na co wskazuje przypadek autora, w którym zapalenie nerek po płonicy wystąpiło dopiero ósmego tygodnia po przebytej chorobie. Co się tyczy samego badania moczu autor przypomina, że należy badać nie tylko mocz z całej doby, ale i poszczególne porcje, nieraz bowiem się zdarza, że tylko w poszczególnych porcjach moczu może znajdować się białko, które rozcieńczone innymi, bezbiałkowymi porcjami, może nie dać się wykryć. Nadto autor przypomina powiedzenie *Dieulafoy*, że białko w moczu jest niestałą i niewierną oznaką zapalenia nerek. Na dowód słuszności tego powiedzenia, autor przytacza przypadki, w których wielokrotne badanie moczu nie wykazywało obecności białka, a dopiero badanie osadu z moczu wykrywało obecność krwinek, a nieraz i innych elementów morfotycznych.

Niewątpliwie należy uwzględniać istnienie białkomoczu ortostatycznego, białkomocz po fizycznem zmęczeniu, po posiłkach oraz białkomocz u rosnącej młodzieży, nie należy jednak zapominać, że dokładne, wielokrotne badanie nie tylko chemiczne, ale i mikroskopowe osadu moczu, pozwoli nieraz na wyodrębnienie z powyższych białkomoczów także i typowego zapalenia nerek.

W końcu autor zaznacza, że jakkolwiek istnieje możliwość, w podobnych przypadkach wykrycia kamienia nerkowego lub gruźlicy nerek, jako przyczyny białkomoczu i krwinek w moczu, to jednak te przypadki nie są tak częste, jak to przypuszczał *Paillard*, doradzając w takich przypadkach prześwietlanie Rentgenem oraz szczepienie moczu świnkom morskim.

Uwagi o fosforanowej kamicy moczowej. (A propos de la lithiase phosphatique urinaire). H. Paillard.
Soc. Méd. des Hôpit. Nr. 10. r. 1930.

Pewna liczba autorów przyjmuje następujący mechanizm powstawania kamieni fosforanowych: najpierw zakażenie, następnie zalkalizowanie moczu z powodu zakażenia, wypadanie soli fosforanowych, wreszcie tworzenie się kamieni. Autor sądzi, że powyższy mechanizm nieraz ma istotnie miejsce, najczęściej jednak dzieje się tak, że zalkalizowanie moczu i wypadanie fosforanów przebiega zupełnie niezależnie od zakażenia, które pojawia się dopiero później, jako sprawa towarzysząca. Wiemy o tem, że ludzie przepracowani umysłowo, wrażliwi nerwowo, chorzy na zaburzenia żołądkowe i jelitowe lub też ludzie nadużywający leków zawierających zasady albo picia wód mineralnych alkalicznych — wydzielają mocz alkaliczny, mętny od wykrystalizowanych soli fosforanowych. Mimo to, w takim moczu bardzo często nie wykrywamy żadnych drobnoustrojów. Według autora wszyscy, wyżej wymienieni, mogą być predestynowani do kamicy fosforanowej. Jeżeli na powyższe schorzenie nie cierpią, to dlatego, że brak jest w moczu cementu, któryby spoił wykrystalizowane sole fosforanowe w kamień fosforanowy. Skoro u takich ludzi wystąpi najmniejsze zakażenie dróg moczowych, wówczas znajdą się drobne złogi włóknika, które będą bezpośrednią przyczyną powstania kamienia. Według autora staphylococcus znacznie częściej jest przyczyną wystąpienia odczynów leukocytarnych i wysiękowych aniżeli bacillus coli i dla tego ten pierwszy gra większą rolę w powstawaniu kamicy. Autor nie wchodzi bliżej w teorję humoralną, względnie zakaźną powstania kamicy, zaznacza jednak, że nieraz niepodobna jest wykryć istnienia zakażenia dróg moczowych w przypadkach kamicy.

Z chwilą, gdy istniejący już kamień zostaje chirurgicznie wydobyty, względnie samoistnie wydalony nazewnątrz, wówczas należy kamień ten dać chemicznie zbadać, w przeciwnym bowiem razie dalsze leczenie chorego może być prowadzone w sposób fałszywy i choremu grozi ponowne, a nawet wielokrotne powstawanie kamieni, co tak często ma miejsce.

Dla wczesnego rozpoznania kamicy fosforanowej, dla odpowiedniego leczenia i zapobiegania tej chorobie, należy przeprowadzać dokładne badanie świeżo oddanego moczu. Z chwilą, gdy świeży mocz jest oddziaływania alkalicznego lub obojętnego, gdy ewentualne zmętnienie moczu pochodzi od soli fosforanowych (zmętnienie znika po ogrzaniu i zakwaszeniu moczu kwasem octowym), wówczas należy dokładnie badać osad, aby stwierdzić jakość kryształków soli a nadto, co jest rzeczą bardzo ważną, czy niema w osadzie moczu krwinek, lub większej liczby leukocytów, co pośrednio wskazuje na istnienie w drogach moczowych procesu zapalnego, a wreszcie, czy w moczu niema drobnoustrojów. Z chwilą, gdy stwierdzimy istnienie powyższych zmian, tem samem stwierdzamy istnienie wszystkich warunków potrzebnych dla powstania kamicy. Oczywiście nie dowodzi to jeszcze wprost istnienia samej kamicy, nie mniej jednak wymaga dalszych badań (wywiady, badanie fizykalne, prześwietlenie promieniami Roentgena), gdyż nieraz w tym okresie już może istnieć kamień fosforanowy, który nie daje żadnych powodów do skarg ze strony chorego.

W celach leczniczych i zapobiegawczych względem kamicy fosforanowej należy wyłączyć z djety pokarmy, obfitujące w wapń łatwo przyswajalny (zielone jarzyny surowe, surowe owoce i surowe mleko). Następnie wyłączyć należy picie wód alkalicznych i przyjmowanie zasad (zamiast węglanu sodu, podać można w razie konieczności węglan bizmutu lub kaolin). Jako leki zakwaszające można podawać kwas fosforowy, cytrynowy lub salicylan sodu. Należy przepłukiwać drogi moczowe, podając na czczo zwykłą wodę, lub wodę mineralną diuretyczną, lecz nie zasadową. Trzeba też przeprowadzić odkażanie dróg moczowych, a w razie konieczności wakcynoterapję, zwłaszcza zapomocą autowakcyny. Nie należy też zaniedbać leczenia ogólnego.

Z. Gorecki.

CHIRURGJA

Uwagi na temat szwu kostnego w złamaniach górnego końca kości udowej. (Quelques considérations sur l'ostéosynthèse - fractures de l'extremité superieure du fémur). Lambotte.
La Presse Méd. № 97, grudzień 1930.

Autor, wogóle, uważa stosowanie przeszczepów kostnych żywych lub kości martwych (ludzkich lub zwierzęcych) jako materjału do szycia kości za niecelowe i szkodliwe. Koniecznym bowiem warunkiem uzyskania pomyślnego wyniku szycia kości jest dokładne dostosowanie do siebie i ich silne umocowanie w tem ustawieniu. Do tego konieczne jest wykonanie operacji ściśle pod kontrolą oka; należy zaniechać wszelkich zabiegów, wykonywanych na ciemno np. wbijania gwoździ poprzez skórę.

Autor do szycia kości używa wyłącznie gwoździ ze stali umiarkowanie hartowanej, niezbyt grubych i długich, i blaszek (wraz z odpowiedniemi śrubkami) z miękkiego żelaza oksydowanego.

Jeśli chodzi teraz o złamania w zakresie górnej nasady kości udowej, to rozróżniamy tu cztery ich odmiany.

I. Złamania przezkrętarzowe— w większości przypadków złamania te goją się zupełnie dobrze bez operacji, w razie braku większego przemieszczenia odłamów wystarcza poprostu ułożenie chorego w łóżku na kilka tygodni; jeśli jednak ma miejsce duże zniekształcenie względnie przemieszczenie, należy operacyjnie zestawić odłamy i umocować je zapomocą dwu śrub, wkręconych od zewnętrznej powierzchni krętarza dużego; chory taki zaczyna chodzić po 4 tygodniach.

II. Złamania podstawy szyi — postępowanie jak wyżej; po operacji zwykle wystarcza ułożenie kończyny między workami z piaskiem.

III i IV. Złamania właściwej szyi i złamania przygłówkowe sprawiają najwięcej trudności w leczeniu operacyjnem i dają, naogół, rokowanie niezbyt pomyślne. Dostatecznie silne umocowanie odłamów bywa utrudnione przez małe ich rozmiary i często tutaj występujące rozrzedzenie kości. Unieruchamia się odłamy, zasadniczo, przez wbicie gwoździ od strony zewnętrznej, drążących aż do szczytu główki kości udowej. W przypadkach znacznego rozrzedzenia główki wskazanem będzie całkowite jej wycięcie z następowem wprowadzeniem do panewki odłama dolnego; po odprowadzeniu kończyny unieruchamia się ją w opatrunku gipsowym na przeciąg 4 tygodni.

W złamaniach trzonu kości udowej poprzecznych lub słabo skośnych autor szyje odłamy zapomocą blaszek żelaznych i odpowiednich śrubek. Blaszka taka powinna mieć długość pięciokrotnie przekraczającą grubość kości i unieruchamiać odłamy tak mocno, żeby nawet kosztem dużego wysiłku mięśniowego nie było można tu nic poruszyć. Blaszka taka musi dokładnie przylegać do obnażonej z okostnej powierzchni kości. Zaraz po operacji chory zaczyna poruszać kończyną a po zagojeniu się rany skórnej zaczyna chodzić. W razie ropienia w miejscu szwu kostnego — należy sączkować, jednak bez usuwania blaszki, którą trzeba tu pozostawić aż do chwili wystąpienia mocnego zrostu.

Podstawy fizjologiczne przetaczania krwi w leczeniu krwotoków. (Les bases physiologiques de la transfusion sanguine pour hémorrhagie). Gosset, Tzanck i Charrier.
La Presse Méd. № 102, grudzień 1930.

Jakkolwiek przetaczanie krwi jako metoda lecznicza jest znane i stosowane nieomal od czasów starożytnych, to jednak jego uzasadnienie fizjologiczne dotychczas jeszcze nie zostało jasno sformułowane.

Zasadniczo, wskazania do przetaczania krwi można podzielić na dwie grupy: 1) następstwa różnego rodzaju krwotoków i 2) konieczność wyzyskania różnych, do pewnego stopnia drugorzędnych własności krwi, jak jej działania krwiotwórczego, przyśpieszającego krzepnięcie krwi, własności bakterjobójczych, obecności w niej hormonów i t. p. Autorowie zajmowali się wyłącznie następstwami ciężkich krwotoków i w związku z tem przeprowadzili szereg odnośnych doświadczeń na królikach i psach i pewną liczbę spostrzeżeń klinicznych.

U jednych zwierząt wywoływano gwałtowne upusty krwi przez nakłucie lub nacięcie tętnicy szyjnej lub udowej; strata krwi w tych przypadkach nigdy nie dochodziła do 70%, gdyż wcześniej już ustawało krążenie i następowała śmierć, o ile nie zastosowano odpowiedniego leczenia. U innych — wykonywano upusty krwi niezbyt duże, ale zato powtarzane, przyczem strata krwi dochodziła tutaj do 80 — 90%.

Mechanizm zejścia śmiertelnego w następstwie krwotoku może być dwojaki: śmierć następuje albo wskutek zapaści (collapsus), albo też wskutek bezpośredniego braku krwi jako przenośnika tlenu (zaduszenie).

I. Śmierć wskutek zapaści bywa następstwem gwałtownych krwotoków, które szybko doprowadzają do zgubnego dla ustroju niedokrwienia ośrodków mózgowych. Śmierć poprzedzają tutaj pewne objawy nerwowe jak drgawki i porażenie oddechu. Strata krwi nigdy nie dochodzi do 70% całkowitej jej ilości, gdyż duża część krwi przepełnia trzewa brzuszne, zalegając tutaj, przez co ustrój broni się przed nadmierną jej utratą. Jeśli w przypadkach tych, po zatamowaniu krwawienia, wstrzyknąć roztwór fizjologiczny dożylnie (czasami wystarcza nawet niskie ułożenie głowy), ustrój wraca do życia, gdyż poprawia się ukrwienie ośrodków mózgowych. Jeżeli jednak krwawienie nie zostanie uprzednio zatamowane, to wstrzyknięcie roztworu fizjologicznego jedynie nasili utratę krwi i przyspieszy zejście śmiertelne, ponieważ będzie przeciwdziałało temu aktowi samoobrony krwawiącego ustroju, jakim jest spadek ciśnienia krwi.

II. Inaczej bywa w przypadkach śmierci wskutek braku krwi jako przenośnika tlenu (zaduszenie), które są następstwem krwotoku niezbyt gwałtownego, ale długotrwałego względnie powtarzającego się. Strata krwi dochodzi tutaj do krańcowych liczb („organizm bez kropli krwi"), przekraczając 70%. Wstrzykiwanie roztworu fizjologicznego ani też ni-

skie ułożenie głowy celu tutaj nie osiągną, gdyż ustrój już jest całkowicie pozbawiony wszelkich rezerw krwi (w przeciwieństwie do przypadków grupy poprzedniej). Poprawę można osiągnąć jedynie zapomocą przetaczania krwi, przyczem ilość krwi przetoczonej musi być w prostym stosunku do ilości krwi straconej.

Wnioski ostateczne autorowie formułują w sposób następujący. Zakres działania, a więc i zastosowania leczniczego, roztworu fizjologicznego soli i przetaczania krwi jest zupełnie odrębny; przetoczenia krwi nie można zastąpić wstrzyknięciem roztworu fizjologicznego.

Wstrzyknięcie dożylne roztworu, zanim gwałtowny krwotok zostanie zatamowany, tylko przyśpieszy zejście śmiertelne; jednakże wstrzyknięcie roztworu fizjologicznego w tempie zwolnionem (kroplówka dożylna), nie podnoszące ciśnienia tętniczego, może podtrzymać konieczne dla życia funkcje ustroju na pewnym minimalnym poziomie, dopóki nie nastąpi samoistne zaczopowanie się dziury w naczyniu krwawiącem.

Ilość przetoczonej krwi powinna odpowiadać dosyć dokładnie ilości krwi straconej.

Działanie lecznicze adrenaliny w przypadkach zapaści wskutek krwotoku polega na wywołaniu skurczu naczyń trzewnych, z których krew zostaje dzięki temu przepchnięta do serca (nieraz zupełnie prawie pustego). Działanie swoje adrenalina wywiera tu tem szybciej i tem intensywniej, im bliżej serca (dożylnie) została ona wstrzyknięta, ewentualnie nawet wprost do serca.

Odczyny komórkowo-tkankowe, powstające w nowotworach złośliwych pod wpływem naświetlań promieniami Roentgena i radu (γ). (Les réactions cytologiques et histologiques déclenchés dans les tumeurs malignes par les radiations). Dustin.

Le cancer VII — № 1, 1930.

Jak głosi prawo Perthesa, komórki, znajdujące się w okresie podziału (karjokinezy), są szczególnie wrażliwe na działanie promieni Roentgena i radu. Jednakże okazało się, że istnieją komórki w stanie spoczynku, które również są bardzo wrażliwe na naświetlania powyższe. Dlatego też prawo Perthesa należałoby rozszerzyć w sposób następujący: „Odczyn ze strony komórek na naświetlania jest tym wybitniejszy, im mniej są te komórki zróżnicowane i im bliższe są okresu podziału".

Jasnem jest przeto, dlaczego szczególnie wrażliwe są na naświetlania organizmy młode, szybko rosnące, i te narządy organizmów dorosłych, które cechują się dużą czynnością rozrodczą jak jądra, jajniki, szpik kostny, ośrodki tkanki limfoidalnej, warstwa Malpighiego skóry, wszelkie komórki o nadmiernie wzmożonej czynności i, wreszcie, komórki nowotworowe.

Zadziałanie promieni Roentgena względnie radu na tkankę żywą przejawia się dosyć typowemi zmianami ze strony jąder komórkowych i zarodzi. Odczyn ze strony jąder ma charakter czterofazowy. W pierwszym okresie następuje znaczny spadek liczby podziałów karjokinetycznych i obumarcie komórek, które w czasie naświetlania znajdowały się w okresie karjokinezy. W drugim — zjawiają się obrazy karjokinezy nietypowej. W trzecim — ustaje wszelka karjokineza, typowa i nietypowa, a komórki nowotworowe ulegają zupełnie obumarciu; okres ten odpowiada klinicznemu wyleczeniu nowotworu złośliwego. Ale po tym przychodzi okres czwarty, cechujący się znacznem nasileniem procesów karjokinezy, która odbywa się tu o wiele intensywniej, niż przed naświetleniem.

Zaródź komórek naświetlonych, które pod wpływem naświetlań utraciły zdolności karjokinetyczne, traci swój charakter komórki młodej, niezróżnicowanej i zaczyna się „starzeć", dojrzewać, co również zaliczyć należy na rachunek wyleczalności nowotworów złośliwych.

Długotrwałość powyższych faz odczynu komórkowego i ich nasilenie zależą w pierwszym rzędzie od wielkości dawki energji promienistej; im ta dawka jest większą, tym dłuższą będzie faza trzecia (faza bez karjokinezy). Poza tem, ów odczyn zależy również w pewnym stopniu od charakteru i budowy histologicznej samego nowotworu.

Zmiany w komórkach, będące następstwem zadziałania promieni X lub radu, nie są bynajmniej dla tych promieni swoiste, gdyż, zasadniczo, mogą być wywołane szeregiem innych czynników jak np. chemicznych.

Działanie owej energji promienistej na komórki nowotworowe lub tkanek zdrowych nie jest ani bezpośrednie, ani natychmiastowe. Dowodzi tego, między innemi, mniejsza ich wrażliwość in vitro, niż in situ; przerwanie lub znaczne zmniejszenie dopływu krwi do tkanki naświetlanej również zmniejsza jej wrażliwość na działanie promieni.

Stąd wniosek, że odczyn komórkowy na naświetlenie jest wypadkową bardzo złożonej reakcji, jaka zachodzi między komórką, płynami tkankowemi i działaniem fizykochemicznem promieni.

Leczenie tak zwanych torbieli maziówkowych (ganglion). (Le traitement des kystes dits „synoviaux"). Mutel.

Paris Méd. № 48, listopad 1930.

Operacyjne usuwanie tego rodzaju torbieli maziówkowych uważane jest naogół za zabieg prosty i nie przedstawiający dla chorego żadnego niebezpieczeństwa. Tak, jednakże nie jest, gdyż w pewnej liczbie przypadków, coprawda dosyć rzadkich, po takim zabiegu powstają powikłania miejscowe lub ogólne, o charakterze nieraz dosyć groźnym tak, że ryzyko operacyjne nie równoważy tych niewielkich dolegliwości schorzenia pierwotnego.

Etjologja tych torbieli może być trojaka. W pewnej liczbie przypadków są to pourazowe uwypuklenia maziówki pochewek ścięgnowych poprzez szczelinę w otaczającym je aparacie więzadłowym. Operacja tego rodzaju torbieli daje wyniki dobre i trwałe; powikłań pooperacyjnych nie bywa.

Inne znowuż przypadki są natury gruźliczej, przyczem wycięcie operacyjne takiej

torbieli może spowodować rozszerzenie się procesu swoistego miejscowe lub ogólne. Tła gruźliczego dowodzą tu, między innemi — wynik dodatni szczepienia zawartości torbieli świnkom morskim i nawrót miejscowy pod postacią „synovitis fungosa", jako też powstanie — po wycięciu torbieli — gruźliczego ogniska kostno-stawowego w jej sąsiedztwie.

Trzeci rodzaj torbieli — to torbiele przystawowe, powstałe wskutek zwyrodnienia koloidowego miejscowego zbiorowiska tkanki łącznej włóknistej (klejodajnej). W tego rodzaju przypadkach po operacji wycięcia torbieli widzi się nierzadko nawrót cierpienia. Owe torbiele bywają nieraz dużych rozmiarów; należą tu również tak zwane torbiele „wędrujące".

Klinicznie schorzenie omawiane przedstawia się pod postacią niewielkich zwykle guzków półkulistych, niebolesnych przy ucisku, wyraźnie odgraniczonych od otoczenia, gładkich; torbiele duże mają za tło najczęściej zwyrodnienie koloidowe tkanki łącznej (fibrosis cystica). Zawartość torbieli przedstawia się pod postacią niecharakterystycznej masy gęstej, ciągnącej się, bezbarwnej, bez cech wysięku zapalnego. Istnienie połączenia między torbielą a światłem pochewki maziowej względnie torebki stawowej przemawia za jej pochodzeniem mechanicznem (pourazowem) lub gruźliczem.

Wskazania operacyjne. W przypadkach dużych torbieli, krępujących ruchy przez swoje rozmiary, i których wielkość przemawia przeciwko ich naturze gruźliczej, wskazanem będzie wycięcie operacyjne torbieli wraz z dokładnem następowem wyłyżeczkowaniem jej łożyska. W przeciwieństwie do nich, w przypadkach torbieli małych, niebolesnych i nie krępujących ruchów chorego, a zwłaszcza tam, gdzie jest podejrzenie tła gruźliczego, należy się ograniczyć raczej do okresowego, powtarzanego opróżniania torbieli zapomocą nakłucia wąskim nożykiem poprzez skórę.

Serce — a zabieg operacyjny. (Coeur et interventions chirurgicales). Vaquez.

Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chirurgie. № 31, grudzień 1930.

Autor zastanawia się tutaj nad zagadnieniem, jakie schorzenia serca stanowią zasadnicze przeciwwskazanie do operacji, ze względu na ryzyko narkozy i samego zabiegu.

Na wstępie zaznaczyć należy, że jak dotychczas, nie znamy dostatecznie pewnych sposobów dokładnego określenia sprawności serca ze szczególnem uwzględnieniem tych warunków, w jakich mogłoby się ono znaleźć w okresie pooperacyjnym.

Jeśli chodzi o osobników, którzy dotychczas na serce nigdy nie chorowali, a obecnie chcą się upewnić przed operacją co do ewentualnego ryzyka pooperacyjnych powikłań sercowych, to — jeśli nie stwierdzi się u nich żadnych podmiotowych lub przedmiotowych objawów ze strony serca — można ich zapewnić, że mogą się poddać operacji bez obawy.

Przechodząc teraz do osobników, którzy już chorują na serce, trzeba uwzględnić kilka rodzajów tych dolegliwości sercowych. Najbardziej niewinnym — jest tutaj niemiarowość tętna (arythmia), występująca u dzieci w związku z rytmem oddechowym; jest ona do pewnego stopnia fizjologiczna, po uśpieniu chorego ustępuje zwykle. Chorego takiego można poddać operacji zupełnie bezpiecznie.

Podobnie nie jest przeciwskazaniem do operacji niemiarowość tętna, polegająca na extrasystole, częsta w wieku podeszłym, ale dająca rokowanie zasadniczo mniej pomyślne, niż w postaci poprzedniej. W czasie snu chorego nieprawidłowość taka się wyrównuje, po obudzeniu się zaś powraca znowuż.

To samo, mniej więcej, można powiedzieć o niemiarowości zupełnej (arythmia completa), która albo bywa następstwem wad zastawkowych czy też zapalenia mięśnia sercowego, albo bywa schorzeniem pierwotnem. Od poprzedniej niemiarowości różni się tem, że po uśpieniu chorego nie wyrównuje się wcale.

Inaczej się rzecz przedstawia, jeśli chodzi o przypadki zwolnienia tętna (bradycardia), będące następstwem zaburzenia koordynacji przedsionkowo - komorowej czyli zaburzenia przewodnictwa nerwowego wewnątrzsercowego. Tutaj rokowanie jest naogół niepewne, gdyż stanom tym mogą towarzyszyć nagłe osłabienia serca (zespół Adams — Stokes'a) które pod wpływem chloroformu mogłyby się nasilić aż do zejścia śmiertelnego włącznie. W czasie snu chloroformowego następuje nadmierne podrażnienie nerwu błędnego, stopniowe zupełne przerwanie przewodnictwa przedsionkowo - komorowego (blokada) i wreszcie migotanie komór, które szybko prowadzi do śmierci. Jednakże powyższe zaburzenia, czynności serca występują rzadko, dopiero po podaniu dużych ilości chloroformu.

Przechodząc następnie do różnych wad zastawkowych należy zaznaczyć, że nie stanowią one żadnego przeciwskazania do operacji, podobnie zresztą jak stany nadmiernego ciśnienia tętniczego i, nawet, dusznica bolesna.

Jeśli chodzi, wreszcie, o stany niedomogi serca (asystole, tachycardia, obrzęki), to i one bezwzględnego przeciwskazania do operacji nie stanowią, zwłaszcza jeśli chodzi o zabiegi konieczne dla chorego.

Jak z powyższego widać, niema choroby serca, któraby stanowiła przeciwskazanie do operacji w ścisłem tego słowa znaczeniu, i obawy chirurgów w tym względzie są mocno przesadzone. Jedno tylko należy tu podkreślić z naciskiem: silny strach przed operacją jest u chorego, jeśli chodzi o sprawność serca, czynnikiem bardzo szkodliwym, gdyż przez nadmierne pobudzenie nerwu błędnego może doprowadzić, zwłaszcza u osobników wrażliwych, do znacznego zaburzenia rytmu serca, aż do jego zupełnego zatrzymania włącznie. Z tem — chirurdzy powinni się liczyć i tego jednego powinni się bać. I dlatego też autor jest zwolennikiem raczej usypiania chorych do operacji, niż znieczulania

miejscowego, zwłaszcza w przypadkach, w których ów czynnik strachu może wchodzić w grę.

Wodonercze, przebiegające klinicznie wśród objawów żołądkowo-kiszkowych. (L'hydronéphrose à forme gastro-intestinale). Gauthier i Clavel.
Journ. d'Urologie XXX — № 4, październik 1930.

Różne zaburzenia żołądkowo - kiszkowe w przebiegu wodonercza występują naogół bardzo często. W wielu przypadkach, w początkowym okresie chroby są wogóle jedynemi objawami klinicznemi.

Rozróżniamy tu, pod względem klinicznym, dwa zespoły objawów: zespół objawów przewlekłych i ostrych.

I. Objawy przewlekłe dotyczą zaburzeń żołądkowych, jelitowych i rzekomo — wyrostkowych. Możemy mieć tutaj do czynienia z bólami w okolicy żołądka, zaburzeniami jego wydzielania, ruchowemi, objawami zapalenia kiszki grubej (colitis, colitis mucomembranacea) i, wreszcie, bólami w okolicy prawego talerza biodrowego (wodonercze prawostronne z ewentualnem przemieszczeniem ku dołowi), które nieraz już spowodowały mylne rozpoznanie zapalenia wyrostka robaczkowego i naraziły chorego na niepotrzebny zabieg wycięcia wyrostka.

Wszystkie powyższe objawy żołądkowo-kiszkowe cechują się z jednej strony — ostrym początkiem i końcem (w przeciwieństwie do takich że objawów, mających swą pierwotną przyczynę w żołądku lub kiszkach), z drugiej zaś — zupełnem nieskutkowaniem leczenia, skierowanego wyłącznie w kierunku żołądka i kiszek. Te dwie cechy charakterystyczne powinny skierować uwagę lekarza na stan nerek, ze szczególnem uwzględnieniem wodonercza.

II. Ostre objawy brzuszne występują w przebiegu wodonercza przemijającego (hydronephrosis intermittens), wodonercza zakażonego i rozerwania ściany wodonercza w kierunku przestrzeni pozaotrzewnowej. Są to objawy ostrej niedrożności jelit porażennej lub objawy zapalenia otrzewnej. Pęknięcie wodonercza pozaotrzewnowe może być wywołane przez uraz, lub też wystąpić samoistnie.

Mechanizm chorobotwórczy owych objawów żołądkowo-kiszkowych w przebiegu wodonercza może być trojaki: 1) ucisk mechaniczny guza na odźwiernik, dwunastnicę, poprzecznicę ewentualnie odnośne naczynia i nerwy; 2) wpływ przez krew, która może wykazywać pewne zmiany mocznicowe (mdłości, wymioty, biegunki, czasami objawy ostrej niedrożności jelitowej); 3) na drodze odruchu nerwowego z dróg moczowych na przewód pokarmowy.

Wnioski ostateczne. W przypadkach ostrych objawów brzusznych, przebiegających pod postacią ostrej niedrożności jelitowej, dla których nie znajduje się przyczyny, należy myśleć o schorzeniu nerek (przedewszystkiem o wodonerczu). To samo dotyczy różnych przypadków o objawach żołądkowo-jelitowych, trwających przez czas dłuższy i nie poddających się zwykłemu leczeniu.

M. Czyżewski.

POŁOŻNICTWO I CHOROBY KOBIECE.

Skurcze przewodu pokarmowego w zwyrodnieniu torbielkowatem jajnika. (Spasmes du tube digestif dans l'ovarite sclero-kystique). La Gravinese Nicole.
Italja. *Gynecol. et. Obstetr. T. XXII, № 1, 1930.*

Na zasadzie swego doświadczenia klinicznego, a także wyników leczenia operacyjnego, autor twierdzi, że występujące u niektórych chorych objawy skurczu przewodu pokarmowego bez wykazalnego jego schorzenia, są skutkiem zaburzeń natury nerwowej, w zakresie nerwów współczulnego i błędnego, z punktem wyjścia ze schorzałych jajników. Klinicznie skurcze te wyglądają na organiczne schorzenia przewodu pokarmowego, najczęściej na zajęcie odźwiernika wrzodem okrągłym i powodują operację. Chirurg nie stwierdzając zmian w odźwierniku albo zaszywa brzuch bez wykonania jakiegokolwiek zabiegu, albo stosuje, co gorsza, zespolenie żołądka z jelitem, raczej ut aliquid fieri videatur. Zdaniem zaś autora należy zbadać stan jajników i w razie ich schorzenia, np. zwyrodnienia drobno-pęcherzykowego — przeciąć drogi nerwowe n. współczulnego, wycinając najlepiej nerw przedkrzyżowy (n. presacralis).

Szereg przytoczonych obserwacji klinicznych potwierdza wywody autora.

Stany śluzówki jajowodów przypominające budową śluzówkę macicy. (Les états endométrioides l'endométriome tubaires). Haman t A., Cornil M., Mosinger.
La Presse Medicale, № 80, R. 1930.

W pracy swej, noszącej charakter raczej artykułu zbiorowego, autorzy wysuwają następujące wnioski:

1. Odróżniać należy trzy stany patologiczne, zasadniczo różne, a zazwyczaj mieszane między sobą, a mianowicie: a) stan endometrioidalny, charakteryzujący się podobieństwem mniej lub więcej odległem śluzówki jajowodu do śluzówki macicy; b) endometriosis jajowodu, w której śluzówka trąbki ma wygląd identyczny ze śluzówką macicy; c) endometrioma — nowotwór dobrotliwy, który jest bujającą endometriosis.

2. Salpingitis isthmica nodosa-Chiari (albo adenomyoma cornu V. Recklinghausen'a) jest stanem endometrioidalnym pochodzenia zapalnego lub wrodzonego (z przewodu Wolfa lub Müllera); stan ten bywa stosunkowo często w związku z mięśniakami macicy.

3. Stan endometroidalny jest pochodzenia zapalnego, z niego zaś na drodze metaplazji wytwarza się endometriosis.

4. Na zasadzie obserwacji kilku przypadków autorzy przypuszczają, że w powstawaniu endometriosis dużą rolę gra zaburzenie w wydzielaniu wewnętrznem jajnika.

5. Endometriosis i stan endometroidalny zaznaczają się licznemi powikłaniami, z których najpoważniejszem jest — ciąża pozamaciczna.

6. Rozpoznanie omawianych stanów powinno być brane pod uwagę: a) w przypadkach, gdzie

dawniej wykonano wycięcie trąbki (endometrioma po operacji), b) w przypadkach dawniej przebytych zapaleń jajowodów (pozapalne endometrioma).

7. Leczenie zapobiegawcze polegać powinno na starannej technice operacyjnej zabiegów na jajowodach.

Leczniczo zastosować można w niektórych przypadkach czasowe wytrzebienie za pomocą promieni Roentgena.

W sprawie rozszerzenia szyjki macicy pod koniec ciąży w znieczuleniu lędźwiowem. (Au sujet de la dilatation du col de l'uterus en fin de grossesse sous rachianesthésie. Methode de Delmas). A. Ginglinger, R. Pinson.
Gynecologie et Obstetrique. T. XXII, Nr. 4, 1930.

Szkoła Strasburska, pragnąc nabrać osobistego doświadczenia co do wartości metody Delmasa, zastosowała ją w 21 przypadkach, początku porodu lub końca ciąży. Wskazania do zabiegu ręcznego rozszerzenia szyjki macicy w znieczuleniu lędźwiowem były rozmaite; zawsze jednak starano się wybierać przypadki istotnie wymagające szybkiego ukończenia porodu, względnie przerwania ciąży (łożysko przodujące, wady serca, wypadnięcie pępowiny, przedłużenie się porodu przy objawach zaczynającego się zakażenia i t. d.). Ostrożność we stawianiu wskazań, cechująca autorów, uwydatnia się w stosunkowo małej ilości przypadków załatwianych według omawianej metody (21 przyp. na ogólną ilość 7.000 porodów).

Oceniając wyniki z całą bezstronnością autorowie określają 11 przyp. jako udatne, 10 — zaś jako nieudane.

Ale nawet grupa przypadków udanych nie jest bez zarzutu. Oto np. w jednym doszło do pęknięcia szyjki, dochodzącego aż do tętnicy macicznej; w drugim — obrót następujący po rozszerzeniu szyi był bardzo trudny, bez porównania trudniejszy, niż obrót bez znieczulenia lędźwiowego; w trzecim — przyszło do gwałtownego shoku naczyniowego, co stwierdza, że samo znieczulenie lędźwiowe nie jest zabiegiem zupełnie bezpiecznym; w 4-tym — autorzy musieli szyć znaczne pęknięcie szyjki, a w piątym znowu — obrót i wydobycie płodu było tak trudne, że odbiło się na zdrowiu dziecka, a szyjka macicy pękła obustronnie aż do sklepienia.

Przechodząc z kolei do grupy przypadków nieudanych autorzy rozpatrują je szczegółowo po kolei podnosząc szkody wynikłe czy to dla matki, czy dla dziecka. Najsmutniejszy jednak był przypadek 21-y, gdyż zakończył się śmiercią pacjentki, która wykrwawiła się naskutek pęknięcia macicy w dolnym odcinku, z zachowaniem ciągłości otrzewnej. Rozpatrując ogólnie czynniki ułatwiające czy utrudniające gwałtowne rozszerzanie szyi met. Delmasa autor stwierdza, że łatwiej jest uczynić to już w trakcie porodu, przy zanikłej części pochwowej, niż w ciąży choćby przy końcu, zwłaszcza o ile szyja jest jeszcze długa, nieskrócona. Na 10 przypadków, w których szyja była jeszcze długości kilku centymetrów, aż 5 było nieudanych i z tego 1 skończył się śmiertelnie.

Wniosek ogólny: Metoda Delmasa mogła by być używana tylko bardzo rzadko z gwarancją bezpieczeństwa. (Między linjami wyczytać można potępienie metody Delmasa przez autorów — przyp. referenta).

T. Zawodziński (Warszawa).

CHOROBY SKÓRNE I WENERYCZNE

Astma dziecięca i objawy jej towarzyszące. (L'asthme infantile et les réactions qui lui sont associées (dermatoses prurigineuses, insuffisance hépatique). H. Jumon.
Présse Médicale 1930, N. 68.

Astmy dziecięcej nie należy mięszać z astmą osobników młodych. Astma dziecięca w ścisłem znaczeniu polega na atakach duszności, które pojawiają się u dzieci w 1-ym do 6-go roku życia, mają charakter duszności kataralnej i mają skłonność do samoistnego stopniowego ustępowania około 10 roku życia, lub w okresie dojrzewania. Astma osobników młodych rozpoczyna się zwykle później, ataki mają charakter spazmatycznych, nie wykazują żadnej skłonności do samoistnego ustępowania; etjologję jej można często ściśle ustalić, nie towarzyszą jej objawy ze strony skóry i wątroby, co ma miejsce w astmie dziecięcej, — jest to więc astma dorosłych, pojawiająca się u osobników młodych. Astma dziecięca w największej ilości przypadków rozpoczyna się w 3-cim roku życia. Jej postać najbardziej typowa ma cechy nieżytu oskrzeli, przebiegającego z podniesieniem ciepłoty ogólnej, klinicznie znajdujemy obraz bronchiolitis. Rokowanie jest dobre, wszystkie objawy stopniowo przechodzą. Obok tej postaci istnieje także poronna, obejmująca liczne przypadki bezgorączkowo przebiegających nieżytów oskrzeli: po pierwszym kataralnym okresie następują stany bezgorączkowej napadowej duszności, wikłane okresami, w których przeważają objawy nieżytu. Łatwo z tych przypadków wykluczyć te, w których duszność jest następstwem schorzeń nosa, śródpiersia, serca, nerek i t. p. Objawy skórne, towarzyszące astmie dziecięcej należą wszystkie do typu świerzbiączki (prurigo). Głównym objawem podmiotowym jest swędzenie, wtórnym objawem — zliszejowacenie (lichenisatio). W szeregu tych dermatoz można wyróżnić 2 grupy. Pierwsza — swędzenie z następowem wypryszczeniem; brak tutaj elementów charakterystycznych, drugie — świerzbiączka z charakterystycznymi elementami pierwotnymi, papulo-vesicula typu pokrzywkowego. Do tej drugiej grupy zaliczyć należy prurigo Hebrae szkoły francuskiej, prurigo Hebrae verum, prurigo simplex acutum i formy przejściowe pomiędzy prurigo a pokrzywką, czyli strophulus.

Objawy ze strony skóry ustępują zwykle tak, jak i objawy duszności w wieku 8 — 10 lat a najpóźniej w okresie pokwitania. O ile objawy wtórne na skórze — wypryszczenie i zliszajowacenie są znacznego stopnia, mogą utrzymywać się dłużej tak, że chory nie cierpi już na duszność a jest chorym skórnym.

Zaburzenia w czynności wątroby, towarzyszące astmie dziecięcej polegają na niedomodze w spalaniu ciał acetonowych, objawiają się albo gwał-

townemi cyklicznemi wymiotami i acetonemją lub, co częściej się zdarza, nieznacznemi zaburzeniami ogólnemi i trawiennemi bez wymiotów. W tych przypadkach ciepłota ogólna może nieoczekiwanie podnieść się. Oddech ma zapach charakterystyczny dla ciał acetonowych, które zawsze zresztą znajdują się w moczu. Acetonemja jest wtedy przyczyną podniesienia ciepłoty ogólnej, częściej jednak mamy do czynienia z t. zw. poronną bezgorączkową acetonemją, która objawia się tylko nieznacznie kwaskowatą wonią oddechu i wydzielaniem acetonu z moczem. Klinicznie mamy w tych razach objawy ogólnej depresji, zmęczenie, bóle głowy, senność po jedzeniu i bezsenność w nocy — pomiędzy 2 a 4-tą godziną, zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego w postaci braku apetytu, skłonności do wymiotów, nudności zwłaszcza po przebudzeniu. Język bywa obłożony, istnieje zaparcie stolca; stolce są słabo zabarwione. Obmacywanie wątroby wykazuje niekiedy tylko jej nieznaczne powiększenie, ciepłota ogólna nie podniesiona lub nieznacznie podniesiona, wymiotów brak. W moczu zawsze znajduje się w tych okresach aceton. Okresy te są przejściowe, trwają 1 — 2 dni, o ile leczenie jest prowadzone w kierunku zalkalizowania soków i zastosowania odpowiedniej djety. Leczenie nie powinno iść w kierunku leczenia zwykłej niestrawności. Wszystkie powyższe zaburzenia powinny być odniesione do niedomogi wątroby (spalania ciał acetonowych), czego następstwem — ogólne zakwaszenie. Z dzieci dotkniętych tym schorzeniem tylko nieliczne są dobrze odżywione z ogólnym stanem zdrowia dobrym. Większość jest wątła ,blada, ich skóra jest zawsze sucha ze skłonnością do kserodermji. Ten zespół objawów zostaje wywołany jakąś przypadkową przyczyną rozmaitą, zależnie od osobniczej wrażliwości. Mechanizm jego powstawania może polegać na wstrząsie anafilaktycznym lub na wstrząsie koloidalnym bez wpływu jakiejkolwiek substancji, dostającej się do organizmu zzewnątrz. Przyczyną bezpośrednią wywołującą atak bywa: zmęczenie, uraz psychiczny, błędy djetetyczne zwłaszcza przejedzenie, a głównie wpływy meteorologiczne: nagłe zmiany ciepłoty otaczającej, zwłaszcza z ciepłej na zimno. Dermatozy są również skutkiem wyżej wymienionego wstrząsu koloidalnego, któremu towarzyszą zmiany w krwi. Co się tyczy okresów acetonemji, to są one związane z wprowadzeniem do przewodu pokarmowego białka obcego (wędliny, jaja, czekolada, fasola, kremy). Są jednak typowe przypadki astmy dziecięcej ze zmianami skórnemi i niedomogą czynności wątroby, w których nie udaje się odnaleźć żadnej przyczyny, wywołującej ataki i należy przypuścić jakieś specjalne długotrwałe zmiany plazmy, które stwarzają odrębność podłoża. Stan ten nazwano skazą neuroartretyczną, skazą powstającą skutkiem zboczeń w odżywianiu. Skaza ta ma cechy wady dziedzicznej lub nabytej. Dziedziczy się ją po rodzicach alkoholikach i rodzicach zatruwających się chronicznie innymi czynnikami szkodliwymi (kawa, herbata), po rodzicach zakażonych zwłaszcza kiłą i gruźlica. Skaza neuroartretyczna może być nabyta skutkiem błędów w odżywianiu i następowych błędów w trawieniu, popełnionych w pierwszych miesiącach życia dziecka: karmienie mlekiem krowy, zawczesne odłączenie, przekarmianie, dokarmianie sztucznemi mączkami, djety obfite w białko zwierzęce. Wszystkie te czynniki atakują komórkę wątroby, co jest pierwszym aktem w powstaniu zestawionych tutaj procesów chorobowych. Drugim aktem jest następowa chwiejność równowagi koloidowej, co stwarza właśnie podłoże zwane skazą, a czego następstwem jest labilność systemu neurowegetatywnego i skłonność organizmu do reagowania wstrząsem, którego ostatnim wyrazem jest skurcz oskrzeli, swędzenie i kwasica. Zależnie od indywidualnych cech odpowiedniego organu u jednego dziecka przeważają objawy oskrzelowe u innego skórne lub wątrobowe. Zwykle jednak można odnaleźć wszystkie 3 syndromy z przewagą jednego. Trzy te syndromy proponuje autor nazwać syndromem artretyzmu dziecięcego. Leczenie racjonalne powinno iść w kierunku zmiany podłoża. Pierwszym tego warunkiem jest ścisłe uregulowanie djety, następnie leczenie klimatyczne.

Pokrzywka a gronkowcowe schorzenia skóry. (Urticaire et dermite staphylococcique). P. Chantriot.
Paris Médic. 1930 № 37.

Stan allergiczny skóry, wywołany najczęściej przez podawanie niektórych ciał białkowych w pokarmach lub niektórych leków, stwarzający skłonność do powstawania wykwitów pokrzywkowych, może być także skutkiem uczulenia na białka lub toksyny bakteryjne. Obserwacja autora ma być dowodem możliwości istnienia takich przypadków pokrzywki bakteryjnej.

Chory cierpiał od 20 dni na ropne zmiany na skórze twarzy, tułowia i kończyn (impetigo, ecthymata). Obok wykwitów typowych dla zmian powyższych pojawiły się, nie pozostając z niemi w żadnem związku topograficznym, rumienie pokrzywkowe. Chory nie przedstawiał pozatem żadnych zaburzeń i wykwitów pokrzywkowych nie można było odnieść ani do zaburzeń w przewodzie pokarmowym, ani do schorzenia innych organów, ani do jakiegokolwiek uczulenia. Wyleczenie zmian ropnych na skórze pociągnęło za sobą samoistne ustąpienie wykwitów pokrzywkowych.

W sprawie leczenia przewlekłych grzybic międzypalcowych przy pomocy środków epilacyjnych. (Du traitement par les pâtes épilatoires des mycoses interdigitales chroniques). R. Sabouraud.
Annales de Dermat et de Syphil, 1930, № 9.

Zmiany chorobowe określone nazwą eczema hyperkerat. interdigital. są zawsze grzybicą skóry, wykazującą znaczną oporność na leczenie środkami zwykle w grzybicy stosowanemi (tra jodi). Zmiany te ustępują wprawdzie podczas leczenia, odnawiają się jednak natychmiast po zaprzestaniu leczenia i prawie nie jesteśmy w możności zniszczyć grzybni w obficie narastającym, złuszczającym się naskórku pomiędzy palcami tak, jak nie umiemy je zniszczyć we włosie głowy. Schorzenie to może utrzymywać się 3, 5 i więcej lat. Grzyby wywołujące to schorzenie są różne, autor wylicza ich około 7 rodzajów. Pasty siarkowe alkaliczne, które rozpuszczają włos, rozpuszczają również warstwę naskórka zrogowaciałego. To działanie nasunęło autorowi myśl stosowania tych środków w przypadkach grzybicy międzypalcowej. Autor stosował barium sulfuricum (depilatoire Brisson).

rozrobione na papkę z gliceryną. Glicerynowe papki mają tę wyższość nad wodnemi, że schnąc bardzo powoli pozwalają na dowolnie długie działanie środka, który w paście wyschniętej już nie działa.

Papkę glicerynową stosowano na miejsca schorzałe po uprzednio długotrwałej gorącej kąpieli rąk ew. nóg. Pozostawiano ją na skórze 10 — 30 minut, poczem zmywano ciepłą wodą i pędzlowano miejsce schorzałe rozcieńczoną jodyną. Zabieg ten powtarzano co drugi dzień, stosując w pozostałe dnie samą tylko nalewkę jodową. Tym sposobem naskórek zrogowaciały zostaje bardzo szybko usunięty, drobne pęcherzyki śródnaskórkowe otworzone, warunki do wytępienia grzybni stają się bardziej odpowiednie. Wyjątkowo pozostawiano papkę na 45 minut. Podrażnienia znaczniejszego autor nie spostrzegał. Przypadek najbardziej uporczywy był leczony 1½ miesiąca — poczem nastąpiło zupełne wyleczenie.

W sprawie leczenie orchi - epididymitis blenorrhagica przy pomocy surowicy przeciwmeningokokowej. (Le traitement de l'orchi-épididymite blennorhagique par le sérum antimeningococcique). L. Lortat-Jacob, Bucquoy.
Annales de Derm et de Syphil. 1930, № 9.

Autor zebrał około 30 przypadków wiewiórowego zapalenia najądrzy, w których stosowano surowicę przeciwmeningokokową. Nie stosowano tego leczenia w innych powikłaniach wiewiórowych. Przeciwskazaniem do tego leczenia były zastarzałe chroniczne zajęcia najądrzy. Im świeższe przypadki, im ostrzej przebiegające, tem lepsze były wyniki lecznicze. Stosowano surowicę w postaci zastrzyków domięśniowych, codziennych w dawkach 40, 30, 20 i 20 cm³ przez cztery dni i ta ilość surowicy (110 cm³) jest konieczna do uzyskania pożądanego skutku. Zastrzyki były nieboleśne, nie wywoływały żadnego wstrząsu, posurowiczych objawów prawie nie spostrzegano (w jednym przyp. na 10 dzieci pokrzywka). Leczenia innego nie stosowano równocześnie. Chorzy pozostawali na djecie mlecznej. Zupełnego wyleczenia nie udaje się przy pomocy surowicy przeciwmeningokokowej nigdy uzyskać. Objawy natomiast podmiotowe i obrzęk i stan zapalny szybko, bo już po 12 godzinach po pierwszym zastrzyku ustępują tak, że zastosowane po 4 dniach dalsze leczenie o wiele prędzej prowadzi do celu. Leczenie surowicą przeciwmeningokokową niewpływa wcale na zmniejszenie się stanu kataralnego cewki moczowej.

Własności lecznicze surowicy polegają na jej zdolności aglutynacyjnej w stosunku do dwoinek Neissera. W celach porównawczych stosował autor w takich samych przypadkach surowicę przeciwdyfterytyczną i przeciwgonokokową i wyniki otrzymywane były o wiele słabsze. Autor nie tłómaczy tego zjawiska.

Dr. Zofja Jastrzębska.

KRONIKA

Dn. 23.V, 24.V i 25V.1931 r. odbędzie się we Lwowie XI. Zjazd Psychjatrów Polskich. Tymczasowy program Zjazdu jest następujący:

I. dzień.

Temat główny: Kiła w etjologji schorzeń psychicznych.

1. Prof. *Weigl* (Lwów) — Bjologja krętka bladego.
2. Prof. *Lenartowicz* (Lwów) — Kiła eksperymentalna.
3. Prof. *Nowicki* (Lwów) — Anatomja patologiczna kiły.
4. Dr. *Messing* (Warszawa) — Histopatologja kiły układu nerwowego.
5. Prof. *Kryształowicz* (Warszawa) — Kiła wrodzona.
6. Dr. *Meissner* (Kobierzyn) — Patogeneza zaburzeń psychicznych.
7. Doc. *Artwiński* (Kraków) — Leczenie kiły.

II. dzień.

Przed południem.

Hygiena psychiczna.

Porządek dzienny nie jest dotychczas ustalony; dotychczas zgłoszono następujące odczyty:

1. Prof. *Groer* (Lwów) — temat zastrzeżony.
2. Prof. *Borowiecki* (Poznań) — Nerwice, jako choroby społeczne.
3. Dyr. *Łuniewski* (Tworki) — Zagadnienia społeczne, wypływające z wyników współczesnego leczenia paralityków.
4. Ks. *Rękas* (Kulparków) — Sterylizacja umysłowo chorych w świetle nauk etyki i socjologji.

Po południu.

Walne Zgromadzenie Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego.

III. dzień.

Luźne odczyty.

UWAGI:

1. uprasza się o nadsyłanie tytułów luźnych odczytów pod adresem Sekretarza Zarządu Głównego Towarzystwa Psychjatycznego *(J. Hendelsman,* Pruszków — Tworki), możliwie wcześnie w celu ułożenia ostatecznego programu Zjazdu.
2. W sprawach organizacyjnych Zjazdu uprasza się o skomunikowanie się z miejscowym Komitetem: Dyr. *Sochacki,* Kulparków pod Lwowem.

POKŁOSIE TERAPEUTYCZNE.

Leczenie pooperacyjnego porażenia kiszek. U chorych po laparatomjach, w warunkach prawidłowych, gazy odchodzą zwykle po 30 godzinach. Jednakże w niektórych przypadkach pooperacyjne porażenie kiszek i uwarunkowane przez nie zatrzyma-

nie gazów utrzymuje się dłużej, będąc dla chorego źródłem znacznych nieraz dolegliwości, jak bóle brzucha, mdłości, wymioty, czkawka, utrudnienie oddechu i t. p. Owe objawy niedrożności są natury wyłącznie porażenno-skurczowej, gdyż na zakażenie, względnie jakąś przeszkodę mechaniczną bywa wówczas jeszcze zawcześnie.

W przypadkach tych, o ile lawatywa z oliwy lub gliceryny nie skutkuje, autor stosuje wstrzykiwania dożylne 20% roczynu chlorku sodu w ilości 5 — 10 cm³; zwykle już po 3 godzinach kiszki odzyskują swoje napięcie i gazy odchodzą. Wstrzykiwania te można powtarzać w miarę potrzeby.

Można również profilaktycznie stosować ten środek, wstrzykując w 10 godzin po operacji 5 cm³ 20% chlorku sodu, a następnie powtarzając tę dawkę co 3 godziny aż do skutku, to jest odejścia gazów.

Działanie środka tego polega na podrażnieniu nerwów, wywołującem ruchy robaczkowe jelit.

(Bojovitch — La Presse Méd. Nr. 98, 1930).

Cz.

HELUAN W EGIPCIE

Stacja klimatyczna nadzwyczajnej suchości powietrza, dla chorych na nerki, reumatyzm, artretyzm i dla rekonwalescentów.

Kąpiele siarczane i słoneczne; wszelkie fizyczne metody leczenia.

Pół godziny od Kairu; pociągi co pół godziny.

PENSJONAT WILLA WANDA

WANDY BILIŃSKIEJ

istniejący od 1904 roku.

Opieka i kuchnia djetetyczna ściśle według przepisów lekarskich.

Pokój z całodziennem utrzymaniem od 22 złotych.

Informacji udziela telefonicznie (tel. 54-28) od g. 8—9 wiecz. p. Dr. Krzemiński.

Redaktor odpowiedzialny: *Doc. Dr. A. Wojciechowski*
Wydawca: Spółka Wydawnicza „Wiedza Lekarska".
Adres redakcji i administracji Warszawa, Kaliska 9. Tel. 420-90.
Prenumerata z przesyłką rocznie zł. 8, kwartalnie zł. 2. Konto **P. K. O. 15.785.**

Ogłoszenia: zewnętrzna strona okładki . . . . . zł. 450.— 250.— 135.—
bezpośrednio przed tekstem . . . . . „ 350.— 200.— 120.—
2-ga i 3-cia strona okładki . . . . . „ 350.— 200.— 120.—
pozostałe . . . . . „ 300.— 170.— 95.—

ZAKŁ. GRAF. PRAC. DRUK., WARSZAWA, NOWY-ŚWIAT 54, TEL.: 615-56 I 242-40.

ROK V WARSZAWA 1931 MARZEC ZESZYT III

WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY PRZEGLĄDOWI FRANCUSKIEGO PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO I POTRZEBOM LEKARZA PRAKTYKA

REVUE MENSUELLE CONSACRÉE À LA LITTERATURE MEDICALE FRANÇAISE ET AUX BESOINS DU PRATICIEN

pod redakcją Doc. Dr. Wojciechowskiego

PRACE ORYGINALNE

DR. KOWALEWSKI (Bełchatów).

KOKLUSZ[1])

(Tussis, Tussis convulsiva).

(W jakich okolicznościach występuje koklusz sporadycznie i epidemicznie).

Wyżej podana choroba występuje bardzo często sporadycznie i epidemicznie i jest z łatwością rozpoznawana nie tylko przez lekarza lecz ogół społeczeństwa również dobrze z nią jest obeznany. Wobec więc tego, że choroba jest znana, przeto nie będą rozpisywał się o klinicznym przebiegu kokluszu, lecz poruszę w jakich okolicznościach koklusz występuje epidemicznie i sporadycznie.

W niniejszej pracy podzielę się z czytelnikami mojemi spostrzeżeniami i zapatrywaniami, oraz wnioskami co do powstawania kokluszu, który przebyły moje dzieci wobec czego dały mi, że tak powiem, impuls do zastanowienia się nad przyczyną, od której zależne jest występowanie kokluszu u dzieci tak sporadycznie jak i epidemicznie.

Rozwój wiedzy lekarskiej w latach ostatnich wskutek badań biochemicznych i fizykalnych znajduje się w okresie przejściowym, a raczej przełomowym.

Zwłaszcza nauka o zakażeniach, pozostająca pod przemożnym wpływem bakterjologji, tak płodnym w skutki z punktu widzenia zapobiegania i leczenia tych cierpień w świetle badań fizykochemicznych i energetycznych uległa dalekoidącym przemianom. Jesteśmy świadkami zjawiska, powtarzającego się zresztą dość często w dziejach myśli ludzkiej, mianowicie powrotu do

[1]) Redakcja umieszcza artykuł d-ra Kowalewskiego ze względu na oryginalne ujęcie sprawy i próbę oparcia etjologji choroby infekcyjnej na szerszych, biologicznych podstawach, zastrzega się jednak, że nie solidaryzuje się bynajmniej ze wszystkimi poglądami, zawartymi w pracy.

oddawna zarzuconych pojęć, dotąd uważanych za nieuzasadnione i naiwne, które dzięki nowszym metodom badania, stopniowo odzyskują dawne swe znaczenie w tłomaczeniu całego szeregu zagadnień.

W pojęciu bakterjologji klasycznej, zapoczątkowanej tak świetnie przez *Henlle'go* i *Koch'a*, jedyną przyczyną, wywołującą zakażenie było wtargnięcie do ustroju zarazka. Inne czynniki jak klimat, pora roku, ciepłota, mróz, oraz jakikolwiek, ogólny stan ustroju, stan psychiczny i nerwowy nie odgrywały żadnej roli.

Dzisiaj wiemy, iż warunki powstania zakażenia są niesłychanie zawiłe i bynajmniej nie zaczynają się i nie kończą na obecności w ustroju zarazka. Stanowią one splot różnorodnych czynników, wśród których zarazek odgrywa często drugorzędną rolę. Naprzykład w marcu w Niemczech w Instytucie Kocha w stajni zakładu wśród zwierząt pracownianych pod wpływem nawrotu zimna wybuchła epidemja grypy i duru brzusznego, ze znaczną śmiertelnością. Badania wykazały, iż zarazek był obecny u wszystkich zwierząt, to znaczy zarazek grypy i duru brzusznego był obecny u zwierząt, które przechodziły chorobę, przedstawiając wyraźny obraz kliniczny i był obecny także u zwierząt, które były jakoby zdrowe i sprawiały wrażenie zwierząt prawidłowych.

Jeżeli chodzi o powstanie kokluszu, to wiemy, iż inkubacja czyli okres wylęgania prątków *Bordeta-Gengou* następuje mniej więcej od 4 do 6 dni po czasie „zarażenia się". Prątki te w zależności od przebiegu choroby są obecne przez szereg tygodni i jakkolwiek choroba właściwa jeszcze się nie skończyła, to jednak pod koniec jej ulegają zanikowi, to znaczy wykryć ich już nie można. Nie ulega wątpliwości, że same prątki kokluszowe nie stanowią istotnej przyczyny tak oryginalnego przebiegu klinicznego kokluszu, raczej są one tylko współtowarzyszem przy odbywającej się reakcji na błonie śluzowej względnie w całem ustroju, powstałej wskutek innych przyczyn i okoliczności. W tem miejscu śmiało możemy przytoczyć zdanie *Hippokratesa*, który powiedział: „Zmiany pory roku są przyczyną powstawania wielu chorób, same zaś pory roku mogą czynić to samo pod wpływem wahań gorąca i zimna, suszy i wilgoci".

Musimy najpierw zwrócić uwagę i powiedzieć sobie wyraźnie, że cokolwiek żyje na ziemi, że wszystkie przejawy życiowe są zależne od energji promieni słonecznych.

Wszelkie wahania i zmiany na skorupie naszej ziemi, oraz życie każdego ustroju jest zależne w prostym stosunku do energji promieni słońca.

Wszak wiemy, iż życie naprzykład ustroju człowieka jest oparte na ruchu, z którego wypływają wszelkie konsekwencje życiowe. Kardynalnem środowiskiem, bez którego nie możemy wyobrazić sobie życia w takiej postaci w jakiej ono jest, są promienie słońca i powietrze, które zawiera w sobie tlen a więc materjał pobudzający do ruchu. Powietrze a zwłaszcza tlen powstają na skorupie ziemi za pośrednictwem promieni słońca.

Wobec tego, iż nauka poucza, że wszelka materja sprowadza się do jednej istoty, którą jest elektryczność, przeto promienie słońca są także elektrycznością w stanie rozproszenia, są to energje elektromagnetyczne w postaci wolnych elektronów, promieniowanych przez słońce. Te elektrony, spływając na skorupę ziemi, zmieniają swój bieg kinetyczny na potencjonalny, przyczem produkuje się ozon, redukujący się do tlenu i wolnej energji, czyli ciepła, również jednocześnie powstaje siła mechaniczna. Wahania zaś temperatur są całkowicie zależne od elektronów, to jest od ich częstotliwości, ilości i braku przeszkód po drodze ich biegu.

Otóż tlen powstaje wskutek przepływu elektryczności w stanie rozproszenia, promieniowanej przez słońce i wskutek styku tej elektryczności z materją.

Wszak wiemy, iż tlen jest niezbędnym do ruchu, a że jest środowiskiem pierwszorzędnie potrzebnem, to może służyć przykład a mianowicie: ustrój człowieka o potrawach suchych może żyć kilka dni o wodzie kilkanaście a bez powietrza dusi się już po paru minutach. Oddychając około 900 razy na godzinę, wprowadzamy za każdem razem pół litra przeciętnie powietrza do płuc. Ogólnie, gdybyśmy obliczyli siły energetyczne, zawarte w tem powietrzu wprowadzanem do płuc, to przekonalibyśmy się, że stanowią one pokaźną cyfrę. Latem, gdy z obnażoną skórą przebywamy na słońcu, to wdech i wydech są rzadsze, gdyż skóra pomaga w oddychaniu płucom, czyli tak samo utlenia się.

Podkreślić należy tu to, że promienie słońca jako siła utleniająca jest daleko większa niż powietrze.

Najłatwiej ze wszystkich materyj na skorupie ziemi podlega utlenianiu woda. Elektron czyli promień słońca, stykając się z cząsteczką wody, rozkłada ją na składowe części to jest wodór i tlen, lecz wobec tego, że te dwa gazy względem siebie mają wielkie dynamiczne powinowactwo przeto obok siebie niemogąc istnieć, łączą się z powrotem i w formie pary unoszą się do góry. Ustrój człowieka właśnie dlatego zawiera w sobie około 80% wody, ponieważ taki skład gwarantuje, że przy minimalnej potrzebie siły mechanicznej przez łatwość utleniania się, mogą odbywać się procesy życiowe.

Promienie słońca oraz tlen z powietrza są bodźcem do ogólnych biochemicznych procesów poszczególnej jednostki ustrojowej. Cała akcja, od której zależą procesy życiowe odbywa się we krwi, a to zawdzięczając temu, że krew chciwie chłonie tlen oraz promienie. Promień słoneczny, stykając się z naszem ciałem, tracąc swój bieg kinetyczny, zmienia swoją postać bądź wskutek wymiany energji, bądź też rozkłada cząsteczkę wody na składowe części, przyczem produkuje się ozon w następstwie redukujący się. Wobec tego, że promienie słońca nie są jednakowej częstotliwości, przeto jedne z nich bywają rozłożone już na powierzchni naszego ciała, inne wnikają głębiej lub też przechodzą przez całe ciało. Najwięcej ulegają chłonieniu promienie krótkofaliste. Rzecz prosta, że podczas w ten sposób odbywającego się chłonienia i ruchu wytwarza się ciepło oraz powstają połączenia lub redukcje biochemicznych części ustrojowych, czyli inaczej, odbywają się procesy życiowe poszczególnych komórek ustrojowych. Naturalnie, iż wobec ruchu, tarcia, przesuwania, syntezy i redukcji jako prawo natury powstaje prąd elektryczny ustrojowy, który po uzwojeniach nerwowych płynie do centrali mózgu i ztąd jest w miarę potrzeby dysponowany.

Nie ulega kwestji, że pierwszym czynnikiem, od którego zależne jest i powietrze a mianowicie jego ciśnienie, skład i t. d., są to promienie słońca, które niewątpliwie są w wielkim stosunku do procesów życiowych naszego ustroju.

Wobec tego, że ruch molekularnych jednostek ustrojowych musi utrzymywać się stale na odpowiednim poziomie, dla podtrzymania energji ustrojowej, przeto zmuszeni jesteśmy wprowadzać powietrze do płuc, pokarmy, płyny do żołądka. Jeżelibyśmy niedopuścili powietrza do płuc, to wiemy, że człowiek po paru minutach może się udusić, jestto dostateczną przyczyną do twierdzenia, że tlen w procesach ustrojowych odgrywa dominujące stanowisko. Jeżeli zwrócimy uwagę na skórę, to okaże się, iż ona tak samo za pośrednictwem promieniowania i przewodnictwa odgrywa niezmiernie ważne dla życia ustroju czynności.

Nasz ustrój jest niczem innym jak związkiem materji, a życie tej materji da się streścić jak ruch, przewodnictwo i promieniowanie.

Wszystkie organizmy, zarówno roślinne jak i zwierzęce, w przeważającej części składają się z wody, woda jest również naturalnem środowiskiem i składową częścią niezmiernej liczby organizmów, jest ona również głównym rozpuszczalnikiem tych ciał, które dzięki swej pospolitości w przyrodzie wchodzą w ciągłą styczność z organizmami, wytwarzając dla nich te lub inne warunki życia.

Znajomość ogólna takich roztworów jest warunkiem zrozumienia wielu zjawisk życiowych. Jedną z takich własności roztworów wodnych jest obecność w nich pewnej ilości jonów wodorowych. Z łatwością zrozumiemy ważność tych kwestyj, gdy zastanowimy się nad zagadnieniami, w których odgrywa ona niezmiernie dużą rolę: oddychanie, fotosynteza roślinna, wchłanianie, wydzielanie komórki i jej ruchy, zapładnianie, i mnożenie się, wzrost, tropizmy — oto nieliczne przykłady z całego szeregu podstawowych zagadnień życia, na które wywiera wpływ. Stężenie jonów wodorowych w ocenie środowiska istot żywych jest rzeczą tak wybitną, iż bliższe poznanie biologów z odnośnemi zasadami i metodami wydaje się być rzeczą nieodzowną.

Pewne związki chemiczne, a mianowicie sole, zasady i kwasy w roztworach wodnych ulegają rozpadowi na cząstki, które noszą nazwę jonów, inaczej mówiąc, ulegają dysocjacji. Związki powyższe noszą nazwę elektrolitów. Roztwór każdej soli zawiera jony metalu (katjony) i jony reszty kwasowej (anjony). Roztwór każdego kwasu jony wodorowe (H). Roztwór każdej za-

sady jony wodorotlenowe (OH). Stopień dysocjacji elektrolitycznej nie jest jednakowy dla wszystkich roztworów: jest on zależny od jakości elektrolitu, od rozcieńczenia, temperatury i t. d. Każdy roztwór przedstawia masę cząsteczek niezdysocjonowanych i jonów, których ustosunkowanie liczebne może ulegać zmianom zależnie od warunków. Sama woda jest słabym elektrolitem i ulega również rozpadowi na jony (H) i (OH). W wodzie czystej stężenie jonów wodorowych i wodorotlenowych jest równe, czyli H. równa się OH. Zwiększenie się jonów wodorowych odpowiada wzrostowi kwasowości, zmniejszenie się ich liczby — wzrostowi zasadowości.

Energja promienna słońca najłatwiej może przesuwać jony wodorowe i wodorowotlenowe to w jedną, to w drugą stronę i dlatego widzimy podczas operacji słońca parowanie wody, opady i t. d.

Wiemy, iż nie tylko cały ustrój nasz składa się w lwiej części z wody lecz również poszczególna komórka naszego ciała również w swej budowie ma prawie taki sam skład. Ustroje w młodym wieku mają wrażliwe komórki, zwłaszcza na bodźce zewnętrzne, jak promienie słoneczne.

Schultze i Wintersztein dowiedli, że cholesteryna i lecytyna, gdy na nie będziemy działali promieniami świetlnemi, mogą chemicznie się zmieniać.

Skoncentrowanemi zaś promieniami możemy utlenić te produkty do zera to znaczy spalić je. Według *Zonnego* ciepło jest czynnikiem decydującym we wielu zjawiskach, które inni przypisują działaniu chemicznemu promieni. I tak wykazał on, że zwiększenie zużycia tlenu przez krwinki czerwone lub miazgę tkankową przy oświetleniu probówki z temi masami, ma swą przyczynę tylko w działaniu ciepła, gdyż jeżeli uchronimy takie probówki przez oblewanie ich stale wodą, to powyższe zjawiska nie wystąpią.

Podobnie też wykazał, że różne podobne procesy rozgrywają się tylko przy tej ścianie probówki, która jest do światła zwrócona (a więc ciepła).

Należy ustalić, iż ciepło zjawia się na skutek ruchu mas, czyli różnych procesów w danej masie. Im większy ruch mas, tym więcej wytwarza się ciepła. Pierwszą motoryczną pobudką do ruchu mas na skorupie ziemi a zwłaszcza wśród świata żyjącego są promienie słońca. One są właśnie przyczyną, że ruch w materji może się gwałtowniej lub powolniej odbywać i w zależności od tego wytwarzać się może więcej lub mniej ciepła. Inaczej mówiąc, ciepła jako takiego niema, lecz zjawia się ono przy wymianie różnych potencjałów energji w materji. Jeżeli *Zonne* wystawił próbkę z miazgą i oblewał ścianę zwróconą do słońca wodą, to fizykochemiczne procesy i chłonienie promieni odbywało się w wodzie, spływającej z probówki, miazga i krwinki były przez to, że tak powiem, izolowane, a więc w nich nie mogły się odbywać żadne, nawet minimalne zmiany.

Woda i wogóle środowiska, mające w swej strukturze dużo wody, są materjami, które chciwie chłoną promienie słońca i są najwrażliwsze pod względem reakcji na energję promienną słońca. Krwinki czerwone i miazga tkankowa oraz każda komórka ustrojowa zawierają do 80% wody, a więc materji czułej na promienie i gdy dopuścimy lub nie dopuścimy te promienie, to znaczy gdy promienie będa dosięgać w mniejszej ilości lub będą miały po drodze swego biegu jakie przeszkody, to w zależności od tego powstaną lub nie powstaną odpowiednie odczyny; oczywiście rozpiętość gamy tu jest bardzo szeroka.

Schmidt-Nelson oraz *Tappeiner* wykazali, że światło zabija łatwo zaczyny.

Wogóle powyższe procesy odbywają się w misterny sposób, a dozowanie światła w zależności od materji i układu jej musi być różne, ponieważ do niezrozumiałych granic ono jest czułe przy styku z materją. *Pinkusen* wykazał, że naświetlanie ogólne psów słońcem lub lampą kwarcową powoduje zmniejszenie się całkowitego azotu w moczu. Jednak uczulenie zwierząt eozyną powoduje objaw wprost odwrotny, co także stwierdzono i na ludziach.

Jeżeli chodzi o procesy fizykochemiczne i inne oraz produkowania się ciepła, to te wszystkie objawy występują, względnie mogą występować przy styku promieni z daną materją i stoją w zależności od danej materji, to jest, czy dana materja jest złym czy dobrym przewodnikiem, a więc czy dana materja stanowi izolator czy też pochłaniacz promieni. Nieulega wątpliwości, że tak samo jak promienie słońca, tak również wahania temperatur, a więc od 0 wzwyż i od 0 wzniż działają jako siły energetyczne i wszystkie one są jedną istotą lecz w różnych postaciach. Jeżeli chodzi o ustroje, to

działanie występuje jako energja utleniająca.

Jeżeli weźmiemy dla doświadczenia dwa ustroje o jednej konstytucji, przeciętnie wrażliwe na energję promienną słońca, to zauważymy, że organizm, gdy na niego działamy stopniowo promieniami słońca przy obnażonej skórze przyzwyczaja się, że tak powiem, do nich i nie następuje żadna gwałtowna reakcja w ustroju. Otóż ten organizm, przez stopniowe naświetlanie uodpornił się, a objektywnie to uodpornienie możemy stwierdzić przez wyrównanie bilansu i proporcji soków ustrojowych, przyczem skóra robi się bronzową o większym lub mniejszym odcieniu i rogowacieje, oraz zwiększa się barwik w skórze.

Wszak wiadomo, że zaczyny odgrywają zasadniczą rolę w procesach życiowych, służąc jako katalizatory rozpadu lub syntezy najważniejszych chemicznych składników ustrojowych. Energja zaś świetlna w postaci promieni słońca jest zasadniczym bodźcem uzależniającym od siebie i stawiającym do siebie w prostym stosunku procesy życiowe w każdej żywej komórce, a przez to oddziaływujące na cały ustrój. Jest ona w stanie wyrównać zachodzące potrzeby i braki w ustroju prędzej, niż jakiekolwiek inne czynniki. Gdy te braki są wyrównane, wtedy organizm na promienie słońca nie jest tak wrażliwy a skóra przybiera większy lub mniejszy odcień brunatny oraz rogowacieje, stając się więcej połyskującą. Z jednej więc strony wyrównanie braków i proporcji soków ustrojowych, z drugiej strony pociemnienie i zrogowacenie naskórka skóry zabezpieczają ustrój, jak i skórę, od nadmiernej wrażliwości, gdy działamy dłuższy czas, czy też silną dawką, promieni słońca. Wiemy dobrze, że róg jest złym przewodnikiem i dlatego część promieni odbija się od zrogowaciało-błyszczącej skóry, tem więcej pomaga temu wyrównana skala proporcji i składu soków ustrojowych. Ustrój ludzki za pośrednictwem skóry i płuc, kontaktując z promieniami część ich przepuszcza do ziemi, tym więcej gdy się stoi boso na mokrej ziemi, część zatrzymuje w swoim ustroju względnie rozkłada czyli rozładowuje po zetknięciu się ich ze skórą i płucami lub wprost odbija od swej powierzchni.

Jeżeli teraz nieprzyzwyczajony ustrój pierwszy raz wystawimy na operację słońca przez dłuższy czas, to zauważymy, że ten ustrój będzie reagował różnie: jeżeli damy promienie na obnażoną skórę, to stwierdzić możemy poparzenie czyli rumień w różnym stopniu w zależności od siły promieni i czasu naświetlania, oraz od wrażliwości osobniczej. Jakie procesy odbywają się przy styku promieni ze skórą? i wogóle w ustroju? Wiemy, iż uraz skóry może powstać wskutek porażenia promieniami słońca. Także samo powietrzem płynnem (wszak wiadomo, iż pod wpływem oziębienia i ciśnienia możemy wyprodukować powietrze płynne), możemy przypalić skórę czyli spowodować uraz.

Jeżeli chodzi o promienie słoneczne, to one, stykając się bezpośrednio ze skórą, tracą swój bieg kinetyczny jako taki, są rozkładane na skórze i jednocześnie częściowo pochłaniane a przy tych okolicznościach produkuje się tlen potrójny, redukujący się, i działający jako gaz utleniający. Nietylko tyczy sie to wystawionego odcinna skóry na działanie słońca, lecz również aparatu oddechowego.

Że procesy spalania, redukcji w większym stopniu odbywają się podczas silnej operacji słońca, to nie ulega wątpliwości. Jeżeli chodzi o procesy powstające podczas styku promieni słońca z materją, zwłaszcza zawierającą w swym składzie dużo wody, to procesy odbywają się podobnie jak i przy uderzeniu pioruna a mianowicie wyładowanie się energji, powstanie z tego ozonu i siły mechanicznej. Oczywiście, te procesy odbywają się bardzo łagodnie, gdy promienie słońca, stykają się z materją, przypuśćmy z naszą skórą, czy też ze śluzówką, i zauważyć tego nie jesteśmy w stanie, lecz wobec tego, że są one niezmiernie częstotliwe i jakby bombardują nasz ustrój, przeto po dłuższym czasie i w większym natężeniu mogą go uszkodzić. Otóż w tym wypadku promienie słońca jako siła utleniająca mają własności w wielkim stopniu energetyczne i formalnie uszkadzają, gdy ich jest nadmiar. Jeżeli działamy na skórę promieniami, to, wyparowując wodę z tkanki skóry, siłą rzeczy zagęszczamy takową, po pewnym czasie rumieni się ona, jest obrzmiałą i potrzebuje pewnego czasu do powrócenia do stanu poprzedniego. Podczas silnej operacji słońca prócz tego, że procesy w powietrzu i na skorupie ziemi intensywnie się odbywaja ,to znaczy częstotliwei, jednocześnie promieni jest nadmiar i właściwie my żyjemy w tym fluidzie promieni, któ-

ry bywa pochłaniany przez aparat oddechowy wraz z powietrzem i tam w nieodpowiednich warunkach jest w stanie razić tak samo jak i na powierzchni skóry.

Wiemy dobrze, że poparzenie skóry może wywołać odczyn całego nawet ustroju.

Wyżej żeśmy powiedzieli, że promienie słońca i tak jest w istocie, są to siły elektromagnetyczne, czyli elektryczność w stanie rozproszenia, to jest w postaci wolnych elektronów. Te elektrony mogą razić nie tylko obnażoną skórę, lecz cały ustrój, a w pewnych okolicznościach także aparat oddechowy wraz z jego unerwieniem, a zwłaszcza błonę śluzową. Tak samo, gdy silniejszą dawką promieni słońca uszkadzamy, czyli powodujemy na nieprzywyczajonej skórze uraz, tak samo energją promienna, a nawet i mróz, jest w stanie uszkodzić aparat oddechowy ustroju.

Zwykle na w ten sposób uszkodzonej błonie śluzowej aparatu oddechowego następuje wylęganie prątków *Bordet-Gengou* mniejwięcej na 5 — 6 dzień.

Choroba kokluszu powstaje nie dlatego, że prątek dostał się do układu oddechowego w ten czy inny sposób i był w stanie chorobę spowodować, lecz ustrój sam je wytworzył, gdy zmieniły się warunki i flora pod wpływem urazu układu oddechowego, względnie całego ustroju, (gdyż nie można sobie wyobrazić dobrej czynności całego ustroju przy złym stanie układu oddechowego).

Potwierdzeniem poglądu, że koklusz powstaje właśnie w ten sposób, stanowi choroba moich dzieci. Było to w r. 1925.

Wiosną w tym roku trafiły się cztery dnie silnej operacji słońca, moje dzieci, dziewczynka wówczas 4 letnia i chłopiec 9 miesięczny, przedtem zupełnie zdrowe, bawiły się przez te 4 dnie na słońcu ubrane normalnie, od godziny 10 zrana do 13.

Pogoda była ładna, słońce dobrze promieniowało, przeto po bezsłonecznej zimie dzieci wyzyskały pierwsze dnie słońca.

Czwartego dnia zauważyłem u obojga dzieci stan podgorączkowy a mianowicie 37,3 oczy szklące, gałki nieco przekrwione i kaszelek nieokreślony; suchy, nieczęsty, pseudokrupowy.

W kilka dni po bytności moich dzieci na słońcu w nocy w pierwszym śnie, przestraszony wyciągnąłem córeczkę z łóżeczka sztywną, jakby w ataku epileptycznym, dławiącą się, ze skąpą pianą na usteczkach. Atak trwał kilka minut i gdy się tylko skończył, wnet rozpoczął się atak u synka.

Otóż choroba moich dzieci wystąpiła gwałtownie, jakby na zamówienie i tak równoczesne wystąpienie kokluszu u moich dzieci wtedy gdy praktykując w okolicy, nie stwierdziłem ani jednego jeszcze przypadku kokluszu, nasunęło mi myśl, by się zastanowić w jakich okolicznościach moje dzieci mogły zachorować.

Jakkolwiek utkwiły mi w pamięci to pierwsze promieniowanie słońca na wiosnę przez cztery dni i obecność moich dzieci wówczas na powietrzu, tem nie mniej jednak zrobiło na mnie wrażenie równoczesne i gwałtowne wystąpienie kokluszu u obojga dzieci.

Otóż na zasadzie tych spostrzeżeń, rozmyślając i szukając przyczyny, która wywołała koklusz u moich dzieci, doszedłem do wniosku, iż energja promienna słońca równocześnie z zaburzeniami w powietrzu i na skorupie ziemi zadziałała na błony śluzowe układu oddechowego, jak również i na cały ustrój, inaczej mówiąc, energja ta, a zwłaszcza promienie słońca, spowodowały uraz aparatu oddechowego.

Wobec spowodowanego urazu nastąpiła reakcja, która wytworzyła odpowiednią florę, będącą wstanie pobudzić do bujania odpowiednie mikroby przez ewolucje jak w przypadku kokluszu prątki *Bordet-Gengou*, które pasożytują na błonie śluzowej do czasu, gdy ona nieodzyska cech fizycznych, jakie miała przed uszkodzeniem.

Wstrząsy metereologiczne są w tym wypadku bezpośrednią przyczyną zaburzeń w ustroju. Obok fizjologicznych przestrajań się, zależnych od wewnętrznych czynników, związanych z okresami życia ustroju, istnieją jeszcze przestrajania się tegoż ustroju pod wpływem czynników zewnętrznych, związanych fizjologicznie z życiem naszem. Do takich należą okresowe kosmiczne zmiany, przywiązane do pór roku. Najwybitniej zaznaczają się one w naszym pasie geograficznym porą wiosenną. Koklusz najczęściej występuje wiosną i to wtedy, gdy po bezsłonecznej zimie następują gwałtownie dnie słoneczne. Wtedy słońce przysyła bardzo dużą ilość energji swej w postaci, że się tak wyrażę, ostrych promieni i one są i mogą być przyczyną powstania w całem ustroju względnie w poszczególnych jego organach, a zwłaszcza w układzie oddechowym większych lub mniejszych podrażnień natury ostrej lub przewlekłej, inaczej mówiąc, mogą powodować uraz. Na skutek w ten sposób powstałego urazu może się zjawić odczyn, czyli reakcja w postaci gorączki, kaszlu kokluszu.

Wyżej powiedziałem, że promienie słońca są to siły elektromagnetyczne, czyli elektryczność w stanie rozproszenia, to jest w postaci wolnych elektronów, które potęgowane wiosną lub w innej porze roku razić mogą ustroje. Jeżeli reakcja w ten sposób powstała trwa dłuższy czas i z objawami klinicznemi, to wówczas kwalifikujemy reakcje danego ustroju jako poszczególną jednostkę chorobową. Młode ustroje są wrażliwe, a zwłaszcza ze złą i wadliwą przemianą materji, reagują na energję promienną słońca w postaci kokluszu, odry lub tężyczki.

Koklusz jest to silne podrażnienie względnie uraz błon śluzowych układu oddechowego przez energję promieni słońca, względnie mrozu. Lasecznik zaś kokluszu, wykryty i opisany przez *Bordet-Gengou*, zjawia się na uszkodzonej w ten sposób błonie śluzowej i może na niej i w niej żyć pewien czas, to znaczy dotąd, dopóki błona śluzowa nie wróci do stanu poprzedniego czyli nieodzyska cech fizycznych, jakie miała przed porażeniem.

Czy prątek kokluszu powstaje z jakiego innego drobnoustroju, przeszedłszy pewne ewolucje, czy też w inny sposób, to ustalić będzie trudno, jednak w taki sposób zmieniona flora błon śluzowych jest i może być w stanie z siebie i w sobie wytworzyć mikroorganizmy — w przypadku kokluszu prątki Bordet-Gengou.

W tem miejscu przytocze spostrzeżenie moje, co do odry, która epidemicznie wystąpiła w 1927 r. Mianowicie w tym roku, zdaje się, w październiku a mianowicie 20, 21 i 22 paźdz. nastąpił mróz do 22,3 stp. i później ciepłota wróciła do normy to jest do 3 — 4 st. ciepła, czyli do takiej ciepłoty, jaka była przed zawahaniem sie temperatury, lecz te trzy dni wystarczyły, by spowodować uraz czyli uwrażliwić ustroje dzieci i wywołać odrę epidemiczną w całej Polsce.

Występowanie epidemiczne i sporadyczne kokluszu.

Jakie okoliczności sprzyjają, że koklusz występuje nie we wszystkich miejscowościach i często nie wszystkie dzieci jednych rodziców zapadają na tę chorobę?

Charakterystyczne jest rozpowszechnianie się kokluszu epidemiczne mianowicie to, że masowo dzieci niektórych okolic przechodzą tę chorobę. Przecież wiemy, że zadziałanie przypuśćmy promieniami Rentgena, powoduje, utajenie działania, które dopiero po pewnym czasie może się ujawnić i może być wtedy objektywnie stwierdzone.

Jeżeli pomiędzy promieniami Roentgena i naszem ciałem umieścimy jakąś izolację a więc przypuśćmy metal, to one mogą być częściowo lub całkowicie zatrzymane względnie rozłożone, i nasze ciało nie ulegnie zadziałaniu tych promieni. Energja promieni słońca podlega takim samym prawom. Różne połacie naszej gleby różnie chłoną promienie, prócz tego wilgoć w powietrzu a zwłaszcza gęste chmury chłoną, względnie rozkładają promienie. Na glebach piaszczystych gorsza jest chłonność, tu promienie więcej się odbijają, a na glebach wilgotnych fizykochemiczne procesy odbywają się intensywniej, promienie ulegają większemu rozkładowi i chłonieniu.

Przypuśćmy, iż w tej okolicy wybuchła epidemja kokluszu, w innej wcale jej nie było lub była spóźniona, to na takie rozpowszechnianie się choroby składają się różne okoliczności i warunki; mianowicie zależne to jest od zachmurzenia w danym momencie nieba w danej okolicy, podłoża gleby, stanu odżywiania i mieszkania, jak również noszenia koloru ubrań i t. d.

Jeżeli chodzi o dzieci jednych rodziców, to zależne to jest od wrażliwości czyli czułości na energję promienną słońca, jak również od tego, gdzie dziecko przebywa w czasie silnej operacji słońca, a więc na powietrzu czy w domu, kierunek okien, jak również noszenie ubrań ma tu dość duże znaczenie na powstanie lub niepowstanie kokluszu. Jakkolwiek energja jest przenikliwa i razić może i w mieszkaniu.

Opierając się na powyższem, stwierdzić musimy, iż powstawane kokluszu następuje nie dlatego, że dzieci jedno od drugiego się zarażą, lecz dzieci zakażają się same w sobie, czyli urażona błona śluzowa układu oddechowego jest w stanie sama ze siebie i w sobie wytworzyć florę, w której występuja pasożyty kokluszu.

Promienie słońca wraz z tlenem, jak również mróz są bezpośrednią przyczyną w pewnych okolicznościach nadmiernie utleniają błony śluzowe, względnie cały ustrój, czyli powoduja uraz, a to jest dosta-

teczną przyczyną, by zakwasić, względnie zalkalizować nie tylko tkankę lecz i soki ustrojowe, co może spowodować zmienne warunki, w których flora bakteryjna ma pole do popisu.

Napady kokluszu jako charakterystyczny objaw choroby.

Cały układ oddechowy, włączając w to i płuca, tworzy pewną powierzchnię, zapomocą której styka się z zewnętrznemi środowiskami jak powietrzem, energją promienną słońca. Płuco tworzy bardzo delikatną tkankę, w której drążą włoscowate naczynia krwionośne i nerwy.

Nerwy płuc pochodzą od nerwu błędnego i nerwu współczulnego. Wnikają one wraz z oskrzelami, rozgałęziają się wielokrotnie w błonie śluzowej oskrzeli i kończą się na ich mięśniach. Wśród zrazików płucnych tworzą one splot leżący pomiędzy pęcherzykami.

Wiemy, iż śluzówka układu oddechowego wraz z pęcherzykami płucnemi posiada własności chłonienia i wydzielania. Chłonienie tlenu może się odbywać tym energiczniej, im są większe potrzeby ustroju. Różne procesy w ustroju naszym odbywają sę wskutek chłonienia promieni i tlenu zapomocą płuc i skóry.

Płuca i skóra są, że tak powiem, kontaktem z wyżej podanemi środowiskami, będącemi kardynalnym czynnikiem przy wymianie energji i materji w fizjologicznych procesach ustrojowych. Błona śluzowa aparatu oddechowego jest stale wilgotna, energja zaś promienna przy dużem natężeniu wraz z powietrzem t. j. tlenem mają własności przypalające, czyli utleniające, tym więcej, gdy trafią na ustrój podatny. Wytwarzanie się ozonu przy styku promieni ze skórą lub błoną śluzową dróg oddechowych wywołuje względnie może wywołać większe utlenienie, a raczej przypalenie, co może być powodem zagęszczenia się błony śluzowej, która po takim utlenieniu nie szybko wraca do normy.

Najprawdopodobniej nietylko komórki błony śluzowej i w niej uzwojenia nerwowe ulegają przypaleniu, lecz te ostatnie są wprost do pewnego stopnia zniszczone — spalone.

Gdy się patrzy na atak kokluszu, oczywiście klasyczny, to ma się wrażenie, iż następuje jakby krótkie spięcie zwojów nerwowych, będących częściowo uszkodzonemi i obnażonemi wskutek zniszczenia samego uzwojenia przez energję promienną i tlen nerwowego w danym odcinku jak również śluzówki okrywającej te uzwojenia. Spięcie takie ustępuje dopiero, gdy zwoje nerwowe w czasie ataku kokluszowego rozstęp między sobą mają większy naskutek wtórnego już uszkodzenia czyli spalenia się koniuszków podczas ataku, a ilość kwasu węglowego w ustroju z racji natężenia i wykształtuszenia się zmniejszyła.

Oczywiście po ataku zwoje nerwowe odradzają się, kwasu węglowego coraz więcej gromadzi się w ustroju ponieważ śluzówka uszkodzona i obrzmiała mniej energicznie go wydziela i dziecko czeka na nowy atak.

Reasumując wszystko co w niniejszem powiedziałem, stwierdzić należy, że powstawanie kokluszu epidemiczne i sporadyczne występuje na skutek urazu spowodowanego przez promienie słońca jednocześnie z zaburzeniami na skorupie ziemi, czyli aforyzm Hippokratesa ma całkowite uzasadnienie.

Hippokrates powiedział:

> Zmiany pór roku są przyczyną powstawania wielu chorób, same pory roku czynią to samo pod wpływem wahań gorąca i zimna, suszy i wilgoci.

Dr. Kowalewski. L'ethiologie de la coqueluche. Resumé.

L'auteur insiste que la cause fondamentaire de la coqueluche n'est point le microbe de Bordet-Gengou, mais les influences d'ordre physicale et electrique, irradiations solaires etc. La coincidence d'eruptions d'épidèmies avec les brusques changements meteorologiques est pour l'auteur la base de ses speculations.

STRESZCZENIA

CHOROBY WEWNĘTRZNE

(Journal Médical Français poświęcił cały zeszyt grudniowy z r. 1930 jednemu tematowi a mianowicie: „Kojenie bólów jamy brzusznej". Poniżej podamy w streszczeniu wszystkie prace, zawarte w wymienionym zeszycie. Przyp. ref.).

Uwagi kliniczne o bólach jamy brzusznej. (Considerations cliniques sur les douleurs abdominales). G. Metivet.

Przedewszystkiem należy podkreślić z całym naciskiem, że kojenie bólów jamy brzusznej może być przeprowadzone dopiero po dokładnem ustaleniu rozpoznania. W przeciwnym razie możemy łatwo przyczynić się do zejścia śmiertelnego, jak n. p. stosując morfinę w przypadkach zapalenia otrzewnej, wywołanego zapaleniem wyrostka robaczkowego, gdzie zastosowanie leku kojącego może osłabić objawy chorobowe i wywołać zwłokę w wykonaniu zabiegu chirurgicznego, który tu jedynie mógłby sprowadzić wyleczenie.

1. Dla ustalenia rozpoznania pierwszem zagadnieniem jest ustalenie miejsca bólu. Tu należy odróżnić bóle, powstające samoistnie oraz bóle wywołane przez obmacywanie.

Bóle samoistne bardzo często odpowiadają umiejscowieniu choroby, jak n. p. ból w punkcie McBurney'a odpowiada uszkodzeniu wyrostka robaczkowego. Bywa jednak, że ból samoistny nie odpowiada umiejscowieniu uszkodzenia, jak n. p. przy coxalgii istnieć może ból w kolanie. Zdarza się też, że chory skarży się na bóle powierzchowne, n. p. w skórze, podczas gdy narząd schorzały leży w głębi. Ta hyperestezja skórna znana jest ogółowi lekarzy. W innych przypadkach umiejscowienie bólu odpowiada splotom nerwu współczulnego, do których uchodzą nerwy ze schorzałego narządu. N. p. bóle w zapaleniu wyrostka robaczkowego chory umiejscawia niekiedy koło pępka lub też bóle, wywołane wrzodem żołądka dają odczyn ze strony splotu słonecznego. Zdarza się też, że bóle występują w innym odcinku schorzałego narządu, n. p. powstają niekiedy bóle w okolicy jelita ślepego w przypadkach zwężeń esicy. Wreszcie mogą wystąpić bóle, wywołane zapaleniem otrzewnej w pewnem oddaleniu od schorzałego narządu, n. p. po przebiciu wrzodu dwunastnicy, wyciekający przez ten otwór płyn spływa do prawego zagłębienia biodrowego i tam dopiero powoduje zapalenie oraz ból. Należy też uwzględnić, że bóle samoistne mogą promieniować wzdłuż nerwów, oplatających naczynia narządu schorzałego. Tem należy tłumaczyć ból w krzyżach, występujący w cierpieniach jąder lub przydatków macicznych. Bóle mogą także promieniować wzdłuż uszkodzonego narządu, n. p. w schorzeniach nerek bóle promieniują wzdłuż moczowodów i pęcherza. Wreszcie bóle mogą promieniować wzdłuż nerwów, leżących w sąsiedztwie schorzałego narządu, n. p. bóle wstępujące wzdłuż nerwu przeponowego w niektórych cierpieniach wątroby lub przepony.

Jeszcze większe znaczenie od bólów samoistnych posiada wywoływanie bólu zapomocą obmacywania. Z zasady narząd leżący w jamie brzusznej i dotknięty zapaleniem jest mniej lub więcej bolesny na obmacywanie. Dzieje się to nawet wówczas, gdy bóle samoistne nie występują. Często można wywołać ból w narządzie schorzałym uciskając przeciwległą mu okolicę jamy brzusznej, lecz na wysokości tegoż narządu. N. p. uciskanie okolicy lewego zagłębienia biodrowego wywołuje ból w wyrostku robaczkowym, chorobowo zmienionym.

2. Drugiem, ważnem zagadnieniem dla ustalenia rozpoznania jest stwierdzenia czasu występowania bólu.

Niekiedy wartościowem jest ustalenie, czy ból występuje o pewnej, ściśle określonej godzinie. Ta sprawa jednak najczęściej jest trudna do rozwikłania ze względu na wzmożoną wrażliwość chorych w porze nocnej oraz ze względu na wahania w napięciu układu wegetatywnego.

Bardzo ważnem jest ustalenie, czy napady bólowe występują w związku z którymś z aktów fizjologicznych, jak n. p. przyjęcie pokarmów, wypróżnienia, oddawanie moczu, miesiączkowanie i t. p. Jako przykład można tu przytoczyć bóle żołądka, występujące w dwie do czterech godzin po przyjęciu pokarmów a złagodzone wymiotami w zwężeniu odźwiernika; albo konieczność oddawania stolca natychmiast po przyjęciu pokarmów, co występuje w schorzeniach wątroby. Nieprawidłowe położenie i kształt macicy jest nieraz przyczyną powstawania bólów w okresie perjodów; bóle występujące po oddaniu stolca i wzmagające się w następowym okresie wskazują na istnienie fissura analis.

3. Ważne wskazówki dla rozpoznania otrzymujemy przez ustalenie rodzaju bólu.

I tak: głęboki, stały ból, który upośledza oddechanie i któremu towarzyszą nudności wskazuje na zapalenie otrzewnej. Głuchy ból z gwałtownymi, przerywanymi napadami kolek występuje przy nasilonych skurczach pewnych odcinków przewodu pokarmowego. Tego rodzaju skurcze spotykamy w żołądku lub w jelitach, gdy chodzi o przezwyciężenie przeszkody; w pęcherzyku żółciowym lub w przewodzie wspólnym żółciowym, gdy chodzi o przepchanie kamienia i t. p.

Wskazania dla kojenia bólów jamy brzusznej.

Ustalenie rozpoznania pozwala na przeprowadzenie odpowiedniego leczenia, względnie daje pewną wskazówkę, czy dany ból można uśmie-

rzyć bez szkody dla chorego. W wielu jednak przypadkach ustalenie rozpoznania jest na razie niemożliwe, podczas gdy gwałtowny ból wymaga interwencji lekarskiej. W takim przypadku można stosować środki kojące z jednem, poważnem zastrzeżeniem; że cierpienie, wywołujące ból, nie wymaga natychmiastowego zabiegu operacyjnego. W tym ostatnim przypadku opóźnienie takiego zabiegu może być równoznacznem z bezpośredniem przyczynieniem się do śmierci chorego.

Z ostrych cierpień jamy brzusznej, wymagających natychmiastowej interwencji chirurgicznej, są według autora trzy sprawy chorobowe: krwotoki, zapalenie otrzewnej i zamknięcie światła jelita.

W przypadkach k r w o t o k u ból początkowy bywa niekiedy bardzo ostry i połączony z omdleniem, który ustępuje miejsce bólowi bardziej rozlanemu i głęboko umiejscowionemu, gdy się rozpocznie reakcja ze strony otrzewnej. Dla rozpoznania ważnem jest stwierdzenie innych, zasadniczych objawów krwotoku.

Z a p a l e n i e o t r z e w n e j przy zapaleniu wyrostka robaczkowego, pęcherzyka żółciowego lub przy przebiciu ściany przewodu pokarmowego rozpoczyna się ostrym bólem, jakby wywołanym przez uderzenie sztyletu. Bardzo szybko ból ten rozlewa się, występuje napięcie mięśni brzusznych (opór mięśniowy) oraz wymioty. Od samego początku obmacywanie wywołuje ostry, umiejscowiony ból.

Z a m k n i ę c i e ś w i a t ł a j e l i t a występuje wśród objawów gwałtownej kolki (znana kolka z miserere), z zatrzymaniem gazów i z nudnościami.

Tylko po wykluczeniu powyższych trzech możliwości można stosować środki kojące, z zachowaniem koniecznych ostrożności i pod ścisłą obserwacją kliniczną.

Uwagi na temat rozpoznawania bólów jamy brzusznej. (A propos du diagnostic des douleurs abdominales: la respiration diaphragmatique, l'occlusion intestinale, l'iléus biliaire). H. P a i l l a r d.

Autor przypomina, że dawno już poczyniono spostrzeżenia nad unieruchomieniem przepony w ostrych zapaleniach otrzewnej; sądzi jednak, że dokładne zbadanie powyższego objawu wymaga odpowiednich ostrożności. Przedewszystkiem przy obserwowaniu ruchów przepony należy odwrócić uwagę chorego. Następnie korzystną jest obserwacja kaszlu chorych na zapalenie otrzewnej; ponieważ przy kaszlu następuje gwałtowny skurcz mięśni brzusznych i uniesienie przepony ku górze, przeto ci chorzy z trudnością i słabo tylko kaszlą, w odróżnieniu od chorych na zapalenie opłucnej przeponowej, dla których kaszel jest w ogólności niemożliwy z powodu bardzo gwałtownych bólów. Można też badać ruchomość przepony sposobem, ongiś podanym przez autora, który polega na łagodnie wzmacnianym ucisku jamy brzusznej tuż poniżej pępka, przy pomocy płasko położonej ręki. Ucisk ten powinien być tak wykonany, by unosił jelita ku górze w stronę przepony. Wówczas to przepona odpowiada skurczami, z początku małymi a następnie zwiększającymi się. W przypadkach ostrego zapalenia otrzewnej badania tego należy raczej zaniechać.

U w a g i odnoszące się do b ó l ó w, wywołanych z a m k n i ę c i e m ś w i a t ł a j e l i t a.

Autor przytacza opis podany przez *Mondor'a (H. Mondor: Diagnostics urgents. Abdomen. Masson Edit. 1930)*, odnoszący się do powyższych bólów i podkreśla, że bóle występujące z początku nie różnią się od bólów późniejszego okresu; ustępują one jednak lub znacznie słabną, gdy się już wytworzy martwica jelita, przebicie jelita, lub zapaść. W tem cierpieniu im chory czuje się lepiej, tem gorszy jest jego stan. W obrazie klinicznym na pierwszy plan występują gwałtowne skurcze jelitowe, świadczące o znacznej pracy jelit, przy zupełnym braku odchodzenia gazów i kału. Podobnie silne skurcze i ruchy jelitowe oraz bóle występują w niektórych zapaleniach jelita grubego i w czerwonce, w obu tych cierpieniach jednak odchodzenie gazów i kału jest utrzymane. Wzdęcie brzucha jest późnym objawem w przebiegu zamknięcia światła jelit, wówczas to nasilenie bólów słabnie. Wzdęcie brzucha świadczy bowiem o osłabieniu mięśniówki jelit, wskutek wyczerpania po uprzedniej walce oraz skutkiem dalszego rozwoju cierpienia. W omawianem cierpieniu nie można dość nastawać na wczesne rozpoznanie i możliwie wczesne wykonanie zabiegu operacyjnego.

W końcu autor opisuje ciekawy przypadek ileus, z powodu uwięźgnięcia kamienia żółciowego w jelicie cienkiem. U chorej lat 62, stwierdzono niewątpliwą kamicę żółciową a prześwietlenie promieniami Roentgena wykazało cień dużego kamienia w okolicy pęcherzyka żółciowego. Przez następnych 4 miesiące były okresy wolne od bólów oraz napady bólowe. Po ostatnim napadzie ponowne prześwietlenie wykazało brak cienia od kamienia w pęcherzyku żółciowym. W cztery miesiące później wystąpiły u chorej objawy zatkania światła jelita z wymiotami kałowymi; ostrożne opróżnianie jelita grubego wykazało częściowe przechodzenie pokarmów przez zwężone jelito. Wobec pogarszania się stanu chorobowego autor rozpoznał zamknięcie światła jelita a łącząc powyższe objawy ze zniknięciem cienia od kamienia żółciowego przyczynę zamknięcia widział w uwięźgnięciu kamienia. Zabieg chirurgiczny potwierdził to rozpoznanie a wydobyty kamień był kształtu walca o średnicy 3 cm i długości 4,6 cm; waga kamienia 26 gr. składał się on z masy cholesteryny i złogów wapniowych na powierzchni swojej.

Zimno i gorąco w leczeniu cierpień jamy brzusznej. (Le chaud et le froid dans le traitement des affections abdominales). G. M é t i v e t.

Na początku niniejszej pracy, autor opisuje sposób stosowania zimna a więc w najczęściej używanej postaci worka z lodem, dobrze owiniętego we flanelę, przyczem podkreśla, że zarówno flanela jak i skóra chorego muszą być bardzo suche, gdyż w przeciwnym razie mogą powstać odmrożenia.

Gorąco stosuje się w postaci kąpieli całkowitych na 37 do 38° C. Takie kąpiele działają bardzo korzystnie na uspokojenie bólu a zwłaszcza bólów wywołanych kurczami. Gorące okłady, wilgotne mogą wywrzeć korzystny skutek tylko wówczas, gdy są bardzo często zmieniane, dla tego lepiej jest stosować kataplazmy z lnianego siemienia, przykrywając je n. p. ceratą oraz grubszym bawełnianym czy wełnianym materjałem, któryby dłuższy czas pozwalał na utrzymanie ciepła kataplazmu. W niektórych cierpieniach kobiecych należy stosować gorące lawatywy (45 do 48° C.) w ilości 100 do 120 ccm., które należy zatrzymać. W każdym domu da się również wykonać gorące przemywanie pochwy (45 do 48° C) z 8 do 10 litrów wody; należy do tego stosować kankę o dwuch ujściach a okolice ujścia pochwy należy posmarować wazeliną. W niektórych przypadkach, zwłaszcza w wymiotach pooperacyjnych, należy podawać łykami gorące napoje.

Wskazania do stosowania powyższych zabiegów są rozmaite, autor podaje ogólne wskazówki, że w początkowych okresach ogniska zapalnego jamy brzusznej należy z zasady stosować zimno, w okresach późniejszych (a więc po paru dniach) można stosować zarówno zimno, jak i gorąco, zależnie od wrażliwości chorego i natury cierpienia. N. p. w chorobach kobiecych w tym okresie wskazane są raczej gorące przepłukiwania pochwy, natomiast w nieoperowanych, ograniczonych zapaleniach otrzewnej, wywołanych zapaleniem wyrostka robaczkowego, względnie dość długo należy stosować zimno. W okresach znacznie późniejszych, końcowych, wskazane jest raczej stosowanie gorąca.

W gwałtownych napadach bólowych jamy brzusznej, wywołanych skurczami przewodu pokarmowego, po wykluczeniu przypadków wymagających natychmiastowej interwencji chirurgicznej, należy stosować gorąco, zwłaszcza pod postacią kataplazmów z siemienia lnianego.

Rola wodolecznictwa w leczeniu bólów jamy brzusznej. (Le role de l'hydrothérapie dans le traitement des douleurs abdominales). H. D a u s s e t i A. C h e n i l l e a u.

Uśmierzenie bólów jamy brzusznej, uzyskane zapomocą wilgotnych i gorących okładów, jest ogólnie znane. Tłumaczenie powyższego faktu napotyka na pewne trudności i istnieją rozmaite teorje, które usiłują fakt ten wyjaśnić. Lecz i sam ból wywołany cierpieniami narządów jamy brzusznej nie jest dostatecznie wyjaśniony. *Lennander* sądzi, że ból powstaje w narządach jamy brzusznej dopiero wówczas, gdy stan zapalny tych narządów lub ich rozciągnięcie dotyczyć będzie także i otrzewnej. W tej teorji układ współczulny nie gra żadnej roli. Natomiast *Ross, Head i Mackenzie* sądzą, że ból powstaje w samych narządach i jest przenoszony przez układ współczulny do układu mózgo-rdzeniowego. Jeszcze inni mniemają, że istnieje automiczna wrażliwość na ból samego układu współczulnego. Znaczna liczba badaczów jest zdania, iż istnieje łączność między pewnemi, ściśle określonemi okolicami skóry, t. zw. dermatomami a narządami leżącymi w jamie brzusznej i tłumaczą oni, że tą drogą dochodzi do hyperestezji skóry w cierpieniach narządów jamy brzusznej. Autorowie sądzą, że w powstaniu bólów jamy brzusznej dużą rolę też grają zapalenia naczyń chłonnych, odchodzących od ogniska zapalnego oraz zmiany w napięciu nerwów naczynioruchowych.

Wodolecznictwo wywiera niewątpliwie wyraźny wpływ na napięcie nerwów naczynioruchowych. Pod wpływem zabiegów wodoleczniczych powstaje bardzo żywa gimnastyka naczyniowa. Można się przeto spodziewać, że tego rodzaju wpływ na poszczególne dermatomy odbije się drogą odruchu w narządach wewnętrznych, odpowiadających danym dermatomom. Gorąco, bez względu na sposób stosowania, wywiera tą drogą wpływ na bóle, powstające w cierpieniach narządów jamy brzusznej, niewątpliwie jednak najwyraźniej wpływ ten występuje przy użyciu gorąca wilgotnego. Zbierając powyższe dane sądzić należy, że zapomocą odpowiednio stosowanego wodolecznictwa uzyskujemy rozszerzenie lub zwężenie naczyń, wpływ na układ chłonny, podrażnienie lub działanie uspokajające na włókna nerwowe oraz przypływ lub odpływ ciepłoty i to zarówno w zakresie skóry, jak i drogą odruchu w odpowiednich narządach jamy brzusznej.

Następnie autorowie omawiają stosowanie gorących okładów na jamę brzuszną lub na całe ciało a potem przechodzą do opisu stosowania miejscowych natrysków w cierpieniach narządów jamy brzusznej o przebiegu przewlekłym. Natryski te dzielą na: natryski na wątrobę, śledzionę, nadbrzusze, całego brzucha oraz okolicy lędźwiowej.

Natrysk na okolice wątroby stosuje się w wielu miejscowościach kąpielowych a zwłaszcza w Vichy. Można go stosować w rozmaitych pozycjach chorego a więc w pozycji stojącej, siedzącej i leżącej. Zapomocą zmiany ciepłoty natrysku uzyskuje się w przeciągu kilku minut silne zaczerwienienie okolicy natryskiwanej. Na zakończenie tego zabiegu stosuje się zawsze natrysk ogólny. W podobny sposób przeprowadza się leczenie natryskami na inne okolice ciała.

W szczególnych przypadkach stosują też natryski podwodne, t. j. u chorych zanurzonych w zwykłej kąpieli puszczamy pod wodą silny prąd cieplejszej wody na daną okolicę ciała. Ten rodzaj natrysku działa podobnie, jak masaż bardzo delikatny i gorący; czas trwania 5 do 10 minut. Dodać należy, że ciepłota ogólnej kąpieli powinna być niższa o 1 do 10° C., przytem ta ciepłota powinna być zachowana przez cały czas zabiegu. U kobiet stosują przemywanie pochwy zapomocą 100 litrów wody o ciepłocie 40 do 44° C., przy użyciu podwójnego wziernika. Prąd wody powinien być bardzo słaby tak, że zabieg ten trwa około pół godziny. Szczególnie dobre wyniki daje zupełnie podobne przepłukiwanie przy równoczesnem zastosowaniu kąpieli całkowitej lub półkąpieli. W tym przypadku ciepłota wody jest nieco niższa, natomiast prąd wody jest silniejszy, tak że 100 litrów wody przepływa w przeciągu około 10 minut. Zarówno w pierwszym, jak i w drugim sposobie stosowania natrysków pochwowych pozycja chorej jest ginekologiczna (w kąpieli „en hamac").

Wskazania do stosowania rozmaitych zabiegów wodoleczniczych są bardzo różnorodne. Z cierpień narządów jamy brzusznej należy wymienić pewne obrzęki wątroby, spotykane zwłaszcza u ludzi otyłych, cierpiących na plethora i t. p. Również w pewnych przypadkach niedomogi wątroby, z wyjątkiem marskości wątroby, natryski dają bardzo dobre wyniki. W przypadkach kolki wątrobowej oraz kolki nerkowej stosujemy tylko gorące okłady i kąpiele. W przypadkach bólów lędźwiowych, w niektórych schorzeniach nerkowych autorowie

stosują gorące natryski na okolicę lędźwiową. W niektórych przypadkach enteritis i colitis obok gorących okładów dobre wyniki daje gorąca kąpiel i łagodny natrysk podwodny. W zapaleniach pęcherza moczowego należy stosować gorące okłady. W gastralgjach dobrze robią choremu gorące natryski na okolicę nadbrzucha lub też ogólna kąpiel na 38° C., ochładzana pod koniec zabiegu na 29°.

Leczenie bólów jamy brzusznej zapomocą gorących naświetlań i promieni czerwonych, stosowanych miejscowo. (Traitement des algies viscérales de l'abdomen par les irradiations locales de chaleur et de lumière rouge). A. Antoine.

Autor podaje, że obok rozmaitych czynników fizycznych stosowanych miejscowo a działających leczniczo, jak woda zimna i gorąca, kataplazmy, visicatoire'y, lód, promienie słoneczne, pozafjołkowe, diatermja, promienie Roentgena i t. p. od lat dziesięciu stosuje przedewszystkiem fototerapję w szczególności zaś wpływ światła czerwonego i niebieskiego w przebiegu cierpień narządów jamy brzusznej, połączonych z bólami. Jedyne przeciwskazanie stanowi zapalenie wyrostka robaczkowego. Dla łatwiejszego stosowania powyższego światła, autor wynalazł przyrząd, który przedstawia się, jako skrzynka z materjału dość lekkiego i źle przewodzącego ciepło. Wewnątrz tej skrzynki umieszczona jest węglowa żarówka na 32 świece a szkło tej żarówki jest zabarwione na kolor niebieski względnie czerwony. Na zewnątrz skrzynki znajduje się mały rheostat, który można załączyć do zwykłego prądu miejskiego; żarówka węglowa wytwarza gorąco i zarazem wysyła promienie czerwone lub niebieskie. Podczas zabiegu chory może sam, bez obcej pomocy regulować natężenie prądu a zatem nasilenie światła i ciepła. Naogół stosuje się dziennie dwa seanse przez 10 do 15 minut. Liczbę dziennych seansów można oczywiście zwiększać. Gorąco wewnątrz skrzynki doprowadzić należy do 80 lub 90° C, co daje się osiągnąć w przeciągu 2 minut. Po naświetlaniu chory powinien zostać w łóżku, ciepło okryty.

Stosowanie powyższego zabiegu wywołuje po pewnym czasie typową pigmentację skóry; podczas zabiegu poty miejscowe występują dość często, bóle ustępują szybko, nieraz podczas naświetlania. Silniejsze działanie posiadają naświetlania zapomocą promieni czerwonych, dlatego u osób wrażliwych, przez pierwsze 8 do 10 dni, zaleca się naświetlania światłem niebieskiem a dopiero potem czerwonem.

Korzystne wyniki miejscowe otrzymywał autor w przypadkach bolesnych blizn pooperacyjnych oraz bolesnych nacieków skórnych. Wpływ ogólny zaznaczył się euforją, powrotem sił i apetytu, przyczem waga ciała wzmagała się oraz trawienie ulegało polepszeniu. Nierzadko wzmagała się liczba czerwonych ciałek krwi a ewentualnie zaburzony stosunek w układzie ciałek białych wracał do normy.

Wskazania do stosowania powyższych zabiegów są następujące: bolesne zrosty pooperacyjne, zrosty okolic pęcherzyka żółciowego, dwunastnicy i wyrostka robaczkowego. Z korzyścią też można stosować powyższe naświetlania w przekrwieniu wątroby oraz w cierpieniach dróg żółciowych, następnie w chorobach kobiecych, w chorobach rozmaitych odcinków jelita grubego, w przewlekłych zaparciach oraz w bólach pochodzenia gośćcowego.

Tłumaczenie działania promieni niebieskich, czerwonych i pozaczerwonych w zwalczaniu objawów bólowych jest dotychczas niemożliwe.

Wskazania i wyniki leczenia diatermją bólów jamy brzusznej. (La diathermie dans la douleur abdominale, ses indications, ses résultats). J. Aimard.

Jak wiadomo, diatermja wywołuje rozszerzenie naczyń i wzmaga te właściwości krwi, które służą obronie ustroju. Nadto zapomocą diatermji można uzyskać ukojenie bólów i zwolnienie stanów skurczowych. Ten skutek otrzymuje się w diatermji dzięki właściwości prądów elektrycznych o wysokiej częstotliwości, które zdążając z jednej elektrody ku drugiej wywołują ciepło w tym odcinku ciała, który leży między elektrodami. W ostatnich czasach diatermję stosuje się w tak szerokiej mierze, że nic niema w tem dziwnego, gdy tu i ówdzie słyszymy nie tylko o braku dodatnich skutków leczenia diatermją, ale nawet wprost o szkodach, jakie ten zabieg wyrządził. Jakkolwiek diatermja nadaje się do stosowania w bardzo wielu przypadkach, to jednak należy się liczyć także z przeciwwskazaniami. I tak przeciwwskazaną jest diatermja w całym szeregu schorzeń jamy brzusznej, przedewszystkiem zaś w ostrych cierpieniach zapalnych, lub też w cierpieniach, w których istnieją krwotoki czy skłonność do nich. Przeciwwskazaną jest zatem diatermja w ostrych chorobach wątroby, we wrzodach żołądka i dwunastnicy, w raku żołądka, w niektórych dyspepsjach, w przewlekłych zapaleniach trzustki, w chorobach nerek, w ropniu podprzeponowym, w crises gastriques przy wiądzie rdzenia, w zapaleniach wyrostka robaczkowego, w epigastralgjach w chorobie Basedowa, we wszystkich postaciach zapalenia otrzewnej i t. d.

W odróżnieniu od innych sposobów stosowania gorąca, diatermja dostarcza stale wartości kalorycznych coraz się wzmagających i głęboko sięgających. Ciepło powstające w ten sposób w głębi jamy brzusznej jest łagodzone przez to, że unosi je krew, przepływająca w rozszerzonych naczyniach, i roznosi je po całym ustroju, wywołując nieraz obfite poty. Obawa przed zbyt wysokiem gorącem w narządach wewnętrznych przy stosowaniu diatermji jest płonna, gdyż odpowiednio wykonane badania wykazały, że ciepłota w żołądku nie przekracza w tych warunkach 40° C, a ten poziom ciepłoty nigdy nie jest szkodliwy. Należy być ostrożnym jedynie w stosowaniu diatermji u osób bardzo tęgich, ci bowiem często gorzej znoszą ten zabieg, może dzięki temu, że tkanka tłuszczowa jest gorzej unaczyniona. Stosowanie diatermji wywołuje wzmożoną leukocytozę a nadto wpływa kojąco na włókna mięsne i zakończenia nerwowe. Tem należy tłumaczyć n. p. ustępowanie bolesnych kurczów odźwiernika, kolki jelitowej i t. p. Autor wykazał przed szeregiem lat, że diatermja działa nader korzystnie w przypadkach bolesnych schorzeń pęcherzyka żółciowego a nawet w przypadkach kamicy żółciowej.

W ostatnich czasach zwrócono szczególną uwagę na częste tworzenie się zrostów, jako spraw pozapalnych w bezpośredniem otoczeniu przewodu pokarmowego, w szczególności zaś w okolicy pęcherzyka żółciowego, jelita ślepego, esicy i t. d. Te zrosty powstają niezależnie od zabiegów operacyjnych, są bardzo bolesne i pod wielu względami upośledzają czynność przewodu pokarmowego. Stosowanie diatermji w tych przypadkach daje bardzo dobre wyniki. Należy stosować elektrody o jednakowej powierzchni, przy natężeniu prądu 1200 do 1500 miliamperów przyczem poszczególny seans trwa 20 do 30 minut. Autor stosuje zazwyczaj codziennie seansy przez 6 dni a następnie cztery seansy co drugi dzień. W razie konieczności, po trzytygodniowej przerwie, ponawia serję seansów. Statystyka ma wykazywać dodatnie wyniki niemal w 100% przypadków nieoperowanych. W przypadkach bolesnych zrostów pooperacyjnych jamy brzusznej, leczenie diatermją daje również dobre wyniki, choć gorsze od poprzednich. Niekiedy można też równocześnie stosować i naświetlania promieniami pozaczerwonymi. Korzystnem też jest powyższe leczenie w przypadkach zrostów między pęcherzykiem żółciowym a poprzecznicą, leczenie trwa tu jednak dłużej, przyczem nasilenie prądu powinno być wyższe i dochodzić do 2000 miliamperów.

W przypadkach bólów pochodzących ze splotów nerwowych (otaczających tętnicę brzuszną oraz jej rozgałęzienia a zwłaszcza tętnice lędźwiowe) diatermja daje również bardzo dobre wyniki.

Krótko zbierając: diatermję należy stosować w następujących cierpieniach jamy brzusznej: cholecystitis chronica et pericholecystitis; bóle po zabiegach chirurgicznych na pęcherzyku żółciowym; zrosty pozapalne okolicy podwątrobowej; skurcze odźwiernika i dwunastnicy; bolesne zrosty okołodwunastnicze; zrosty pooperacyjne po zabiegach z powodu wrzodów; zrosty pęcherzyka żółciowego z poprzecznicą; colitis adhaesiva; kurcze jelita grubego; zrosty około jelita ślepego i esicy; bóle po zabiegach chirurgicznych na jelitach i wyrostku robaczkowym; plexalgje; coelialgje; bóle splotu słonecznego; parametritis; salpingo-ovaritis; aortitis abdominalis.

W wielu z powyższych cierpień należy stosować 20 do 25 seansów i ewentualnie powtarzać te serje z przerwami trzytygodniowemi. Początkowo należy zawsze stosować słabsze nasilenie prądu. W ewentualnem stosowaniu silniejszych prądów należy się kierować przedewszystkiem wrażliwością i odczynem ustroju. W przerwach między poszczególnymi seansami od szóstego począwszy, autor zaleca stosowanie światła pozaczerwonego.

Anaemia aplastica acuta cryptogenetica. (Anémie aplastique aiguë cryptogenetique). Ch. Gandy i B. Baize.

Paris Médical, № 50, r. 1930.

Ze względu na rzadkość tej postaci niedokrwistości, autorowie podają następującą historję choroby:

Chora, lat 45, zgłasza się do szpitala z powodu znacznego osłabienia duszności i bladości. Powyższa choroba rozpoczęła się przed dwoma tygodniami biegunką, poczem wystąpiły bóle głowy, krwawienia z dziąseł i szybko wzrastająca bladość powłok.

Badanie wykazuje brak gorączki, brak znacznego wychudzenia i bladość woskową. Wątroba, śledziona niepowiększona, gruczoły chłonne bez zmian, płuca również, tony serca głuche i szmery anemiczne. Odruchy zachowane, mocz bez zmian, a badanie krwi dało następujący obraz: ciałek czerwonych 1,370,000; hemoglobiny 25%; wskaźnik barwny 0,9; leukocytów 3.400, w tem komórek wielojędrzastych obojętnochłonnych 26%, eozynochłonnych 1%, limfocytów 5,6%, jednojądrzastych i przejściowych 17%. Płytek krwi 18.400; osmotyczna odporność krwinek 46 do 34; czas krwawienia 21 minut, czas krzepnienia 13 minut. Skrzep zupełnie niekurczliwy. W całym preparacie zupełnie nie stwierdzono ciałek czerwonych jądrzastych ani myelocytów, nadto nie było też ani poikylocytozy, ani polychromatofilji, ani anizocytozy. Dwa posiewy krwi dały wynik ujemny, badanie w kierunku kiły oraz zimnicy dało wynik ujemny, wykluczono też działanie jadów (n. p. benzol) oraz ciał radioaktywnych. Nie stwierdzono też obecności nowotworu złośliwego i cierpień narządów rodnych. Badanie kału nie wykazało ani obecności krwi, ani też jaj pasorzytów. Wobec powyższego stanu rozpoznano ostrą niedokrwistość aplastyczną o nieznanem pochodzeniu i o złem rokowaniu.

Leczenie polegało na podawaniu wyciągów wątroby oraz samej wątroby, żelaza w dużych dawkach oraz często powtarzanych, niewielkich przetaczaniach krwi (100 do 120 ccm). Mimo powyższego leczenia stan chorej wśród ciągłych wahań oraz występowania krwawień z dziąseł stale się pogarszał. Ciepłota zawsze prawidłowa. Po upływie 2 i pół miesiąca chora zmarła. Badanie sekcyjne nie wykryło przyczyny niedokrwistości; obraz narządów odpowiadał tylko znacznemu stopniowi niedokrwistości. Szpik kostny z kości udowej i żeber był żółty, tłuszczowo zmieniony; pod drobnowidem stwierdzano tylko bardzo rzadkie komórki, przeważnie limfocyty, w niektórych tylko miejscach stwierdzano nieliczne myelocyty i kilka megaloblastów.

W powyższym przypadku uderza ostre wystąpienie niedokrwistości, z objawami osłabienia ogólnego, znacznej bladości i duszności, co widujemy też i w chorobie Biermer'a, lecz w przypadku autorów przebieg był znacznie szybszy. Obraz krwi charakterystyczny a mianowicie szybko postępujące zmniejszanie się liczby krwinek, obniżony wskaźnik barwikowy, leukopenja ze względną limfocytozą, znaczna trombopenja, brak kurczliwości skrzepu i zupełny brak wytwórczości szpiku kostnego. Zależnie od przewagi poszczególnych objawów, opisywano różne postaci omawianej niedokrwistości a mianowicie postać gorączkową, postać krwotoczną i postać embrjonalną, kiedy we krwi można spotkać komórki mononuklearne, zasadochłonne, nie dające się zróżnicować.

Niedokrwistość aplastyczna ostra jest cierpieniem rzadkiem, gdyż Aubertin do r. 1927, znalazł tylko 95 przypadków ogłoszonych w literaturze światowej. W rozpoznaniu różniczkowem należy brać pod uwagę następujące postaci niedokrwistości:

1. Anaemia perniciosa progressiva, typu Biermer'a, która przebiega znacznie wolniej. We krwi stwierdza się postaci młode, jak jądrzaste krwinki, myelocyty, następnie występuje poikilo i anizocytoza oraz polychromatofilja. Skrzep zachowu-

je kurczliwość, hematoblasty są prawidłowe, szpik kostny czerwony. Trudności rozpoznawcze wzrastają tylko wówczas, gdy w tej postaci niedokrwistości wystąpi brak wytwórczości szpiku kostnego a zatem zniknięcie jądrzastych ciałek czerwonych, co pod koniec przebiegu cierpienia czasem się zdarza. Wywiady mogą tutaj dać wyjaśnienie.

2. Leukaemia acuta leukopoenica występuje zawsze z gorączką, oraz z miernem powiększeniem śledziony i gruczołów. Komórki młode trudne do zróżnicowania znajdują się tu jednak zawsze w większej liczbie niż w anaemia aplastica cryptogenetica typu embrjonalnego.

3. Istnieje też postać, zwana anaemia febrilis acuta, w której niedokrwistość dochodzi do znacznego stopnia a gorączka jest wysoka i stała. Nie brak też krwotoków, lecz tej postaci towarzyszy znaczna leukocytoza obojętnochłonna oraz obecność czerwonych krwinek jądrzastych i myelocytów.

4. Agranulocytoza klicznie charakteryzuje się anginą z owrzodzeniami i martwicą oraz ciężkim stanem zakaźnym. Ze krwi znikają nieraz zupełnie granulocyty. W postaci czystej jednak nie spotykamy ani krwotoków ani niedokrwistości. Niestety agranulocytoza przebiega często z objawami zarówno krwotocznymi, jak i z objawami niedokrwistości aplastycznej. Wówczas rozpoznanie może być bardzo trudne.

5. Podobne trudności spotykamy w odróżnieniu anaemia aplastica cryptogenetica od purpura hemorrhagica.

Autor podkreśla, że trudność odróżnienia anaemia aplastica cryptogenetica agranulocytosa i purpura hemorrhagica dowodzi tylko, że stany te są pokrewne a przewaga jednego objawu chorobowego nad drugim wynika jedynie z trojakiej czynności fizjologicznej szpiku kostnego. Szpik kostny bowiem jest źródłem powstawania krwinek czerwonych, granulocytów (komórki wielojądrzaste obojętnochłonne, eozynochłonne i zasadochłonne) oraz trombocytów. Zależnie od tego czy niedomoga szpiku kostnego dotyczy w sposób silniejszy którejkolwiek z powyższych trzech czynności zmienia się obraz chorobowy.

Co sie tyczy przyczyn wywołujących zanik zdolności wytwórczych szpiku kostnego w omawianych postaciach chorobowych — to należy podkreślić, że te przyczyny w wielu przypadkach są znane i różnorodne. I tak istnieją niedokrwistości aplastyczne, powstałe pod wpływem jadów, jak benzol, arsenobenzol lub też pod wpływem ciał promieniotwórczych, jak radium, thorium i promienie Roentgena. Wiemy, że benzol niszczy szczególnie granulocyty a thorium limfocyty. Przypisywano też powstanie niedokrwistości aplastycznej chorobom zakaźnym, ciąży, puerperium a nawet pasorzytom. W wielu jednak przypadkach nie udaje się wykryć przyczyny choroby, w szczególności zaś nie stwierdzano współistnienia endocarditis lenta, przewlekłego zapalenia nerek, helminthiasis, gruźlicy i nowotworów złośliwych, które to cierpienia są raczej przyczyne powstania niedokrwistości złośliwej Biermer'a. Również kiła i choroby zakaźne nie wywołują niedokrwistości aplastycznej w tych kryptogenetycznych postaciach. Wreszcie wygłaszano hypotezę o wrodzonej niedomodze szpiku kostnego, być może u osobników z kiłą wrodzoną. Brak jednak dowodów w tym kierunku. Autorowie podkreślają często spotykane biegunki w początkach omawianej choroby i wyrażają przypuszczenie, że wchłanianie się toksyn może wywołać powyższą chorobę u osobników z małowartościowym szpikiem kostnym.

Leczenie niedokrwistości aplastycznej nie dało dotychczas żadnych wyników, szczególniej zaś podawanie wątroby, tak skuteczne w niedokrwistości złośliwej, tu pozostaje bez wpływu. Również opoterapja szpikowa nie dała spodziewanych wyników. Przetaczanie krwi daje tylko przejściowe polepszenie, które można wykorzystać w postaciach niedokrwistości aplastycznej, wyłącznie jednak tam, gdzie jest znana przyczyna choroby i gdzie ją można usunąć (zatrucie benzolem).

Z. Gorecki.

CHIRURGJA

Dane statystyczne, oparte na materjale 42 przypadków przedziurawionych wrzodów żołądka i dwunastnicy, leczonych operacyjnie (Statistique de quarante-deux cas d'ulcères perforés de l'estomac et du duodênum). Wilmoth.

Journ. de Chirurgie XXXVI — № 5, listopad 1930.

Na 42 przypadki, spostrzegane przez autora, 21 — było w wieku od lat 20 do 40, 19 — w wieku od lat 40 do 63. Przedziurawienie wrzodu dotyczyło w 28 przypadkach żołądka (odźwiernik i mała krzywizna), a w 11 — dwunastnicy (część pozioma i przejście części poziomej w zstępującą). Na ogólną liczbę 42 chorych mężczyzn było 39, kobiet — tylko 3. W 29 przypadkach miejsce przedziurawienia znajdowało się w tkankach silnie zbliznowaciałych (ulcus callosum).

Co do objawów klinicznych, to u sześciu chorych przedziurawienie było pierwszym objawem skrycie przebiegającego wrzodu. W przypadkach trudnych pod względem rozpoznawczym autor wysuwa na pierwszy plan następujące trzy objawy, w odróżnieniu głównie od ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego: brak wysokiej gorączki, względnie niewielkie przyśpieszenie tętna (we wczesnych okresach przedziurawienia wrzodu) i wybitne napięcie powiek brzusznych, najwyraźniejsze w nadbrzuszu. W dużej większości przypadków przy operacji stwierdzono w otrzewnej obecność w znacznej ilości płynu (surowiczego, z domieszką żółci, lub ropnego) i gazu.

Wykonanie operacji w ciągu pierwszych 6 godzin od chwili wystąpienia objawów klinicznych dawało 0% śmiertelności, wykonanie operacji po 6 godzinach, ale przed upływem 12 godzin — 45% śmiertelności, po 12 godzinach, ale przed upływem 24 godzin — 35%.

W 13 przypadkach ograniczono się w czasie operacji do obszycia miejsca przedziurawienia (1-2-3 piętra), z następowem pokryciem tego miejsca siecią. Śmiertelność wyniosła 15%. Jest to sposób najprostszy i najszybszy, a więc odpowiada w zupełności dwum kardynalnym warunkom, jakim odpowiadać powinien zabieg, wykonywany z powodu przedziurawienia wrzodu żołądka, lub dwunastnicy. Operacją z wyboru jest ów sposób we wszystkich tych przypadkach — zdaniem autora — w których są już wyraźne objawy zapalenia otrzewnej. Zastanawiającym jest tutaj fakt, że po takiej operacji dokładnego obszycia miejsca przedziurawienia duża część

chorych została wyleczona ze swego cierpienia zasadniczego na długi przeciąg czasu, jeśli nie na stałe.

W pewnej liczbie przypadków owe obszycie wrzodu — ze względu na następowe znaczne zwężenie odźwiernika, względnie dwunastnicy — trzeba było uzupełnić zespoleniem żołądkowo-jelitowem.

Śmiertelność w tych przypadkach wyniosła 20%. Nie należy nigdy pozostawiać sączków w pobliżu żołądka i dwunastnicy; w razie konieczności sączkowania (obfity wysięk ropiasty), lepiej jest wyprowadzać sączki w okolicy ponadłonowej.

W jednym przypadku autor ograniczył się do pozostawienia w jamie otrzewnowej worka Mikulicza; chory ten zmarł.

Wreszcie trzykrotnie wykonano wycięcie wrzodu, śmiertelność przytem wyniosła 66%.

Późne wyniki leczenia gruźlicy stawów zapomocą wycięcia stawów według Ollier (Enquête sur les résections de l'épaule, de coude, du poignet, du genou, de la hanche et sur les résections tibio — tarsiennes, faites par Ollier). Cuneo, Tiscier, Bérard i Patel.

Lyon Chirurg. XXVII — № 6, listopad — grudzień 1930.

Sposób wycięcia stawów, podany w swoim czasie przez Ollier'a, polega na wycięciu podokostnowem obu końców stawowych kości, z możliwie całkowitem zachowaniem torebki stawowej i pozostałych tkanek przykostnych. W przypadkach gruźlicy, poza tem, po nacięciu podłużnem torebki stawowo-okostnowej, ostrą łyżeczką usuwa się doszczętnie od wewnątrz wszelkie zmienione chorobowo tkanki, możliwie oszczędzając okostną. W związku z uroczystym obchodem stulecia urodzin Ollier'a na posiedzeniu Towarzystwa Chirurgów Lyońskich, autorowie zebrali cały szereg operowanych w swoim czasie przez Ollier'a przypadków (wycięcie różnych stawów — przeważnie z powodu gruźlicy), i opierając się na długotrwałej ich obserwacji, podają ostateczne wyniki leczenia.

I. Staw barkowy. Z 12 zarejestrowanych przypadków gruźlicy stawu barkowego — czterech zmarło z powodu choroby ubocznej w 20—53 lata po operacji wycięcia stawu. Ośmiu pozostałych przy życiu cieszy się pełnem zdrowiem, miejscowo — wyleczeni zupełnie. Ograniczenie ruchów w nowowytworzonym stawie bywało mniej lub więcej daleko posunięte, jednakże do zupełnego zesztywnienia (zrostu kostnego) nie dochodziło prawie nigdy. Używanie kończyny chorej w życiu codziennem chorego nie było ograniczone w stopniu większym ani przez ograniczenie ruchów, ani też przez osłabienie siły mięśniowej.

II. Staw łokciowy. Wszystkie 55 przypadków dotyczyły osobników dorosłych. Śmiertelność pooperacyjna = 0. We wszystkich przypadkach ranę sączkowano i unieruchamiano kończynę w opatrunku gipsowym na długi okres czasu. Począwszy od 10 dnia wyjmowano kończynę z gipsu dla wykonywania ruchów w chorym stawie. W 50% otrzymane wyniki były bardzo dobre — ruchomość prawidłowa i siła mięśniowa zmniejszone tylko do ¾. W 28% wyniki były dobre — ruchomość i siła mięśniowa zredukowane do połowy, ruchy boczne niewielkie. W 12% wyniki niezłe — ruchomość, względnie siła mięśniowa poniżej ⅓. Wreszcie w 10% — wyniki złe — zupełne zesztywnienie lub staw cepowaty.

III. Staw napiętkowy. We wszystkich 28 przypadkach, co do których udało się zebrać odpowiednie dane, zabieg polegał na wycięciu całego napiętka wraz z nasadami kości przedramienia i podstawami kości śródręcza, dokonanem z 3 cięć: po stronie grzbietowej, łokciowej i promieniowej (do sączkowania). Z nich 14 zmarło, u pozostałych 14 wyniki ostateczne były naogół dobre. Ruchy napiętka — ograniczone (zwłaszcza zgięcie grzbietowe), ruchy palców — prawidłowe, jedynie tylko siła chwytna palców była nieco ograniczona. Ustawienie kończyny — bez znaczniejszych odchyleń.

Ostateczny wynik pooperacyjny zależy tutaj w pierwszym rzędzie od bardzo drobiazgowo i pilnie prowadzonego leczenia pooperacyjnego (ortopedycznego).

IV. Staw kolanowy. Ollier wykonał koło 200 operacyj wycięcia stawu kolanowego. Osobników bardzo młodych zasadniczo starał się nie operować, w ostateczności — ograniczał wycięcie końców stawowych do minimum, możliwie oszczędzając chrząstki nasadowe. Zabieg ma na celu wytworzenie mocnego zrostu kostnego w miejscu stawu. Po operacji unieruchomienie kończyny trwa długo; pierwszy opatrunek (sączkuje się z reguły) wykonuje się po 45 dniach. Skrócenie kończyny wynosiło 4—8 cm., zaniki mięśniowe — znaczne, ustawienie prawidłowe (zgięcie pod 170°). Wyniki czynnościowe — dobry.

V. Staw biodrowy. Operacyj wycięcia stawu biodrowego wykonał Ollier 87. Jest to zabieg naogół znacznie cięższy od poprzednich, dlatego też należy wskazania doń ograniczać na korzyść leczenia zachowawczego. Ollier wykonywał wycięcie tylko w przypadkach obfitego ropienia, obecności przetok, obumarcia głowy kości udowej, przedziurawienia dna panewki i t. p.

Dokładniejsze szczegóły udało się zebrać co do 19 chorych. Wyniki ostateczne były dobre, chodzenie, względnie swobodne. Zesztywnienie w miejscu stawu było zupełne, w ustawieniu naogół prawidłowem (lekkie zgięcie, nieznaczne przywiedzenie, odwiedzenie).

VI. Staw goleniowo-napiętkowy i stawy stępu. Zabieg polegał najczęściej na wycięciu kości napiętkowej, a poza tem — kości piętowej, łódkowatej, sześcianowatej, klinowatych i nasad kości goleni. Kształt stopy w większości przypadków prawidłowy, ruchy mało ograniczone, chodzenie swobodne.

Przyczynek do oceny późnych wyników leczenia gruźlicy kości piętowej zapomocą jej wycięcia (Les résultats éloignés de la réséction du calcanéum dans la tuberculose). Pouret.

Revue d'Orthopédie XVII — № 6, listopad 1930.

Autor miał sposobność spostrzegania chorej, która miała wyciętą przed 39 laty schorzałą gruźliczo kość piętową (Ollier).

Zniekształcenie stopy niezbyt znaczne, pięta lekko zarysowana, chodzenie swobodne (do5—10 km.) — w obuwiu zwykłem, wchodzenie i schodze-

nie ze schodów nieco utrudnione ze względu na osłabienie prostowników stopy, bieganie — utrudnione. Chora nie odczuwa absolutnie żadnych sensacyj bólowych, czuje się wogóle zdrową.

W związku z przypadkiem tym autor zaznacza, że po operacji wycięcia podokostnego kości piętowej jest możliwe mniej lub więcej rozległe odrodzenie się kości usuniętej, wytwarza się — jak w przypadku przytoczonym — nowa mała kość piętowa, która zapewnia ciągłość anatomiczną między ścięgnem Achillesa, a kością sześcianowatą. Skrócenie tej nowowytworzonej kości na wysokość (w porównaniu z prawidłową kością piętową) nie ma większego znaczenia dla czynności stopy, ale skrócenie jej na długość powoduje skrócenie ramienia dźwigni piętowej (odległość od miejsca przyczepu ścięgna Achillesa do kości sześcianowatej), co zkolei pociąga za sobą zmniejszenie efektu oddziaływania mięśnia trójgłowego łydki na przednią połowę stopy. Owe osłabienie przedniej połowy stopy jest jedynem poważniejszem zaburzeniem czynnościowem kończyny, na jakie skarżą się chorzy po operacji wycięcia kości piętowej.

Odrodzeniu się kości piętowej — po jej wyjęciu — sprzyjają: młody wiek, pozostawienie zupełne, jak najmniej uszkodzonej okostnej, ewentualnie z przylegającą do niej cieniutką warstewką istoty korowej, i niezbyt rozległe zajęcie okostnej przez proces gruźliczy.

Pierwotnie przewlekłe zapalenie szpiku kostnego pochodzenia gronkowcowego (Ostéomyélite chronique d'emblée due á staphylocoque doré). Lombard.

Revue d'Orthopédie XVII — № 6, listopad 1930.

Pierwotnie przewlekłe zapalenie szpiku kostnego, powstałe na tle zakażenia gronkowcem złocistym, jest naogół schorzeniem rzadkiem. Zaczyna się i przebiega skrycie, bez bólów, zaburzenia czynności kończyny, bez gorączki. Autor spostrzegał niedawno jeden tego rodzaju przypadek, w którym chory, chłopiec 14-letni, zgłosił się do lekarza z powodu powoli nasilającego się utrudnienia w zginaniu kolana. Badanie przedmiotowe wykazało: ogólne wychudzenie, stan podgorączkowy (poniżej 37,5°), zgrubienie dolnego końca przynasadowego kości udowej, nacieczenie zapalne tkanek przykostnych, zupełnie na ucisk niebolesne, i nieznaczne ograniczenie ruchów w stawie kolanowym. Zdjęcie rentgenowskie wykazało cały szereg okrągłych wyjaśnień dolnego końca przynasadowego trzonu, ubytki zewnętrznej warstwy istoty korowej, lekkie zgrubienie całej kości na tym poziomie i nieznaczne bujanie okostnowe.

Badanie morfologiczne krwi wykazało 19.000 białych ciałek (73% wielojędrzastych). Odczyn Wasserwanna ze krwi — ujemny.

Cały ten obraz kliniczny przemawiał raczej za nowotworem, niż za zapaleniem szpiku kostnego.

W czasie operacji, po odsłonięciu jamy szpikowej okazało się, że była ona wypełniona masą żółtawo-zielonkawą, przypominającą ziarninę zmienioną, tylko dosyć twardą, i poza tem znaleziono jeden mały martwaczek; nawet na ślad płynnej ropy nigdzie nie natrafiono. Ostrą łyżeczką usunięto wszystkie chorobowo zmienione tkanki w kanale szpikowym, poczem ranę zaszyto doszczętnie. Przebieg pooperacyjny prawidłowy, rana zagojona prawie całkowicie rychłozrostem. Liczne posiewy, pobrane z jamy szpikowej, na rozmaitego rodzaju pożywkach wykazały, zgodnie obecność czystej hodowli gronkowca złocistego.

Uwagi w sprawie późnej krzywicy (Note sur le rachitisme tardif). Pouzet.

Revue d'Orthopédie XVII — № 6, listopad 1930.

Krzywica późna czyli występująca dopiero w okresie drugiego dzieciństwa (6—13 lat), u dzieci, które dotychczas na krzywicę wcale nie cierpiały, jest naogół schorzeniem rzadkiem. Zjawia się ona najczęściej w wieku 10—13 lat, prawie wyłącznie u dziewczynek. Klinicznie znajdujemy zgrubienie końców kości długich, które bywają siedliskiem bólów przy ruchach, dłuższem chodzeniu i staniu. Nierzadko przychodzi do skutku, z powodu rozmiękczenia kości, zniekształcenie kończyn dolnych (genu valgum), rzadziej górnych. Rentgenologicznie widzimy zmiany ze strony chrząstek nasadowych i końców przynasadowych trzonów, charakterystyczne dla zwykłej krzywicy.

Choroba, po swem ustąpieniu, zmian trwałych w układzie kostnym naogół nie pozostawia, jedynie tylko kłykcie kości udowej zostają na stałe skrócone, jakby zgniecione w kierunku z góry na dół.

Przebieg kliniczny bywa rozmaity, od paru miesięcy do kilku lat; obok zmian kostnych występuje również zwiotczenie więzadeł (stopa płaska). Choroba odbija się z czasem na długości ciała chorych dzieci, które już do końca swego rozwoju fizycznego pozostają wzrostu niskiego.

W etjologji późnej krzywicy grają rolę przedewszystkiem pewne zaburzenia wydzielania wewnętrznego, które z kolei mogą być następstwem działania różnych czynników chorobotwórczych jak niewłaściwe odżywianie, kiła i inne.

Przyczynek do powstawania i leczenia przetok dwunastniczych (A propos des fistules duodénales). Murard.

Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chirurgie № 34, grudzień 1930.

Rozróżniamy przetoki dwunastnicze samoistne, to jest będące następstwem przedziurawienia dwunastnicy przez proces, toczący się w jej ścianie, lub otwarcia jej operacyjnego, i pooperacyjne — po operacjach wskutek wrzodu żołądka lub dwunastnicy (rozejście się szwów, obumarcie ściany dwunastniczej wskutek ucisku sączków). W związku z powstawaniem przetok pooperacyjnych autor jest bezwzględnym przeciwnikiem pozostawiania w jamie otrzewnowej sączków gumowych (loco operationis) i zwolennikiem stosowania zamiast nich wyłącznie sączków gazowych.

W ogromnej większości przypadków owe przetoki dwunastnicze — o ile chory nie zmarł w pierwszych dniach od zapalenia otrzewnej — ulegają samoistnemu zagojeniu się w ciągu paru tygodni. W pewnej liczbie przypadków przedziurawienia dwunastnicy zaszycie otworu w jej ścianie jest ze względów technicznych (ulcus callosum) niemożliwe; można się ograniczyć w tych razach do sączkowania miejsca przedziurawienia pasami gazy, powstałe po tem przetoki dwunastnicze goją się również dobrze. Tam, gdzie przetoka nie wykazuje tendencji gojenia się, należy się uciec do leczenia operacyjnego. Operacja polega albo na wyłączeniu odźwiernika z następowem zespoleniem żołądkowo-jelitowem (sposób pośredni), albo też na wycięciu przetoki i zaszyciu otworu w dwunastnicy (sposób bezpośredni). Pierwszy sposób będzie wskazany raczej w przetokach tylnej ściany dwunastnicy, ten drugi — w przetokach przedniej jej ściany.

Usunięcie operacyjne skrzepliny z tętnicy udowej, uwieńczone pomyślnym skutkiem (Embolectomie de la fémorale commune suivie de succès). Bernard.

Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chirurgie № 34, grudzień 1930.

Chora, cierpiąca na zapalenie wsierdzia i zwężenie lewego ujścia żylnego (stenosis mitralis), nagle poczuła pewnego razu silny ból w środkowej części uda, wystąpiło zdrętwienie całej kończyny, znieczulenie na dotyk i porażenie czynne do kolana włącznie. Skóra na kończynie — bladosina, chłodna, brak tętna na tętnicy grzbietowej stopy i na tętnicy podkolanowej; wahania oscyllometryczne, badane przyrządem Pachona, urywają się już na granicy górnej i środkowej trzeciej części. Ciśnienie tętnicze, mierzone na tętnicy ramieniowej, które poprzedniego dnia wynosiło 130 mm., obecnie wzrosło do 190 mm. W 6 godzin od wystąpienia pierwszych objawów wykonano operację, która polegała na odsłonieniu tętnicy udowej w okolicy trójkąta Scarpy, nacięciu jej ściany i wyjęciu skrzepliny długości 3 cm., zamykającej jej światło powyżej odejścia tętnicy udowej głębokiej. Otwór w tętnicy zaszyto w sposób typowy.

Po operacji kończyna zaróżowiła się nieco, ale była w dalszym ciągu chłodniejsza, niż po stronie zdrowej, i wahań oscyllometrycznych również nie było. Dopiero w ciągu najbliższych dni ciepłota kończyny chorej zrównała się z ciepłotą po stronie przeciwnej, zaczęły wracać ruchy czynne i, wreszcie, zjawiły się wahania oscyllometryczne, zpoczątku bardzo słabe i powoli wracało czucie. Ósmego dnia chora zaczęła chodzić.

W związku z przypadkiem tym nasuwają się następujące uwagi. Rozpoznanie zatoru tętnicy jest naogół łatwe i wypływa poprostu z tego, co chory sam opowiada. Oscyllometrja potwierdza je i pozwala na określenie w przybliżeniu umiejscowienia skrzepliny. Należy tu podkreślić szybkie wystąpienie (w 2 godziny od powstania zatoru) i długotrwałe utrzymywanie się (do 2 miesięcy) zaburzeń czucia kończyny chorej. Zwraca również uwagę nagły wzrost ciśnienia tętniczego, co jest prawdopodobnie następstwem raptownego zmniejszenia łożyska tętniczego. Uporczywym i trudnym do zwalczenia objawem jest przykurcz wskutek niedokrwienia mięśnia trójgłowego łydki (pes equinus), który szybko ulega zwyrodnieniu tkankołącznowemu i zbliznowaceniu.

Po operacji usunięcia skrzepliny z tętnicy krążenie w kończynie wyrównuje się całkowicie bynajmniej nie zawsze, gdyż mogą powstać liczne wtórne zatory w tętnicach bardziej obwodowo położonych, ewentualnie może w nich dojść do procesów zakrzepowych. Wczesne wykonanie zabiegu jakkolwiek zmniejsza możliwość wystąpienia tego rodzaju powikłania, ale bynajmniej nie zabezpiecza przed niem.

Dlatego też wyniki operacyj usunięcia skrzepliny z tętnicy nie są wcale tak doskonałe, jakby się można było a priori tego spodziewać; a przynajmniej te pełne, dobre wyniki są naogół rzadkie.

Przejściowe zwężenie otworu zespoleniowego w zespoleniach żołądkowo-jelitowych, natury dobrotliwej (Les sténoses transitoires bénignes des bouches de gastro-entérostomie). Puttmann i Jahiel.

La Presse Méd. № 4, styczeń 1931.

Mówiąc o zwężeniu otworu zespoleniowego, ma się zwykle na myśli zwężenie organiczne, wywołane przez nowy wrzód trawienny tej okolicy lub też proces zapalno-zrostowy, toczący się na otrzewnej dookoła otworu zespoleniowego. Tego rodzaju zwężenia nie poddają się leczeniu wewnętrznemu i dają wskazanie do powtórnej operacji.

W przeciwieństwie do nich, zdarzają się zwężenia otworu zespoleniowego natury czynnościowej, dobrotliwej, które łatwo i szybko ustępują pod wpływem odpowiedniej diety i środków farmakologicznych. Przyczyną tego zwężenia bywa albo obrzmienie zapalne brzegów otworu zespoleniowego (gastro-jejunitis), albo też jego skurcz. Leczenie będzie tutaj polegało na zaleceniu ścisłej diety, z ewentualnemi płókaniami żołądka, i wstrzykiwaniach podskórnych atropiny, począwszy od ¼ mg., a skończywszy na 1—2 mg. Zamiast wstrzykiwania atropiny, w przypadkach łagodnych można podawać Tinct. Belladonnae.

Zwykle już po paru dniach bóle i wymioty ustępują zupełnie, a prześwietlenie rentgenowskie, które przed tem wykazywało zupełne niefunkcjonowanie otworu zespoleniowego — obecnie stwierdza swobodne przechodzenie papki kontrastowej z żołądka do zespolonej z nim pętli jelitowej.

Utrudnienia w oddawaniu moczu, będące następstwem zmian w szyi pęcherza moczowego (La dysectasie du col vesical). Legueu i Dossot.

La Presse Méd. № 4, styczeń 1931.

Na prawidłowy mechanizm oddawania moczu składają się: skurcz mięśniówki pęcherza moczowego i rozwarcie się jego szyi. Przy wypadnięciu jednego z tych czynników przychodzi do skutku zatrzymanie moczu (retentio). Porażenie pęcherza moczowego bywa następstwem wyłącznie zaburzeń układu nerwowego, i dlatego też należy do dziedziny chorób nerwowych. Autorowie zaś w pracy niniejszej zajmują się tylko tym drugim czynnikiem, to jest „nierozwieraniem się szyi pęcherza moczowego".

Przyczyny tego nierozwierania się mogą być anatomiczne, lub nerwowe.

Przyczyny anatomiczne. I. Guz grucz ołu krokowego — dobrotliwy (tak zwany przerost sterczu) i złośliwy (rak). Przerost sterczu jest najczęstszą przyczyną zatrzymania moczu wskutek nierozwierania się szyi pęcherza, przyczem głównym czynnikiem działającym nie jest tu bynajmniej sam guz zatykający mechanicznie ujście cewki do pęcherza, a raczej zmiany w samej szyi. Niema równoległości między nasile-

niem zaburzeń w oddawaniu moczu a wielkością guza. Bywają guzy sterczu tak małe (nie wyłączając zraza pośrodkowego), że gruczoł krokowy wydaje się być wielkości prawidłowej, a jednak zatrzymanie moczu jest zupełne; i odwrotnie — czasami guzy olbrzymie powodują bardzo nieznaczne utrudnienia w oddawaniu moczu. Jeśli się uwzględni, jak swobodnie oddają mocz niektórzy chorzy, cierpiący, na zwężenie cewki, u których zledwością udaje się wprowadzić do pęcherza zgłębnik nitkowaty, to doprawdy trudno jest uwierzyć, żeby w przypadkach guza sterczu przyczyną zatrzymania moczu było zwężenie światła szyi pęcherza, przy którem bez trudności nieraz udaje się wprowadzić dość gruby cewnik. Przyczyną tutaj musi być coś innego. Jest niem utrata elastyczności, podatności szyi pęcherza wskutek powstałych w jej ścianie zmian anatomo-histologicznych; szyja ta staje się jakby sztywna i porażona.

To samo, mniej więcej, co o guzie dobrotliwym sterczu, można powiedzieć i o raku.

II. Zakażenie (zapalenie) gruczołu krokowego. Wszelkie zmiany zapalne w zakresie szyi pęcherza moczowego mogą spowodować zatrzymanie moczu wskutek jej „nierozwierania się". Charakterystycznem jest, że we wczesnym okresie ropni sterczu owe trudności oddawania moczu są znacznie więcej zaznaczone, niż w okresie późnym, kiedy ropień w kształcie guza uwypukla się do światła cewki, względnie prostnicy. Do zatrzymania moczu dochodzi również w przewlekłych zapaleniach szyi pęcherza zapalenie przewlekłe tylnej cewki, sterczu); wyłuszczenie operacyjne szyi pęcherza w tych przypadkach prowadzi pewnie do wyleczenia z zatrzymywania moczu. Badanie drobnowidzowe części usuniętych wykazuje tutaj: naciec zenie drobnokomórkowe śluzówki, zbliznowacenie błony podśluzowej i zwyrodnienie tkankołącznowe zwieracza gładkiego (z zanikiem poszczególnych włókien mięsnych).

Przyczyny nerwowe nierozwierania się szyi pęcherza. I. Zaburzenia nerwowe pochodzenia miejscowego (szyja pęcherza, cewka) — ma tutaj miejsce odruchowe zahamowanie rozwarcia się szyi, przez wzmożenie napięcia lub poprostu skurcz gładkiego zwieracza pęcherza. Spotykamy się z tem po forsownem rozszerzaniu cewki, po wziernikowaniu pęcherza, kruszeniu kamieni. Zaburzenia te nagle zwykle występują i naogół szybko ustępują bez śladu.

II. Zaburzenia nerwowe, mające punkt wyjścia z sąsiedztwa — zwykle przychodzą do skutku po operacjach w zakresie małej miednicy, np. po operacji guzów krwawnicowych, pęknięcia odbytu (fissura ani), po wycięciu wyrostka robaczkowego, operacji przepukliny pachwinowej i udowej i t. p. Zatrzymanie moczu trwa tutaj 1—2 dni i mija bez śladu, ale w niektórych rzadkich przypadkach utrzymuje się latami.

III. Zaburzenia nerwowe pochodzenia ośrodkowego. Zatrzymanie moczu w przebiegu chorób rdzenia najczęściej ma za przyczynę porażenie mięśniówki pęcherza; ale w niektórych przypadkach wiądu rdzenia, rozszczepienia kręgosłupa (spina bifida), po wstrzyknięciu dordzeniowem środków leczniczych przyczyną zatrzymywania moczu bywa nierozszerzanie się szyi pęcherza, czego dowodzi chociażby pomyślny wynik leczniczy jej wyjęcia operacyjnego w tego rodzaju przypadkach.

Autorowie wykonali taki zabieg u chorej na kiłę mózgu i rdzenia — zatrzymanie moczu ustąpiło, całkowicie i trwale.

Na zakończenie należy zaznaczyć jeszcze raz, że we wszelkich przypadkach utrudnienia w oddawaniu moczu, których przyczyną jest „nierozwieranie się" szyi pęcherza, wskazanem jest operacyjne wyłuszczenie tej szyi, gdyż prowadzi do celu bez porównania szybciej i pewniej, niż wszelkiego rodzaju forsowne jej rozszerzania.

M. Czyżewski.

CHOROBY NERWOWE

Złamanie czaszki i ostre zapalenie opon miękkich. Dervieux i Szumlański.
Paris Médical. 1930. № 46, str. 444.

Niezawsze przypadki urazu czaszki, nie dające bezpośrednich objawów, przechodzą bez komplikacji. Zdarza się, że w kilka tygodni występuje zapalenie opon mózgowych z zejściem śmiertelnem. Badanie pośmiertne niezawsze stwierdza złamanie podstawy czaszki. W takich przypadkach możnaby przypuszczać istnienie rysy w okolicy blaszki sitowej. Zakażenie idzie z tylnej jamy nosowej. Ztąd wskazanie w nieznacznych nawet urazach czaszki, chwilowo bez objawów mózgowych, żeby odrazu zastosować dokładne odkażenie wszystkich jam nosowych.

Bordier'a sposób leczenia porażeń dziecięcych. Manuel i Arce.
Paris Médical 1930. № 50, str. 517.

Sposób leczenia porażeń dziecięcych, podany przez Bordier'a, zasadza się na stosowaniu promieni Rentgena, diatermji i elektryzacji.

Promienie Rentgena nie działają bakterjobójczo, bo należałoby użyć o wiele silniejszych dawek, szkodliwych dla organizmu, rozpędzają obrzęk zapalny i nacieki, w okresie późniejszym choroby działają pobudzająco na niezupełnie zamarłe komórki nerwowe. Należy zacząć stosować je zaraz po okresie ostrym.

Diatermja rozszerza naczynia, ożywia krążenie krwi i w ten sposób podnosi ciepłotę tkanek. Pod wpływem diatermji odżywianie porażonych kończyn jest tak samo dobre jak zdrowych, zaniki zmniejszają się, kończyny rosną lepiej. Należy dążyć do jak najwcześniejszego zastosowania diatermji, t. j. trzebaby stosować bezpośrednio po okresie ostrym, codziennie, przynajmniej w ciągu 2 miesięcy.

Elektryzację należy rozpocząć przed utworzeniem się ostatecznych zaników. Zaczynamy ją w 2 lub 3 miesiące od początku choroby, t. j. w tym okresie mniej więcej, gdy udało się zapomocą promieni Rentgena i diatermji otrzymać normalną ciepłotę kończyn chorej. Proponowano różne rodzaje prądów. Prąd stały przerywany rytmicznie najlepiej nadaje się dla małych pacjentów.

Gruźlica i otępienie wczesne. Zaburzenia psychiczne w okresie nieczynnym i zwiastunowym gruźlicy. H. Claude i H. Baruk.
Paris Médical. 1930. № 52, str. 571.

Gruźlica nie jest wyłącznie cierpieniem miejscowem, zależnem od działania prątka Kocha, bardzo szeroki jest zakres działania toksyn gruźliczych. Działając na układ nerwowy wywołują one liczne zaburzenia nerwowe i umysłowe, począwszy od zmian charakteru, kończąc napadami splątania. Zasługuje na uwagę, że raczej w okresie nieczynnym i zwiastunowym gruźlica zatruwa toksynami mózg i staje się jedną z przyczyn otępienia wczesnego.

Wybujanie nerwowe w zapaleniu przewlekłem. M. Favre i J. Dechaume.
Le journal de Médicine de Lyon. 1930. № 263, str. 721.

W zapaleniach przewlekłych trzustki i wątroby występują wybujania włókien nerwowych o typie nerwiaków odrodczych, przypominających nerwiaki poamputacyjne nerwów obwodowych lub pooperacyjne nerwiaki sympatyczne w bliznach. Może mają związek z powstawaniem raków. Poza tem tworzą one jakby zadziory w tkance schorzałej, mogą zmienić funkcje pozostałego miąższu, mogą wywoływać zaburzenia bólowe na odległość, mogą działać odruchowo.

Skurcz twarzowy obustronny Sicarda. H. Roger i A. Cremieux.
Presse Médicale. 1930. № 100, str. 1697.

W 1925 r. *Sicard* wraz ze swoim uczniem *Hagueneau* wyodrębnił zespół zasadzający się na stałych skurczach mięśni twarzy, mianowicie czoła, powiek, policzków, nosa, warg i podbródka. Potem opisane zostały jeszcze 3 przypadki. Autorowie podają jeden własny: skurcze obejmują te mięśnie twarzy, które zwykły działać równocześnie, są obustronne, trwają całemi dniami, znikają we śnie, zmęczenie i wzruszenie potęgują je, odpoczynek i pozycja leżąca uspakaja. Zdarza się, że skurcze obejmują również język i mięśnie gardzielowe.

Choroba zaczyna się zwykle od skurczu powiek, wyjątkowo od skurczu mięśni warg i gardła. Etjologja jest nieznana. Zastanawiającym jest wiek podeszły chorych, wobec czego miażdżyca naczyń może być czynnikiem wywołującym, w rzadkich przypadkach, zdarzających się w młodym wieku, nie wykluczona jest możliwość nagminnego zapalenia mózgu. Przecięcie poszczególnych gałązek nerwu twarzowego lub nawet samego pnia daje wyniki lecznicze niestałe. Prawdopodobnie *(Sicard)* pobudzenia ruchowe mogą poza nerwem twarzowym przedostawać się przez nerw sympatyczny obwodowy i szyjny. Inne zabiegi lecznicze pozostają bez wpływu.

Zespół Parinaud'a i połowicze porażenie prawostronne. H. Schaeffer.
Presse Médicale. 1930. № 100, str. 1707.

Zespół *Parinaud'a* zasadza się na porażeniu spojrzenia w kierunku osi pionowej, t. j. do góry i na dół. U 61-letniej kobiety obserwowano połowicze porażenie prawostronne, zniesienie czucia bólowego i cieplnego i osłabienie dotykowego na górnej części prawej połowy ciała aż do III odcinka piersiowego, z tej samej strony zniesienie czucia głębokiego w palcach, osłabienie w stawie garstkowym i zupełną astereognozję dłoni, nieznaczne subjektywne zaburzenia czuciowe, wzmożenie odruchów ścięgnistych obustronne. Poza tem zaraz po udarze wystąpiło porażenie spojrzenia ku górze, nieznaczny niedowład zbieżności. Po stronie lewej istnieje wyraźna dyssocjacja między ruchami gałek ku górze dowolnymi i odruchowymi.

Porażenie połowicze i zespół Parinaud zależą od jednej i tej samej przyczyny, t. j. wylewu krwawego lub rozmiękczenia. Ognisko chorobowe leży między szypułą mózgową i wzgórzem wzrokowem, t. j. w okolicy podwzgórzowej lewej.

Zapisywanie zmian ciśnienia płynu mózgowordzennego. M. Loeper, A. Lemaire i J. Patel.
Presse Médicale. 1930. № 103, str. 1762.

Aparat składa się z rurki szklanej w kształcie U o wewnętrznej średnicy nie większej od 4 mm, wobec czego 1 cm^3 wody zajmuje 6 cm rurki. Walcowaty pływak jest wysokości 3 cm. Górny jego koniec połączony jest sztywną słomką z piórem poruszającem się w płaszczyźnie ściśle pionowej. Każda zmiana notowana z wielką dokładnością na walcu zapisującym odpowiada zmianie ciśnienia płynu w cm. wody.

Etjologja ostrego rozsianego zapalenia rdzenia. L. Van Bogaert i J. Baeten.
Presse Médicale. 1930. № 103, str. 1770.

Rozsiane zapalenie rdzenia występuje w 2 postaciach, jako poprzeczną zajęcie rdzenia kręgowego i jako postać Brown Sequard'owska i ma cechy następujące. Zaczyna się nagle, w kilka dni lub nawet kilka godzin z małą gorączką i umiarkowaną leukocytozą wielojądrzastą, nie rzadko zupełnie bez gorączki. Z początku występują silne bóle w kończynach górnych, brzuchu, kręgosłupie, które znikają z chwilą, gdy występują objawy rdzeniowe. W płynie mózgordzeniowym lekkie wzmożenie ilości białka i liczby ciałek, odczyn benzoesowy słabo porażeniowy. Cierpienie kończy się prawie zupełnem lub zupełnem wyzdrowieniem, rekonwalescencja może trwać do roku.

Ostre zapalenie rdzenia rozsiane nie należy łączyć ani z chorobą Heine-Medina, ani z rozsianem stwardnieniem mózgu i rdzenia.

Z. Messing.

CHOROBY KOBIECE

Wyniki leczenia rzucawki porodowej z zastosowaniem porad telefonicznych. (Les résultats du traitement de l'éclampsie avec consultation par téléphone). Stroganoff B.
Gynécologié et Obstétrique T. XXII, N 5, 1930.

Metoda zachowawcza w leczeniu rzucawki porodowej, t. zw. metoda Stroganoffa opiera się na następujących głównych zasadach: 1) duże dawki narkotyków, morfiny, wodzianu chloralu, chloroformu, veronalu i t. d., 2) upust krwi i infuzja

rozczynu fizjologicznego soli, 3) zapewnienie chorej spokoju zewnętrznego, 4) łagodne rozwiązanie rodzącej, 5) tlen i świeże powietrze do oddychania. Przeprowadzenie powyższego leczenia bynajmniej łatwe nie jest i wymaga obok starannej opieki ze strony dobrze wykwalifikowanego i zaopatrzonego personelu — przedewszystkiem wytrawnego kierownika lekarskiego. Stroganoff, autor metody, podkreśla to w swoim artykule, opierając się zresztą na statystykach, które lepiej wypadły przy jego osobistem kierownictwie, niż w rękach innych naśladujących go lekarzy.

Pragnąc rozszerzyć możliwość swej osobistej ingerencji autor od r. 1925 udziela rad przez telefon w sprawie prowadzenia chorych z rzucawką porodową, przyczem najżywszy kontakt ma z Zakładem Położniczym, prowadzonym przez Prof. Okińczyca.

W okresie sprawozdawczym było 351 przypadków rzucawki porodowej z 7,1% śmiertelności matek, przyczem podkreślić należy, że materjał powyższy składał się z przypadków szczególnie ciężkich, gdyż do wspomnianego Zakładu Położniczego kierowano specjalnie wszystkie najcięższe przypadki rzucawki porodowej z innych Zakładów Położniczych Leningradu.

Ilość napadów występujących w czasie omawianego leczenia również była mniejsza niż przy innych metodach postępowania: 35,8% chorych nie miało więcej napadów od chwili rozpoczęcia leczenia; 38,9% — miało od 1 — 3 napadów, 24% — 4 napady i więcej. Najwyższa liczba napadów wynosiła 16. Większość chorych stanowiły pierwiastki (259). Cięcie cesarskie stosowane bez wiedzy autora dało wysoki procent śmiertelności matek, co potwierdzają również inne statystyki, zwłaszcza angielskie.

Na zakończenie Stroganoff wylicza najpospolitsze błędy popełniane przy nieudolnym lub niedokładnem stosowaniu jego metody:

1) niedostateczny spokój, otaczający chorą;
2) brak tlenu po napadach;
3) niewystarczające dawki narkotyków;
4) zbyt małe ilości injekcji płynów (infuzji);
5) niewygodna pozycja chorej;
6) brak termoforów na nogach i nerkach;
7) zbyt późno wykonany upust krwi;
8) brak czystego powietrza;
9) niedość dokładne zapobieganie napadom.

Zabiegi operacyjne stosowano przy omawianej metodzie znacznie rzadziej niż przy innych i wyniosły one zaledwie 48%, z tego najwięcej kleszczy bo 108 na 165 przypadków.

Ominięcie porodu w przypadkach rzucawki porodowej, występującej w końcu ciąży. (La suppression de l'accouchement dans l'éclampsie de la fin de la grossesse). Llanes Massini J.-C.
Gynécologié et Obstétrique T. XXII, N 5, 1930.

Autor ogłosił w r. 1927 pracę o leczeniu rzucawki porodowej opartą na 92 przypadkach przez się obserwowanych. Z tego materjału 14 przypadków rzucawki występującej w końcu ciąży leczono cięciem cesarskiem, wykonanem natychmiast po ustaleniu rozpoznania, t. j. po pierwszym napadzie drgawek. Wszystkie te przypadki skończyły się dobrze dla matek i dla dzieci, procent śmiertelności równał się 0.

FRANCUSKIE WODY MINERALNE

Zwracać uwagę na znak ochronny

Zwracać uwagę na znak ochronny

VITTEL

GRANDE SOURCE

Działa leczniczo na **NERKI**
Podagra-dna. Piasek moczowy (Kamienie nerkowe)
Artretyzm.

SOURCE HÉPAR

Obfitość leczniczych składników mineralnych

Działa leczniczo na **WĄTROBĘ**
Kamienie żółciowe
Obstrukcja
Niedomoga Wątroby.

Sezon od 20 Maja — 25 Września.

NOWOCZESNY ZAKŁAD WODOLECZNICZY.

Obecnie przybyło 14 nowych przypadków, z których trzy dołączyć można do grupy idealnego wedle autora leczenia, t. j. usunięcie płodu i popłodu na drodze cięcia cesarskiego z ominięciem porodu i to w końcu ciąży natychmiast po pierwszym napadzie drgawek. Jeden z tych przypadków skończył się śmiercią, którą autor przypisuje zbyt późnemu wykonaniu operacji, gdyż przed zdecydowanym napadem drgawek,, który spowodował cięcie cesarskie, było w ciągu 8-u godzin aż 3 napady, ale tak słabe, że rozpoznanie rzucawki porodowej nie było ustalone.

Autor nie podaje, niestety, odsetka śmiertelności ogólnego w swych przypadkach, ograniczając się do ściśle wybranej grupy wyżej omówionej.

Dla porównania wspomina o ankiecie przeprowadzonej wśród położników i chirurgów północnoamerykańskich na temat cięcia cesarskiego w rzucawce porodowej. Odpowiedzi wypadły dla tego zabiegu bardzo nieprzychylnie: odsetek śmiertelności wahał się od 22 — 42,7%. Różnicę pomiędzy swoimi wynikami, a rezultatem wyżej wspomniane ankiety tłomaczy autor tym, że on wybiera do cięcia cesarskiego osoby, u których poród jeszcze się nie rozpoczął (nie było skurczów macicy, wyciskających toksyny łożyskowe do krwiobiegu matki), i które miały nie więcej, jak jeden do dwóch napadów (znajdują się w dobrym stanie ogólnym, nie zaś w stanie zatrucia, jakie ma miejsce po szeregu napadów rzucawki). Zasadnicze swe stanowisko autor opiera na mniemaniu, że rokowanie w rzucawce porodowej jest niemożliwe, a zawsze poważne i że wobec tego najlepiej odrazu nie czekając na jej przebieg w danym przypadku usunąć płód i łożysko, jako źródło choroby.

Rozważania w sprawie rozszerzenia szyjki macicy w znieczuleniu lędźwiowem. (Considerations sur la dilatation du col sous rachianesthésie). Brindeau A.
Paris Medical T. 20, N 51, 1930 r.

Na wstępie autor przypomina, że gwałtowne sztuczne rozszerzenie szyjki macicy jest metodą używaną od niepamiętnych czasów, ale też wielokrotnie zarzucaną z powodu jej niebezpieczeństwa.

Metoda ta wznowiona przez Delmas'a zyskała jako nowy składnik znieczulenie lędźwiowe, które istotnie powoduje rozluźnienie pochwy i sromu, i dolnego odcinka wraz z szyją macicy, przyczyniając się jednocześnie do obkurczania trzonu. Stąd łatwość przedostania się przez kanał pochwy i szyjki macicy, i trudności w operowaniu wewnątrz macicy.

Stosowanie metody Delmas'a w ciąży autor uważa za zbyt niebezpieczne. Natomiast w czasie porodu, o ile wskazaniem do ukończenia porodu jest ciężki stan matki, a warunki otoczenia nie pozwalają na zastosowanie zabiegu chirurgicznego, jak naprz. operacji Dührssena — metoda Delmas'a może dla lekarza praktyka być jedynym sposobem wyjścia z sytuacji. Ponadto przydatnem może się okazać znieczulenie lędźwiowe w niektórych przypadkach porodów pośladkowych, zwłaszcza u pierwiastek o szczególnie opornych częściach miękkich; podobnem wskazaniem do znieczulenia lędźwiowego może być niepodatność szyjki, a także pochwy, sromu nawet przy położeniu główkowem. Pamiętać jednak należy, że gwałtowne rozszerzenie szyjki w znieczuleniu lędźwiowem jest zawsze zabiegiem niebezpiecznym, dającym olbrzymi procent pęknięć szyi, a także wiele przypadków kończących się ciężką chorobą, a nawet śmiercią.

Mięśniaki macicy i raki nabłonkowe jej jamy. (Fibromes utérines et cancers epithéliaux cavitaires). Forgue E., M-lle Soulas.
Paris Medical R. 20, N 51, 1930.

Z punktu widzenia anatomo - patologicznego mogą istnieć następujące postacie współistnienia mięśniaka i raka macicy:

1. Obydwa te nowotwory rozwijają się zupełnie samodzielnie i niezależnie od siebie w takiej odległości, że nie istnieje najmniejsze podejrzenie, co do wzajemnego przejścia jednego na drugi.

2. Mięśniak uległ zrakowaceniu pod wpływem nabłoniaka, znajdującego się w sąsiedztwie. Tkanka rakowata wrasta wówczas naciekowo w tkankę mięśniaka, powodując mniejsze lub większe spustoszenia, przeżerając niekiedy całe odcinki ściany macicy prawie na wylot.

W niektórych przypadkach rak przechodzi na mięśniaki macicy nie z niej samej, ale z innych sąsiednich narządów jak naprz. jajnik, trąbka itd.

3. Trzecia postać bardzo rzadka to przypadki, w których zrakowacenie idzie od wewnątrz mięśniaka. Objaśnienie tego zjawiska jest tylko możliwe zapomocą hypotezy, iż nabłoniak powstał z odosobnionych szczątków śluzówki macicy rozrzuconych w mięśniówce macicy (adenomyoma) i przypadkowo znajdujących się w obrębie mięśniaka.

Rozpoznanie polegać powinno przedewszystkiem na pilnej obserwacji klinicznej i ostrożnem wyskrobaniu macicy z badaniem mikroskopowem wyskrobin. Leczenie — jak w raku macicy.

Zropiałe torbiele jajnika. (Kystes suppurés de l'ovaire). Richet V., Fayot G.
Paris Medical R. 20, N 51 1930.

Omawiając wymienione w tytule powikłanie (zdaniem autorów nierzadkie) torbieli jajnika R. i F. podnoszą rolę drobnoustroi przewodu pokarmowego w etjologji tego powikłania. Klinicznie zropienie torbieli jajnika występuje bądź w postaci ostrej, bądź przewlekłej, charakteryzującej się przedewszystkiem pogorszeniem stanu ogólnego objawami scharłaczenia.

Rozpoznanie jest bardzo trudne: zazwyczaj bywa trafne zaledwie w połowie przypadków. Leczenie polegać powinno na operacyjnem usunięciu przypadków z następowem drenowaniem jamy brzusznej zapomocą worka Mikulicza. Jedynie w przypadkach nienadających się do operacji ograniczyć się należy do wszycia ścian torbieli do powłok brzusznych, aby umożliwić wyropienie treści.

Po poprawie stanu ogólnego udaje się niekiedy drugą operacją usunąć narządy schorzałe radykalnie.

(W opisie przypadków autorów brak ścisłego rozgraniczenia pomiędzy zropieniem oddzielnej torbieli jajnika przy zdrowej trąbce — stan b. rzadki, od zropienia torbieli zastoinowej jajnika wciągniętego wogóle wtórnie w sprawę, przez pierwotnie chorą zapalnie trąbkę. — Przyp. refer.).

Szczepienie obszarów schorzałych po przez wrota wejścia zakażenia; jego zastosowanie w ginekologji. (La vaccination regionale par la porte d'entrée. Son emploie en gynécologie). Poincloux P.
Paris Medical R. 20 N 51, 1930.

Autor jest twórcą i propagatorem metody szczepienia t. zw. regionalnego, t. j. mającego na względzie całe grupy narządów zmienionych patologicznie, jak naprz. układ moczowy, ewent. narządy płciowe, ponadto charakterystyczną cechą tej metody jest stosowanie szczepienia po przez przypuszczalne wrota wejścia zakażenia; oczywista

warunkiem powodzenia jest stosowanie szczepionki z drobnoustroi, które były przyczyną wywołującą schorzenie, t. j. ściśle swoistej. Oto przykład: zapalenie gonokokowe jajowodu: czynnik wywołujący — gonokok (a więc szczepionka gonokokowa); wrota wejścia zakażenia — śluzówka cewki moczowej i gruczoły Skené'go (injekcja powinna nastąpić w ścianę cewki, pod jej śluzówkę).

Wyniki leczenia metodą autora zastosowanej w 230 przypadkach schorzeń kobiecych są bardzo dobre: najlepsze o ile czynnikiem wywołującym jest drobnoustrój jednego rodzaju, gorsze — jeżeli zapalenie wywołane jest przez zakażenie mieszane. Rozpoznanie, z jakim drobnoustrojem chorobotwórczym w danym przypadku mamy do czynienia opierać się winno na 1) anamnezie, 2) badaniu laboratoryjnem, 3) reakcji po injekcji leczniczej szczepionki.

Po rozwiązaniu sprawy swoistego drobnoustroju dla danego zakażenia wybrać należy odpowiednie miejsce injekcji, które ma być wrotami wejścia zakażenia.

Autor uważa, że gonokok tak u mężczyzny jak u kobiety wchodzi przez cewkę moczową, tamteż pod śluzówkę wykonać należy injekcję. Pałeczka okrężnicy wchodzi po przez śluzówkę kiszki, to też pod śluzówką kiszki prostej szczepić należy leczniczo. (Wykonać to łatwo przy pomocy krótkiego wziernika odbytnicowego). Ponadto lecząc zakażenie gonokokowe szczepić można od gruczołu Bartholin'a lub do śluzówki szyjki macicy. Szczepionkę gronkowcową wstrzykiwać należy do śluzówki szyjki macicy. Dla wyjaśnienia dorzuca autor, że gdyby spotkał się z zakażeniem pneumokokowym, to byłby zmuszony wprowadzić odpowiednią szczepionkę pod śluzówkę nosa.

Wyniki lecznicze podzielone na grupy według schorzeń dają rozmaity odsetek wyleczeń, ogólnie jednak biorąc dobre wyniki wynoszą około 80% przypadków.

Ilości wstrzykiwań potrzebnych dla przeprowadzenia kuracji autor nie podaje.

Leczenie zapalenia przydatków zapomocą szczepienia doskórnego. Metoda L. Goldenberga. (Le traitement des annexites par l'intra-dermovaccinotherapie. Procedé L. Goldenberg). Metzger A., E. Fisson.

Gynécologié et Obstétrique T. XXII, N 5, 1930.

Goldenberg uważa skórę za narząd o wielkiem znaczeniu w wytwarzaniu odczynu obronnego i uodpornienia organizmu. Stąd jego zasada wstrzykiwania doskórnie szczepionek w całym szeregu schorzeń.

Autorzy zachęceni brakiem jakiejkolwiek reakcji ogólnej z jednej strony, z drugiej zaś rozumiejąc, że injekcja szczepionek w jakiejkolwiek bądź postaci nie jest w stanie w przypadkach zapalenia przydatków dotrzeć bezpośrednio do ogniska schorzenia — zastosowali metodę Goldenberga w leczeniu adnexitis.

Z wyników autorzy są zadowoleni (leczono 45 przyp.) przyczem zaznaczają, że co do bólów poprawa nastąpiła w 78,3%, co do zmniejszenia się lub zniknięcia guzów — w 64,6%.

Wskazaniem do stosowania tej metody jest przedewszystkiem zapalenie ostre i podostre, to ostatnie z objawami pelveo-peritonitis. Injekcje

PERSODINE
Lumière
SWOISTE LECZENIE
BRAKU ŁAKNIENIA
NADSIARCZANAMI
DZIAŁA OGÓLNIE **DROGĄ KRWIOBIEGU**
ZAPOMOCĄ **TLENU:**
$|M_2| S_2O_3 + H_2O = |M_2| SO_4 + H_2SO + O_4$
ANALOGJA z DZIAŁANIEM **KLIMATU GÓRSKIEGO.**
PRZYWRACA ŁAKNIENIE NAWET W NAJUPORCZYWSZYCH PRZYPADKACH U DOROSŁYCH I DZIECI.
Łaknienie, wywołane zapomocą PERSODINE jest wyrazem wzmożenia zdolności asymilacyjnej ustroju.
SPOSÓB STOSOWANIA.
Dorośli: 2 razy dziennie po 3 tabletki na godzinę przed jedzeniem.
Dzieci od 8 — 10 lat: 2 razy dziennie po 2 tabletki na godzinę przed jebzeniem.
Dzieci od 2 — 7 lat: 2 razy dziennie po 1 tabletce na godzinę przed jedzeniem
rozpuszczając tabletki w 1/4 szklanki czystej wody bez dodawania cukru lub innych substancyj.

szczepionki nie dają zupełnie nawet najmniejszej reakcji ogólnej, ani miejscowej. Skład szczepionki stosowanej w omawianej metodzie jest następujący: Staphiloccocus 4 miljardy, bacillus coli — 4 miljardy, enterococcus — 4 miljardy, streptococcus — 3 miljardy, gonococcus — 3 miljardy, b. pseudo - difteriae — 2 miljardy na 1 cm.^{3} (20 miljardów w 1 cm.^{3}, czyli mniej więcej 1 miljard w kropli).

Specjalną strzykawką, dzieloną od 1 do 6 kropli wstrzykuje się doskórnie w skórę brzucha ponad schorzałemi przydatkami. I dawka — 1 kropla; po 2 dniach — 2 krople i tak dalej w dawkach wzrastających do 6 kropli co drugi dzień. Poczynając od 4 kropli dzielić należy dawkę na dwie, wstrzykując po każdej stronie połowę dawki. Cała kuracja — 15 injekcji, jednak jeżeli po 8 injekcjach nie stwierdza się oczywistej poprawy — nie warto dalej leczenia prowadzić. W czasie miesiączki lepiej injekcji nie robić.

Późne wyniki operacji na nerwie współczulnym w ginekologji (w szczególności na nerwie przedkrzyżowym). (Résultats éloignés des interventions sur le sympathique en gynécologie. (Nerf présacré en particulier). Michon L. et Haour J.

Gynécologié et Obstétrique T. XXII, N 5, 1930.

Autorowie zdają sprawę z 28 przypadków, w których wykonali w ciągu ostatnich 5 lat operacje na nerwie współczulnym z powodu dolegliwości ginekologicznych. Operacje te w początku polegały na rozmaitych zabiegach na nerwie współczulnym

w zakresie miednicy całej, w ostatnich zaś latach — wyłącznie na częściowem wycięciu nerwu przedkrzyżowego.

Technika zabiegu znana jest dostatecznie z prac G. Cotte'a i polega na odsłonięciu wzgórka kości krzyżowej przez jamę brzuszną, nacięciu otrzewnej, wyosobnieniu z tkanki łącznej pasma nerwu przedkrzyżowego i wycięciu zeń kawałka długości 3 — 4 cm. bez podwiązywania. Zamknięcie cięcia w otrzewnej szwem kapciuchowym kończy w zasadzie zabieg.

Wyszukanie nerwu przedkrzyżowego nigdy nie jest trudne jeśli się pamięta o stosunkach anatomicznych i jeśli preparowanie prowadzi się tak daleko w dół, aż się uwidoczni rozgałęzienie omawianego nerwu na dwie gałęzie dolne. Do powyższego zabiegu należy zawsze dodać operację Doléris'a: zawieszenie macicy na pętlach wiązadeł obłych, aby zapobiec ewent. następowemu tyłoprzemieszczeniu macicy.

Omawiając z kolei wyniki autor wyłącza 8 przypadków, w których bądź miały miejsce błędy techniczne, bądź wskazania sporne, bądź współistniejące choroby zaciemniające obraz kliniczny, bądź wreszcie obserwacja przypadku była zbyt krótkotrwała.

Z pozostałych 20 przypadków trzy zaliczyć należy do nieudanych, w 17 zaś wynik był dobry lub znakomity. Oczywista nie wszystkie operacje polegały tylko na wycięciu nerwu przedkrzyżowego; w większości z nich dokonywano wobec otwartej jamy brzusznej, inne zabiegi uznane za konieczne, jak to wycięcie wyrostka robaczkowego, wycięcie przydatków, przymocowanie macicy do powłok brzusznych i t. d. Wiadomo jednak, że w całym szeregu przypadków same te zabiegi wykonane osobno nie były w stanie wyleczyć pacjentkę z bolesnego miesiączkowania typu nerwowego, a ta właśnie dolegliwość stanowi główne wskazanie do omawianej operacji na nerwie współczulnym. Szczególnie zwrócić należy uwagę na współistnienie drobnotorbielkowatego zwyrodnienia jajników z bolesnem miesiączkowaniem i w czasie operacji za radą G. Cotte'a oprócz wycięcia nerwu przedkrzyżowego, wyciąć należy częściowo zwyrodniałe jajniki.

Wreszcie z naciskiem podkreślić należy, że w żadnym przypadku nie stwierdzono szkodliwego wpływu operacji omawianej czy to na pęcherz, czy na nerwy czuciowe, czy ruchowe narządów miednicy małej.

Na zakończenie omówić dokładnie wypada kwestję wskazań do wycięcia nerwu przedkrzyżowego.

W pierwszym rzędzie wskazaniem do tej operacji jest bolesne miesiączkowanie i to jako ból nerwowy umiejscowiony w miednicy małej. Badanie zestawione zazwyczaj zmian patologicznych nie wykazuje. Oczywista wyłączyć należy przypadki schorzeń psychicznych, które niekiedy występują pod postacią skarg na bóle w obrębie miednicy małej.

Jeżeli po otwarciu jamy brzusznej nie stwierdza się żadnych zmian patologicznych, to wówczas przed zamknięciem brzucha wykonać należy wycięcie częściowe nerwu przedkrzyżowego.

W wypadku stwierdzenia jakichkolwiek zmian patologicznych należy je załatwić i dodać operację omawianą.

Leriche i Cotte donosili kilkakrotnie o dobrych wynikach wycięcia nerwu przedkrzyżowego w przypadkach pruritus vulvae i kraurosis vulvae.

Wreszcie bóle wywołane przez nowotwory złośliwe, nienadające się do operacji mogą być wskazaniem do częściowego nerwu przedkrzyżowego wyłącznie, jako zabiegu analgetycznego.

T. Zawodziński.

CHOROBY UCHA, NOSA I GARDŁA

Zespół hipertermiczny pooperacyjny u oseska. Wyleczenie (Syndrome hyperthermique post-operatoire chez un nourisson. Guérison). R. Bertoin.

Annales des maladies de l'oreille T. 48, № 7, lipiec 1929.

Zespół ten prowadzi niemal zawsze w najbliższych 24 godzinach po operacji — wśród wielkiego niepokoju, niekiedy drgawek, przy wielkiej bladości i rosnącej gwałtownie ciepłocie ciała (do 41° i więcej) — do zejścia śmiertelnego i dotyczy wieku pierwszych 12, a zwłaszcza pierwszych 6 miesięcy życia. Co do przyczyn postawiono szereg hipotez (:ostre zaburzenia narządów wkrewnych, zwłaszcza grasicy, ostra posocznica, zapalenie opon mózgowych, bronchopneumonia, wstrząs pooperacyjny, i t. d.). „Ale ostatecznie, żadna z nich nie jest zadowalająca". W przypadku swoim autor w momencie najgroźniejszym w 23 godzin po antrotomii wykonał dla uspokojenia sumienia („par acquit de conscience") nakłucie lędźwiowe. Płyn lędźwiowy wytrysnął pod ogromnem ciśnieniem. Wnet po nakłuciu mały pacjent usnął i obraz na ogół poprawił się, by potem stopniowo się znów pogarszać. Następuje 24 godzin później powtórne nakłucie z równym efektem, poczem pacjent zdrowieje. Jakkolwiek zmiany ropne w kości skalistej sięgały aż do opon, płyn był chemicznie i bakterjologicznie prawidłowy, a o meningitis nie mogło być mowy. Autor skłonny jest tedy widzieć w całym obrazie hipertermi i osesków „kryzę hipertensji wśródczaszkowej powstałą na drogach współczulnych z zadziałaniem na ośrodki termiczne w śródmózgowiu". W każdym razie dotychczasowy arsenał środków stosowanych w hipertermii tj. zimne zawijania i zmywania, adrenalina i oliwa kamforowa powiększyć należy próbując i nakłucia lędźwiowego. Co do teorji autora pozwoli sobie ref. zauważyć, że jeśli jest ona słuszną, to stosowanie adrenaliny: środka typowo sympatykotonicznego, byłoby raczej przeciw-wskazanem.

Nowy symptom — dna dolnego worka spojówkowego — w diafanoskopii zatoki szczękowej. (Le signe du cul-de-sac conjonctival inférieur dans la translumination de l'antre maxillaire). P. Delobel j. w. N. 8. Sierpień 1929.

Diafanoskopia według Herynga zawodzi przy kościach grubych nawet przy zastosowaniu białego żaru. Dotyczy to nietylko świecenia okolicy pod oczodołowej i gałkowej, lecz także źrenicy (symptom Voksen-Davidsona), subjektywnego poczucia światła w oku po stronie zdrowej (Garel-Burger) i rozświetlenia zdrowej strony jamy nosowej przy równoczesnej rhinoskopii (Robertson). Autor stwierdził, że gdy wszystkie metody zawodzą, da się zauważyć różowy odcień na dnie dol-

nego worka spojówkowego (t. j. w t. zw. załamku dolnym) po stronie zdrowej, gdy brak go po stronie gdzie znachodzi się highmoritis. Autor stosuje tę metodę już od r. 1919 z wielkim pożytkiem w wątpliwych przypadkach.

Nowa metoda leczenia bezgłosu histerycznego drogą küretażu jamy nosogardłowej. (Un nouveau procédé de traitement de l'aphonie hystérique par le curettage du cavum naso-pharyngien) V. F o t i a d e j. w. N. 10 październik 1929.

Wszelkie stosowane dotąd metody suggestyjne: czyto łagodne, jak oddziaływanie perswazją, hipnozą, uśpieniem, ćwiczeniami w fonacji, mięsieniem wibracyjnem lub zabiegami ręcznymi — czy też gwałtowne jak silna farydyzacja lub franklinizacja — szwankują zdaniem autora pod tym względem, iż nie odpowiadają nastawieniu mentalnem chorego wzgl. chorej. Nastawienie to streszcza się w wyobrażeniu istnienia jakiejś przeszkody poważnej, którą usunąć może tylko operacja. Zabieg stosowany przez autora czyni zadość temu nastawieniu i ma pozatem tę wyższość, że stanowi kompleks złożony z szeregu czynników suggestywnych, działających jako silne przeżycie. Pomijając wszelkie teorje, najważniejszem jest to, iż autor uzyskuje tą drogą, — jak podaje, — pewne i trwałe wyleczenie. Küretaż ten musi być wykonany bez znieczulenia, albowiem ból zwiększa siłę przeżycia i jest „atawistycznie" skojarzony z pojęciem operacji. Czy jednak u każdej chorej z bezgłosem histerycznym jest co do wyjęcia z jamy noso-gardłowej, by módz to ukazać pacjentowi, jako źródło przeszkody? (Ref.).

Autor nie podaje, niestety, statystyki wyników i zaledwie 1 decursus.

Przyczynek do stosowania sanokryzyny w gruźlicy krtani. (Contribution au traitement de la tuberculose laryngée par la sanocrysine). F e r r a n d o. j. w. N. 12, grudzień 1929.

Na podstawie obserwacji 20 chorych, których historje chorób są podane, dochodzi autor do wniosku, że tylko w lżejszych formach ograniczonej gruźlicy krtani bez owrzodzeń leczenie sanokryzyną, stosowane przy ścisłej współpracy z ftiziologiem, jest wskazane, prowadząc w tych razach do klinicznego wyleczenia, w innych zaś jest przeciw wskazane. Przy spełnieniu tych warunków i przy rozpoczynaniu od wstrzykiwań (:wśród żylnych) małych dawek (0,05 — 0,1) nie grozi leczenie sanokryzyną choremu żadnemi niebezpieczeństwami.

Wyłuszczenie migdałków u dzieci. (L'amygdalectomie totale chez l'enfant). S a s s y. j. w. T. 49. N. 3. marzec 1930.

Po wieloletnich doświadczeniach autor dochodzi do następujących wniosków. Przewlekłe schorzenia miąższu migdałków dają często powód u dzieci do zaburzeń temperatury, brzydkiego języka, rannego fetoru z ust,, zaburzeń przewodu pokarmowego, schorzeń nerek, reumatyzmów a nawet zapaleń wyrostka robaczkowego. Z paliatywnych leczeń jak pendzlowania, wygniatania, dyscyzje, przepłukiwania, niezawsze bezpieczne przyżegania elektryczne — wynika przeważnie więcej zawodów i zniechęceń, jak pozytywnych wyników. Wobec wątpliwej jeszcze fizjologji, lecz za to pewnej patologii migdałków bocznych najracjonalniejszem postępowaniem wydaje się autorowi usunięcie chirurgiczne migdałków i to nie ścięcie czyli tonsillotomia lecz doszczętne wyłuszczenie. Wyłuszczenia tego dokonuje autor bez uśpienia ogólnego i bez znieczulenia miejscowego. (Dzieci w Montpellier są, zdaje się bardzo grzeczne. Ref.). W niektórych tylko razach zapendzlowuje autor okolicę nadmigdałkową płynem Bonaina a to w celu zmniejszenia przykrości cięcia wstępnego przez podniebienie miękkie (incision vélique) według Moureta. Autor opisuje szczegółowo technikę zabiegu i postępowanie po operacyjne.

Jak badać jamę bębenkową oseska? (Comment explorer la caisse du nourisson?). L e r o u x-R o b e r t. j. w. N. 4. kwiecień 1930.

Panneton i Longpré, klinicyści kanadyjscy podają statystykę 2000 punkcji rozpoznawczych jamy bębenkowej osesków i 200 trepanacji wyrostka sutkowego, do których uzyskane tą drogą rozpoznanie dało wskazanie. Dziś należy zająć takie stanowisko, że punkcja jamy bębenkowej jest w każdym wypadku u oseska wskazana, gdy podwyższona temperatura nie znajduje niewątpliwego wyjaśnienia w infekcji poza uchem umiejscowionej. Punkcję rozpoznawczą należy ściśle odróżniać od zabiegu leczniczego. Punkcja wykonana w zdrową jamę bębenkową jest absolutnie nieszkodliwą, gdy jest czysto wykonaną, w razie obecności ropy ma dla celów rozpoznawczych wyższość nad paracentezą, gdyż nie wywołuje krwawienia, objaśnia co do ilości ropy i daje odrazu materjał w strzykawce do badań bakterjologicznych. Autorzy amerykańscy używają igły krótkiej (2 ½ ctm) i grubej (7/10 mm) i stosują ją na ślepo idąc wzdłuż tylnej ściany przewodu przy pociągniętej ku tyłowi małżowinie. Autor skonstruował specjalną igłę o kształcie bagnetowym i wkłuwa ją pod kontrolą wzroku. W każdym wypadku igła musi być krótko ścięta a głębokość punkcyj musi liczyć się z małymi rozmiarami jamy bębenkowej, aby nie zranić ściany wewnętrznej. Autor używa zamiast zwykłego Prawaca strzykawki z kółeczkami dla trzech palców.

Uwagi dotyczące znieczulenia przy krwawych zabiegach operacyjnych głowy i szyi i przy broncho-ezofagoskopji. (Remarques à propos de l'anesthesie dans les opérations sanglantes de la face et du cou et en broncho-oesophagoscopie). J. G u i s e z.
Annales des maladies de l'oreille, du larynx. T. 49. № 5, maj 1930.

Są to cenne uwagi doświadczonego klinicysty. Jak z tytułu widać, praca składa się z dwóch odrębnych części. W pierwszej opisuje autor metodę polegającą na wprowadzeniu miękkiej sondy gumowej drogą laryngoskopii bezpośredniej (une tube spatule laryngoscopique) do tchawicy zachloformowanego wstępnie pacjenta. Sondę tę łączy się następnie z przyrządem Ricarda do narkozy, poczem tamponuje się przewinięte gazą szczelnie wokoło sondy całe gardło (górne, środkowe i dolne), tak że pacjent oddycha wyłącznie przez sondę. Korzyści tej metody są następujące. Narkotyzer stoi zdala od pola operacyjnego. Uśpienie podczas zabiegu na głowie nie doznaje żadnej przerwy, co bardzo znacznie skraca czas zabiegu i zmniejsza ilość zużytego i wdechiwanego przez pacjenta chloroformu. Ani kropelki krwi nie dostaje się do dróg oddechowych, a zapobiegawcze rozcięcie tchawicy jakoteż zapalenie płuc zachłystowe stają się zupełnie bezprzedmiotowe. Wreszcie przy większym ruchu operacyjnem niebez znaczenia jest, że operator i asysta nie są narażeni na wdechiwanie dużych ilości chloroformu, jak to ma miejsce przy usypianiu zwykłą maską. Niekorzyści i niedogodności niema żadnych (w szczegóły omówienia referent nie może wchodzić). Warunkiem jest oczywiście: 1) precyzyjność wprowadzenia sondy, która musi być rzeczywiście w tchawicy, a nie n. p. w przełyku i która nie może sięgać aż do ostrogi bifurkacji, 2) i znajomości techniki laryngoskopii bezpośredniej. Głównemi wskazaniami są: resekcja szczęki, pansinutis, guzy gardła, wole duże z uciskiem na tchawicę. — W drugiej części autor ustala, że: 1) uśpienie ogólne (za wyjątkiem bardzo krnąbrnych i nerwowych osobników) w broncho - ezofagoskopii dorosłych nigdy nie jest wskazane, zaś znieczulenie miejscowe kokainą z adrenaliną zawsze (nawet mimo wyjątkowo potrzebnego uśpienia). 2) U dzieci poniżej 4 lat wykonać należy bronchoezofagoskopję, zawsze bez uśpienia i znieczulenia, gdyż oba są niebezpieczne a wystarcza silne zawinięcie w prześcieradło i ustalenie główki. 3) U dzieci powyżej 4 lat metodą wyboru jest zamroczenie krótkotrwałe chlorkiem etylu przed wprowadzeniem rury i gdy zamroczenie nie wystarczy, można dodać na gazie nieco chloroformu, przykładając gazę do ust w razie ezofagoskopii, zaś do wlotu rury w razie bronchoskopii. Zamiast kokainy (w 5% roztworze) stosuje autor butellinę (w 2½% roztworze wodnym), gdy chodzi o wstrzykiwanie płynów kontrastowych do drzewa oskrzelowego, gdyż jest mniej toksyczną, zaś „scuroform" w razie częstych aplikacji (dylatacje etc.). Skuroform jest nierozpuszczalny w wodzie i stosuje się go w formie rozpylenia in substantia lub roztworu w oliwie (1:5 — 1:20).

Zachowawcze leczenie metodą Biera wczesnego zapalenia wyrostka sutkowego w początkach ostrych i podostrych ropnych zapaleń ucha środkowego. (Traitement conservateur des mastoidites precoces au debut des otites purulentes aigües et subaiguës d'après le principe de Bier). A. F. P o u c h k i n e.
Annales des mal. de l'oreille, du lar... T. 49. № 7, lipiec 1930.

Przy pełnem uznaniu wskazań operacyjnych i obowiązku nieprzeoczenia właściwego momentu dla zabiegu chirurgicznego, autor uważa, że, — gdy każdy zabieg powoduje nawet przy najlepszej technice i aseptyce, pewną szansę niebezpieczeństwa, a także współdziałanie organizmu w okresie pooperacyjnym, konieczne dla należytego efektu zabiegu, nie da się przewidzieć, — należy przed przystąpieniem do zabiegu wyczerpać gruntownie wszelkie możliwości leczenia zachowawczego. Autor wypracował metodę, która jest w stanie wyleczyć duży odsetek takich przypadków zachowawczo, które już niechybnie zdawały się przeznaczone do antrotomji. Autor wyłącza ze swoich rozważań zapalenia wyrostka zbyt długo już przewlekające się, przypadki z ropniem podokostnowym, lub przetoką poza uchem, formy Bezoldowskie i, oczywiście, także wypadki z powikłaniami, jak posocznica i t. p., lub zakrzep zatoki poprzecznej. Wielką wagę przywiązuje autor do bardzo szczegółowego badania otoskopijnego (przy pomocy lupy 6 dioptrji, i precyzyjnej paracentezy w najodpowiedniejszem miejscu. Po uzyskaniu tego ostatniego warunku należy przepłukać ucho rozczynem formaliny (: 2 krople kupnej 35% formaliny na 250 gr. wody), co działa lepiej niż wszelkie osuszanie licznymi tamponikami suchemi i nie powoduje żadnych niebezpieczeństw. Potem należy zastosować aspirację ropy przez zaaplikowanie do przewodu oliwki szklanej połączony rurką kauczukową ze strzykawką 100 centymetrową Janetowską o tłoku durytowym. Gdy asystent uszczelnia oliwkę w przewodzie, lekarz aspiruje, po odpowiedniem naregulowaniu szczelności tłoku. Ta regulacja jest czynnikiem bardzo ważnym w sile aspiracji, a przez to i w efekcie leczniczym. Aspiracje powtarza się parokrotnie aż więcej ropa z głębi nie wychodzi. Obok wydobycia ropy, która, zdaniem autora, wychodzi bez trudności, nie tylko z jamy bębenkowej, ale także z wszystkich komórek wyrostka, z wyjątkiem „terminalnej", — działa postępowanie to także jako żylno-tętnicze przekrwienie wedle zasad Biera. Po tym akcie następuje założenie drenika, napojonego alkoholem 70% do przewodu, wreszcie okład z alkoholu 20% lub z octem. Seton alkoholowy ma działanie odkażające i wzmacnia działanie bierowskie. Leczenie to daje wedle autora wyniki doskonałe, daje się wszakże przeprowadzić tylko w szpitalach i przez lekarzy specjalistów. Trwa 15 do 20 dni. (Autor, asystent w Leningrodzie, zdaje się nazywa się Puszkin (Ref.).

Aërofagia a otorinolaryngologia. (Aerophagie et O.-RL). J. T a r n e a u d.
j. w. № 8, sierpień 1930.

Aerofagia uważana bywa jużto jako symptom jużto jako choroba sui generis. Mało jednak zwraca się uwagi na to, że laryngolog ma ważne słowo do powiedzenia w sprawie etiologii tej sprawy, której akt główny, t. j. połykanie powietarza dokonuje się w gardle. Wskutek zignorowania tego momentu dochodzi się n. p. do leczenia cierpienia — psychoterapią, bez poznania istoty cierpienia. Pomiędzy aerofagią, a schorzeniami górnych dróg oddechowych istnieje z reguły ścisły związek przyczynowy. Odruch połykowy jest następstwem zadrażnienia zakończyn nerwowych, a w szczególności zwoju gardłowego (plexus pharyngeus), który obejmuje włókna nerwu błędnego, nerwu językowo - gardłowego i nerwu współczulnego i który jest umiejscowiony na bocznych ścianach gardła, zwanych rynienkami („les gouttières) jamy nosowej i nosogardłowej. Ważnem jest neuropatyczne podłoże osobnika, który na bardzo nieznaczne pobudki oddziałuje odruchem połykowym. (W tym punkcie autor zdaje się jednak przyznawać pewną rację — psychoterapii. Ref.). Autor odróżnia aerofagię pierwotną i wtórną. We wtórnej punktem wyjścia odruchu jest przyczyna odległa w przełyku, wpuście lub żołądku. Przyczyna ta działać może wprost lub za pośrednictwem

ślinotoku (réflexe oesophago — et gastrosalivaire), jako objawu wagotonicznego. Przy aerofagii pierwotnej rozróżnia autor przyczynę ropną i nieropną. Pierwsza obejmuje wszelakie zmiany jawne i ukryte (t. j. wymagające skrupulatnego badania), na śluzówce gardła, w migdałkach lub uzębieniu. Do drugiej są zaliczone nieznaczne zmiany na śluzówce gardła i nosa (rhinopharyngite „minima") i zaburzenia w oddechaniu nosowem na tle anatomicznem. Autor przytacza przykłady korzystnych wyników leczniczych na podstawie powyższej. W przypadkach aerofagji pierwotnej w rękach laryngologa spoczywa leczenie jej przyczynowe, przy a. wtórnej może on działać tylko objawowo (n. p. stosowanie Argentum nitricum na śluzówkę jamy nosogardłowej w „kryzach" aerofagii), zaś leczenie przyczynowe należy do internisty.

Posocznice pochodzenia ustno-zębowego. (Septicémies d'origine bucco-dentaire). T h i b a u t i R a i s i n.

j. w. № *11, listopad 1930.*

Jestto streszczenie sprawozdania zjazdu stomatologicznego z r. 1929. Bogactwo zebranych tez wyklucza jeszcze silniejsze skondensowanie w referacie. Możemy polecić każdemu stomatologowi i laryngologowi jak niemniej praktykowi przestudjowanie tego sprawozdania wzgl. streszczenia. Obok historycznego przeglądu zagadnienia znaleźć tu można bogaty materjał dla poznania sprawy posocznic ustno - zębowego pochodzenia zarówno ostrych jak i przewlekłych pod względem bakterjologji, objawów, rozpoznania, rokowania, profilaktyki i lecznictwa. Wnioski ogólne wyrażają się w stwierdzeniu pod adresem praktyka, że trzeba częściej niż dotychczas szukać w jamie ustnej za przyczynami przewlekłych posocznicowych stanów o nieokreślonej etiologji i że nie należy się bronić przed przyjęciem takich związków przyczynowych. Specjalista zaś nie powinien wahać się zbytnio z wkroczeniem czynnem w właściwym momencie w przebiegu ostrej sprawy zębowej, gdyż w ten sposób może on zapobiedz rozsianiu zakażenia, tylko bowiem zamknięte ogniska zakaźne mają wybitną skłonność do uogólnienia. Ropotok wyrostków zębowych (pyoorhea alveolaris) jest częstą przyczyną posocznicy. W razie stwierdzenia ropotoku lub ziarniniaka szczytowego (granulome apical), konserwacja pod kątem widzenia estetycznym może stać się źródłem zakażenia ogólnego.

Nowa metoda leczenia zrostów nosowych. (Nouveau traitement de synèchies narinaires). B l o c h - L e m e i n e.

j. w. № *9, wrzesień 1930.*

Autor omawia rozmaite typy zrostów nosowych i zabiegów leczniczych, rozróżniając szczególnie: 1) korzystne w rokowaniu i leczeniu zrosty części twardych, t. j. o podłożu kostno - chrząstkowem i 2) niekorzystne zrosty części miękkich. Zwrot w lecznictwie chirurgicznem tych ostatnich stanowi zasada Rudtorffera, zmierzająca do wstępnego wytworzenia luki w zwartym zroście, pokrytej prawidłowym nabłonkiem. R. uzyskiwał to, przekłuwając zrost drutem, który jako pętlę zostawiał tak długo, aż kanał się obgoił. Potem można już resztę zrostu rozciąć bez obawy ponownego zrośnięcia. Metodę tę stosowaną pierwotnie w syndaktylji, przeniesiono później na zrosty wejścia do nosa. Autor metodę tę zmodyfikował w bardzo ważnych szczegółach, mając dla modyfikacji tej wzór w postępowaniu Felizeta przy syndyktyliach. Ułatwieniem jest tu fakt, że omawiane zrosty nosowe niemal nigdy nie są kompletne. Mianowicie od przodu istnieje zwykle mała zepitelizowana przetoczka, prowadząca od zewnątrz do przedsionka nosa. Autor preparuje podłużny płat skórny ze szczytem w tem właśnie miejscu a z podstawą (szypułą) od tyłu, potem wycina części miękkie wgłąb do przedsionka nosa na wylot, przeprowadza przez szczyt płata skórnego podwójną nitkę o równych końcach, przechodzi potem Deszampem (igłą Reverdina) z poza rany po przez skórę ku wytworzonej szczelinie, przeprowadza obie nitki Deszampem ku tyłowi, przeciąga w ten sposób cały płat ku tyłowi i tam zawiązuje obie nitki na kawałku drenu gumowego. Samoistny proces epitelizacji rany, połączony z następowem rozszerzaniem prowadzi do b. dobrego i stałego wyniku.

Dr. A. Schwarzbart (Kraków).

CHOROBY OCZU

Nowe studja o powikłaniach przedoperacyjnych oczu dotkniętych zaćmą w Egipcie. Uwagi ogólne i wskazówki praktyczne. H. P e r e t z.

Ann. d'Ocul. 1930, str. 713-720.

Dawniejsze porównania częstotliwości operacji zaćmy w Europie a w Egipcie do pewnego stopnia przemawiałyby za tem, że zaćma w Egipcie operowana jest co najmniej trzy razy rzadziej. Jednak warunki ogólne są tu różne — dość jeśli stwierdzimy, że 30% osób 45-letnich korzysta już tylko z jednego oka i nieraz wogóle trudno powiedzieć, czy pod znacznem bielmem jest soczewka przejrzysta, czy zaćmiona. Poza tem wielu chorych na oczy nie leczy się w szpitalach europejskich. Stąd też zasadniczo odsetek przypadków zaćmy jest w Egipcie zapewne ten sam, co i w Europie. Jednak trudności i powikłania przedoperacyjne są tu dużo częstsze i zdarzają się prawie w 90% przypadków. Są to przedewszystkiem przewlekłe i uporczywe zapalenia spojówki, ich powikłania i następstwa, jak zapalenia woreczka łzowego, podwinięcia rzęs, powiekozrosty i t. p. Szczególnie często spotykamy tu nacieki spojówki i podspojówki w następstwie jaglicy. Zalecając wyciski i wyskrobywania w jaglicy, słusznie ostrzega autor przed wycinaniem tarczki, powodującem znaczne zniekształcenie powiek i utrudniającem potem zabieg. Poza tem ciężkie bardzo następstwa — zakażenia pooperacyjne dać mogą uporczywe zapalenia spojówek i krawędzi powiek niedostatecznie leczone. W podobnych przypadkach zaleca autor możliwie wczesne leczenie bezopaskowe. Za jedyny środek uprzedzenia zakażenia pooperacyjnego w przypadkach niedrożności kanału nosowołzowego uważa autor wyłuszczenie woreczka łzowego i wydobycie zaćmy dopiero po paru miesiącach.

Również za niepożądane powikłania uważa podwinięcie rzęs i zbliznowacenie worka spojówkowego. I tu znów nieraz dopiero po odpowiednim zabiegu przystąpić można do operacji wydobycia zaćmy. Operację zaćmy dokonywa autor przeważnie z wycięciem tęczówki — uważając tę operację za

mniej ryzykowną i za uprzedzającą w wielu przypadkach jaskrę, w Egipcie stanowiącą 35% wśród dorosłych. Wobec częstości powikłania zaćmy jaskrą, autor uważa, że nie należy tam zbytnio odkładać zabiegu i operować zaćmę możliwie wcześnie. Wyniki operacji wydobycia zaćmy są nieraz gorsze i w następstwie jaskry i wskutek zmętnień rogówki, tak częstych w Egipcie.

Wreszcie do częstych cierpień oczu należy tu wysoka krótkowzroczność z powikłaniami. I tu operacja wydobycia zaćmy jest nieraz trudna i wymaga specjalnych ostrożności, podobnie jak w przypadkach zmian w siatkówce i naczyniówce, pomimo których autor nieraz dokonywa zabiegu z pożytkiem. Czas lata kiedy upał tu dochodzi 37° do 40° jest mniej odpowiedni do operacji niż okres chłodniejszy roku.

Zapalenie miąższowe rogówki gruźlicze. V. V e j d o v s k y.

Ann. d'Ocul. 1930, str. 720-732.

Autor odróżnia dwa typy gruźliczego miąższowego zapalenia rogówki: 1) typ pochodzący z zakażenia zewnętrznego przez nabłonek i warstwy powierzchowne rogówki i 2) typ pochodzący z ustroju, a mianowicie z tkanek ustroju uprzednio zakażonych. Częstsze są schorzenia drugiego typu, gdzie ognisko pierwotne znajduje się zwykle w jakimś odległym od oka narządzie. Wogóle obecnie opieramy się w ustalaniu etjologji na odczynie Wassermanna, lub też na odczynie na tuberkulinę. Pamiętamy jednak, że pomimo ujemnego odczynu Wassermanna może być etjologja kiłowa. Prócz tego nawet dobry wynik tuberkulinoterapji może nie dowodzić gruźliczego pochodzenia choroby rogówki, gdyż leczenie to może działać, jak proteinoterapja. Wreszcie, jest też możebne, że w zapaleniu miąższowem rogówki mamy do czynienia z infekcją mieszaną gruźliczo-kiłową.

Miąższowem gruźliczem zapaleniem rogówki dotknięte zwykle bywa tylko jedno oko — przytem może to być postać ograniczonego nacieku guzkowatego (keratitis circumscripta), albo też nacieku rozlanego obłoczkowatego (keratitis diffusa). Spotykają się też postaci mieszane. Guzki znajdują się i w więcej powierzchownych i w głębszych częściach rogówki, otoczone lekko rozlanem zmętnieniem; są one z początku szarawe, potem w parę dni, lub tygodni szarożółtawe, a potem znów wydatnie szare. Po zastosowaniu śródskórnem 0,5 mgr. starej tuberkuliny obserwował autor powstanie nowego guzka gruźliczego w typowem gruźliczem miąższowem zapaleniu rogówki.

Badanie biomikroskopowe pozwala na wyróżnicowanie zmian i stwierdzenie, że do zserowacenia zwykle w tych przypadkach nie dochodzi. Wyjątkowo tylko spotykał autor uszkodzenie nabłonka rogówki ponad większym guzkowatym naciekiem w rogówce.

Dla gruźliczego miąższowego zapalenia rogówki charakterystyczne są grube pnie naczyń, rozgałęzione drzewkowato. Ilość tych pni rzadko przekracza liczbę dziesięć. Gałązki te naczyniowe, wnikając do nacieku wytwarzają kłębuszki naczyniowe. Po wchłonięciu się nacieku charakterystyczne drzewiaste unaczynienie zwykle pozostaje. Zresztą, obok tych charakterystycznych naczyń w rogówce istnieją jeszcze często bliżej rąbka naczynia pędzelkowate drobne, nie dochodzące zwykle środkowych części rogówki. Podaje autor jako przykład opis przypadku gruźliczego zapalenia miąższowego rogówki lewego oka u 19-letniej panny, która cztery lata temu cierpiała na pleuritis exsudativa. Leczenie tuberkulinowe dało tu wydatną poprawę. Autor cytuje też pracę Deyta (1922), który też naczynia drzewiaste uważał za charakterystyczne dla miąższowego gruźliczego zapalenia rogówki.

Pionowe cięcie rogówki nożyczkami w operacji wydobycia zaćmy starczej. J u n è s E.

Ann. d'Ocul. 1930, str. 732-744.

Cięcie rogówki od strony skroniowej w rąbku zapomocą nożyka trójkątnego, dopełnione cięciami nożyczek uważa autor za najprostsze i najbezpieczniejsze w operacji wydobycia zaćmy.

Kurzoślep utajony. L a g r a n g e H.

Ann. d'Ocul. 1930, str. 744-761.

Obok kurzoślepu typowego, jako wyniku awitaminozy, znanego oddawna, istnieje jeszcze cały szereg przypadków upośledzenia widzenia w nocy, spowodowanego zmęczeniem, wadami wzroku, w szczególności krótkowzrocznością, wykluczeniem z aktu widzenia jednego oka, zwężeniem źrenic, zżółknięciem soczewki u osób starszych, olśnieniem siatkówki oraz zaburzeniami nerwowemi i psychicznemi. Wszystkie te czynniki należy wziąść przedewszystkiem pod uwagę nim kurzoślep przypiszemy udawaniu lub histerji.

Nowy sposób operacji skrzydlika. G o m e z - M a r q u e z J.

Ann. d'Ocul. 1930, str. 762-768.

Autor wycina skrzydlik wraz z fałdą spojówki, przylegającą do rąbka, a brak wypełnia płatkiem spojówki gałki, wyciętym z drugiego oka i wszytym starannie kilku szwami.

Torbiel rogówki. G a l l e m a e r t s.

Ann. d'Ocul. 1930, str. 893-895.

Autor opisuje przypadek torbieli o średnicy 0.8 — 0.6 mm. w rąbku rogówki na godzinie IV, spotkanej u mężczyzny 52-letniego na oku prawem. Torbiel istniała bez zmiany w ciągu 4 miesięcy, powodowała niewielkie zadrażnienie oka i w ścianie miała szereg drobniutkich biało-szarych ziarenek. Znajdowała się ona na błonie Bowmana, tuż pod nabłonkiem. Znikła w następstwie próby przekłucia.

Plastyka powiek zapomocą płata szypulastego z szyi zwiniętego w rurkę. D u p u y - D u t e m p s L.

Ann. d'Ocul. 1930, str. 895-907.

Przypadek rozległego zniszczenia skóry twarzy i powiek naskutek oparzenia w wypadku lotniczym, dotyczący 28-letniego mężczyzny był operowany przeszczepieniem płata szypulastego, wziętego z okolicy ponad mięśniem sutkomostkowym prawym. Płat był z początku zeszyty w rurkę, według sposobu, opisanego w 1922 r. przez Fiłatowa. Przeniesienie i przeszczepienie stopniowe płata

na okolicę dolnych powiek, oraz grzbietu nosa — pozwoliło pokryć najpierw ubytek w okolicy dolnej powieki prawego oka i bocznej ściany nosa.

W wyniku ostatecznym po roku leczenia oczy otrzymały osłonę powiek, a poprawienie wyglądu zewnętrznego twarzy chorego autor ma nadzieję uzyskać drogą szeregu wycięć zbyt grubych płatów przeszczepionej skóry. Pokrycie powiek górnych otrzymał autor drogą przeszczepienia wolnych płatów skóry z biodra.

Uwagi o prątkach Moraxa i Petita. D. Chiazzaro.
Ann. d'Ocul. 1930, str. 907-918.

Wbrew poglądom niektórych autorów (np. Treacher Collins), uważających, że między pomienionymi drobnoustrajami jest tylko niewielka różnica, Chiazzaro, podobnie, jak dawniej Chaîne i Scarlett na zasadzie szeregu obserwacji przychodzi do wniosku, że są to zupełnie różne drobnoustroje. Różnica polega i na stosunku ich do chorób narządu wzroku człowieka, gdzie dwuprątek Moraxa wywołuje nieżyt kątowy, a dwuprątek Petita zapalenie powierzchowne i ograniczone rogówki, czasem z ropą w komórce przedniej, lub też można go spotkać na zupełnie zdrowych spojówkach.

Dalej opisuje autor własności obu prątków i podkreśla, że nietylko między nimi jest znaczna różnica, ale wręcz próby aglutynacyjne z jednej strony są dodatnie z surowicami, odpowiadającemi każdemu z gatunków i ujemne, jeśli np. na zawiesinę prątków Moraxa zadziałać surowicą przeciw prątkom Petita, gdy tymczasem ta sama surowica na prątki Petita działa nawet w rozcieńczeniu 1 : 1000.

Dowodzi to wydatnej różnicy między obu prątkami. Że są to różne prątki potwierdzają i obrazy kliniczne różne przez nie powodowane.

Wysiękowe zapalenie siatkówki bez zmian w naczyniach. Kalt M.
Ann. d'Ocul. 1930, str. 919-934.

W oku kobiety 73-letniej, wyłuszczonem z powodu pooperacyjnego zapalenia tęczówki, w tylnym odcinku tarczy n. wzrokowego na siatkówce, po pogrążeniu tego odcinka do płynu formalinopikrynowego stwierdził autor nieoczekiwanie zapalenie siatkówki. Zmiany polegały na szeregu jamistości, wypełnionych ściętym płynem białkowym. Jamistości te stwierdził autor w warstwie ziarnistej wewnętrznej oraz w warstwie splotowatej. Warstwa pręcików i czopków była wskutek tego w wielu miejscach pofałdowana; pozostałe warstwy siatkówki były prawidłowe. W naczyniach krwionośnych siatkówki zmian nie stwierdzono. Badanie płynu, zawartego w jamistościach nie wykazało włóknika, badanie całej siatkówki też nie wykazało ognisk stłuszczenia.

Autor podkreśla fakt, że w danym przypadku naczynia krwionośne były prawidłowe, podobnie jak w chorobie Quincke, oraz w niektórych chorobach wysypkowych. Wysiękowe ogniska mogą być tu wywołane porażeniem naczynioruchowem na tle toksycznem.

Prócz tego podaje autor 4 przypadki przewlekłego zapalenia siatkówki w okolicy plamkowej bez żadnych objawów niedomogi ze strony nerek i przychodzi do wniosków: 1) Tak zwane zapalenie białkomoczowe siatkówki należałoby raczej nazwać zapaleniem wysiękowem. 2) Postać ostra tego zapalenia spotyka się w przypadkach ciężkich białkomoczu, oraz w przypadkach rzucawki porodowej; postać ta wyraża się znacznym obrzękiem tarczy n. wzrokowego i włóknikowym wysiękiem w okolicy tarczy z obecnością barwika i lipoidów, oraz zwyrodnieniem zwojowatem warstwy włókien n. wzrokowego. 3) W postaci przewlekłej zapalenia wysiękowego nieraz zupełnie brak i białkomoczu i wzmożonego napięcia krwi i zatrzymania we krwi mocznika. W tej postaci częściej spotykamy zmiany w naczyniach krwionośnych, jednak zmiany te są zwykle wtórne, a przyczyna wysięków jest niejasna. Być może, że chodzi tu o płyn toksyczny, zawarty w płynie opon mózgowych, co objaśnia do pewnego stopnia objawy mózgowe i tarczy zastoinowej.

Niezborność pęczka załamanego przez kuliste środowiska optyczne. Marcel Dufour.
Ann. d'Ocul. 1930, str. 993-997.

Przytaczając znane równanie Sturma, autor podaje sposób Lissajous'a, bardzo prosty, oceny niezborności obwodu soczewek kulistych.

Drogą wyliczeń elementarnych otrzymuje autor proste formuły, przedstawiające niezborność, zależnie od promienia krzywizn soczewki, oddalenia od osi głównej soczewki i spółczynnika jej załamania.

Aberacja kulistego środowiska optycznego — stosunek między tą aberacją a niezbornością. Marcel Dufour.
Ann. d'Ocul. 1930, str. 998-1001.

Zapomocą geometrji analitycznej dowodzi autor, że aberacja kulistego środowiska optycznego równa się połowie wartości niezborności dla promienia obwodowego. Dowodzenie to wyprowadza autor sposobem elementarnym.

Jednoczesne badanie napięcia śródocznego i napięcia w płynie rdzeniomózgowym. E. Marx.
Ann. d'Ocul. 1930, str. 1001-1016.

Po przedstawieniu zasadniczych teorji, dotyczących pochodzenia cieczy wodnistej i płynu rdzeniomózgowego, zatrzymuje się autor na pochodzeniu tych płynów z krwi. O ile płyny te mają być dializatem krwi i zawierają tylko od 0,01 do 0,02% białka, to jednak ciecz wodnista zawiera więcej cukru, niż płyn rdzeniomózgowy. Autor zainteresował się sprawą jak reagują na różne wpływy oba te płyny, pomimo tego, że następstwa zmian w tych płynach mogą być różne, choćby dlatego, że oko, jako narząd zawiera dużo włókien mięśniowych gładkich, czego nie można powiedzieć o jamach, zawierających płyn rdzeniomózgowy. Chodziło więc autorowi: 1) O zmiany, jakie powstają w cieczy wodnistej i w płynie po zastrzykach śródżylnych różnych środków. Doświadczenia robione były na królikach i na kotach; koty wogóle są znacznie wytrzymalsze na narkozę eterową i stąd odpowiedniejsze do tych doświadczeń. Badania napięcia w oku i w płynie rdzeniomózgowym robił autor zapomocą manometru Rochat. Napięcie płynu rdzeniomózgowego badał autor po obnażeniu membrana atlanto-occipitale.

Dla płynu rdzeniomózgowego za prawidłowe uważa się napięcie 20 mm. wody, dla oka, 25 mm. Hg.

Zastrzyk królikom do 40 ccm. rozczynu izotonicznego — w ilościach mniejszych do żył ucha przechodził bez zmian, albo też dawał niewielkie wzmożenia napięcia śródocznego — potem zupełnie ustępujące. Zastrzyki hypertoniczne od 10—20% wywoływały obniżenie napięcia w obu układach, zresztą różne do 10 mm. wody w płynie rdzenio-mózgowym i do 12 mm. Hg. w oku, zresztą zależnie od szybkości zastrzyku. Zastrzyki hipotoniczne powodowały wzmożenie napięcia w obu układach — potem z wolnym powrotem do normy. Zresztą zmiany w obu układach były różnego nasilenia, zawsze jednak równoległe. Pewne dane wskazywałyby też, że istnieje pewna zależność między napięciem śródocznem, a napięciem w żyłach mózgu.

W. H. M.

KRONIKA

Kurs Ogólnodokształcający dla lekarzy-praktyków odbędzie się zwyczajem lat ubiegłych przy Wydziale Lekarskim U. W. od dnia 15.III. do dnia 28.III. 1931 r.

Na kurs złożą się zajęcia praktyczne oraz wykłady, poruszające najżywotniejsze sprawy w dziedzinie rozpoznawania i leczenia wraz z internatem w Klinice Położniczo-Ginekologicznej U. W.

Przewodniczącym Kursu został wybrany prof. dr. med. *W. Szenajch.*

Opłata za udział w kursie wynosi 75 zł., dla asystentów i hospitantów Klinik i oddziałów szpitali miejskich m. st. Warszawy 30 zł.

Nadto wszystkim uczestnikom kursu na żądanie będą zapewnione mieszkania po cenie zniżkowej, zniżki kolejowe w drodze powrotnej oraz będą wydane zaświadczenia z odbycia Kursu.

Zgłoszenia do udziału w Kursie oraz w sprawach informacyjnych należy skierowywać się do sekretarza dr. Romana Pereta, II Klinika Chorób Wewnętrznych U. W., ul. Nowogrodzka 59 do dnia 1 marca 1931 roku.

POKŁOSIE TERAPEUTYCZNE.

Leczenie poronne ropni przymigdałkowych zapomocą bakterjofaga.

Zapomocą zwykłej igły wstrzykuje się w okolicę podniebienia miękkiego, w odległości 1 — 2 cm od ogniska zapalnego, 2 cm³ bakterjofaga przeciwgronkowcowego. Po kilku sekundach zjawia się silny ból w miejscu wstrzyknięcia, który w ciągu 5—10 minut ustępuje całkowicie. Bezpośrednio po tem wstrzykuje się choremu w mięśnie pośladka 10 cm³ jego własnej krwi, wziętej z żyły (ma to na celu zniszczenie istniejących ewentualnie w ustroju antibakterjofagów).

Już w dwie godziny po zastosowaniu tego leczenia ból gardła ustępuje, szczękościsk zmniejsza się, chory zaczyna łykać. Po 12 godzinach obrzmienie w gardle znika, gorączka spada. Po 24 godzinach chorego można uważać w ogromnej większości przypadków za wyleczonego.

W razie potrzeby można powtórzyć wstrzyknięcie bakterjofaga (z następowem powtórnem wstrzyknięciem własnej krwi), jednak nie wcześniej, jako po upływie 24 godzin.

W 90% wczesnych ropni przymigdałkowych otrzymuje się wyleczenie zupełne i natychmiastowe (na 300 przypadków).
Halphen i Djiropoulos — La Presse Méd. № 6, 1931).

Cz.

Redaktor odpowiedzialny: *Doc. Dr. A. Wojciechowski*
Wydawca: Spółka Wydawnicza „Wiedza Lekarska".
Adres redakcji i administracji Warszawa, Kaliska 9. Tel. 420-90.
Prenumerata z przesyłką rocznie zł. 8, kwartalnie zł. 2. Konto P. K. O. 15.785.

Ogłoszenia:

zewnętrzna strona okładki	zł. 450.—	250.—	135.—
bezpośrednio przed tekstem	„ 350.—	200.—	120.—
2-ga i 3-cia strona okładki	„ 350.—	200.—	120.—
pozostałe	„ 300.—	170.—	95.—

ZAKŁ. GRAF. PRAC. DRUK., WARSZAWA, NOWY-ŚWIAT 54, TEL.: 615-56 I 242-40.

NIEZAWODNE LEKI KRĘTKOBÓJCZE

w KILE, DURACH i ZIMNICY

do stosowania śródmięśniowo:

„QUINBY SOLUBLE"

WODNY ROZTWÓR

JODO - BIZMUTANU - CHININY

Bezbarwny, nie plami, nie tłuści, nie drażni

„Q U I N B Y"

JODO - BIZMUTAN - CHININY

W ZAWIESINIE OLEISTEJ.

RHEANTINE

LUMIÈRE

Przeciwgonokokowa,

doustna szczepionka wielowartościowa w pigułkach,

uzupełniona szczepami pobranymi w Polsce

WSKAZANIA:

Rzeżączka i wszelkie jej powikłania

Leczenie przyczynowe, swoiste absolutnie pewne i dogodne

DAWKOWANIE: 4 pigułki dziennie: 2 rano i 2 wieczorem, na godzinę przed jedzeniem.

Flakon zawiera 32 pigułki kieratynowane.

Skład główny L NASIEROWSKI, Warszawa, ul. Kaliska 9, tel 724-39, 630-42

ROK V WARSZAWA 1931 KWIECIEŃ ZESZYT IV

WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY PRZEGLĄDOWI FRANCUSKIEGO
PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO I POTRZEBOM
LEKARZA PRAKTYKA

REVUE MENSUELLE CONSACRÉE À LA LITTERATURE MEDICALE FRANÇAISE ET AUX BESOINS DU PRATICIEN

pod redakcją Doc. Dr. Wojciechowskiego

P R A C E O R Y G I N A L N E

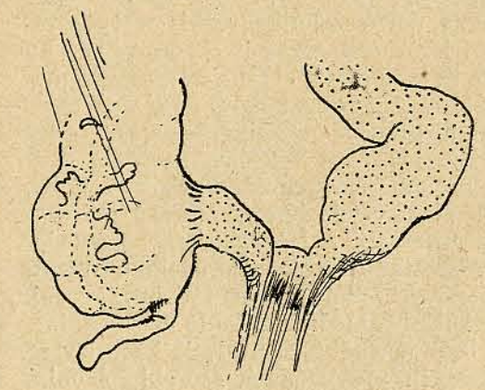
Z oddziału II chirurgicznego Szpitala Dz. Jezus w Warszawie.
Kierownik: **Dr. Sławiński.**

Zagięcie końcowe odcinka krętnicy, jako postać chorobowa*).

podał

DR. WŁADYSŁAW OSTROWSKI,
asystent oddziału.

Na zagięcie końcowego odcinka krętnicy w kształcie V obróconego wierzchołkiem do tylnej ściany jamy brzusznej, względnie ku dołowi (rys. 1), pierwszy zwrócił uwagę *Lane* i opisał je w 1904 r., podnosząc doniosłe znaczenie tej zmiany w patologji przewodu pokarmowego. Sprawę tę poruszano potem niejednokrotnie, zwłaszcza w piśmiennictwie francuskiem i angielskiem. W piśmiennictwie polskiem stwierdzamy natomiast brak prawie zupełny prac poświęconych tej sprawie chorobowej. Ma się wprost wrażenie, że jest ona



*) Praca odznaczona na konkursie „Wiedzy Lekarskiej".

mało znaną, a przedewszystkiem niedocenianą przez szeroki ogół lekarzy. Warto przytem zaznaczyć, że zagięcie końcowego odcinka krętnicy omawiano dotychczas prawie zawsze łącznie z innemi zmianami zrostowemi w narządach jamy brzusznej, względnie jej okolicy krętniczo-kątniczej. Nie było to korzystne dla celów praktycznych, bowiem interesująca nas sprawa chorobowa, pomijając szereg dolegliwości i następstw, jakie powoduje, zasługuje na wyodrębnienie całkowite, już choćby dlatego, że nie należy bynajmniej do rzadko spotykanych. W naszym oddziale w okresie 5 lat (15.VII.1925—15.VII.1930), stwierdziliśmy zagięcie końcowego odcinka krętnicy 132 razy (87 razy u kobiet, 45 razy u mężczyzn). Część tych przypadków (26) operowałem osobiście, pomagałem przy zabiegu albo byłem przy nim obecny w większości przypadków pozostałych.

Anatomja patologiczna. Zagięcie krętnicy (coudure d'ileon terminal, kink of the terminal ileum), sądząc z danych piśmiennictwa, co zresztą całkowicie potwierdzają nasze spostrzeżenia, występuje zazwyczaj w 2 typowych miejscach. Najczęściej widujemy je w odległości 4—5 cm. od zastawki Bauhina *(Lanes* kink), znacznie już rzadziej w odległości 8—10 cm. (coudure pré-termino-iléale de *Lardennois)*. Niektórzy autorzy *(Dupont, Łążyński)* spotykali zagięcie krętnicy o 15 cm. i dalej w górę od zastawki Bauhina, myśmy jednak ani razu nie stwierdzili tak odległego od kątnicy zagięcia jelita krętego.

Przyczyną zagięcia są zlepy, względnie zrosty krętnicy z dolną powierzchnią odpowiedniej części jej krezki. Rzadko widuje się zagięcie spowodowane zrostami jelita z górną powierzchnią krezki; w tych razach wierzchołek zagięcia obrócony jest ku górze do podstawy krezki. W naszym materjale takich przypadków było 9. Nieraz przytem zostaje podciągnięta ku górze kątnica, jeżeli ma wspólną krezkę z jelitem krętem. Do prawdziwych wyjątków, w piśmiennictwie bardzo rzadko notowanych *(Glatzel)*, należą zagięcia spowodowane zrostami końcowego odcinka krętnicy z powierzchnią górną i dolną krezki. Widzieliśmy zaledwie 2 takie przypadki.

Zrosty powodujące zagięcie krętnicy są w jednych przypadkach szerokie, błoniaste, przytem cienkie i dość wiotkie; w przypadkach innych, częstszych, mają wygląd powrózków bliznowych o szerszej podstawie na krezce i wązkim, czasem ostrym, końcu przymocowanym do ściany krętnicy. Zagięcie w tych razach występuje wyraźniej.

Niekiedy zrosty, idąc od ściany jelita po przez krezkę, kończą się dopiero na otrzewnej talerza biodrowego.

Zazwyczaj zrosty przeginające krętnicę łączą tylko powierzchnie surowicówkowe jelita i krezki i nie powodują większych zmian w samej krezce; przerzucają się one jak most nad przyjelitowym brzegiem krezki, wobec czego bardzo często można w przestrzeń między krezką a zrostem wprowadzić zgłębnik. Niekiedy jednak zmiany bliznowe z surowicówki szerzą się wgłąb jelita i krezki. W takich razach blizna zajmuje całą grubość ściany jelita, albo powstaje przykurcz bliznowy krezki, a nawet ciężkie zmiany w jelicie od ucisku blizny na naczynia krezkowe *(Spehl)*.

Dość często zrosty zaginające krętnicę skręcają ją przytem około jej osi długiej; stopień skrętu zależy, rzecz prosta, od miejsca przyczepu zrostu na ścianie jelita: im dalej od przykrezkowego brzegu krętnicy mieści się przyczep jelitowy zrostu, tem większy jest skręt jelita. Skręt łącznie z zagięciem zmniejszają średnicę światła jelita krętego w stopniu nieraz bardzo znacznym.

W 95 naszych przypadkach (72%) zagiecie krętnicy występowało w czystej postaci, jeżeli nie brać w rachubę często przy tem jednocześnie spotykanych zmian w wyrostku robaczkowym. W przypadkach pozostałych prócz zagięcia krętnicy były zrosty kątnicy, sieci, albo kiszek cienkich. Te współistniejące z zagięciem krętnicy bardziej lub mniej rozległe zmiany w okolicy krętniczo - kątniczej mogą wysuwać się niejako na plan pierwszy, i mówi się nieraz o perienteritis membranacea *(Isaacs)*, periviscerítis adhaesiva *(Gosset, Okinczyc)*, perienteritis ilealis *(Lenormant)*, mesoileitis *(Rubaszew)*, zbliznowacenie krezki *(Glatzel)*, peritonitis retractilis i t. d., tam, gdzie istotną przyczyną objawów chorobowych jest właśnie zagięcie i unieruchomienie końcowego odcinka krętnicy: flexio ilei terminalis fixata.

E t j o l o g j a. Sprawa pochodzenia błon i bliznowych powrózków przeginających końcowy odcinek krętnicy jest już odawna przedmiotem rozważań i badań wielu autorów. Wysuwane są przytem najrozmaitsze przypuszczenia. Niektórzy uważają sprawę za wrodzoną. *Connel* sądzi, że omawiane zmiany są wynikiem zaburzeń w rozwoju przewodu jelitowego u płodu, kiedy to zachodzą przesunięcia i zwroty części krętniczo - kątniczej przewodu i ostateczne ustalenie jej ułożenia; błony i zrosty przeginające krętnicę byłyby, zdaniem jego, wyrazem nieprawidłowego albo nadmiernego przytwierdzenia części krętniczo - kątniczej przewodu jelitowego do tylnej ściany jamy brzusznej. *Flint* i *Leveuf* również uważają zagięcia krętnicy za sprawę wrodzoną, widywali je u płodów i naworodków. Zdaniem niektórych autorów, zagięcia krętnicy powstają w życiu płodowem, są jednak pochodzenia zapalnego (peritonitis foetalis).

Lane uważa zagięcie krętnicy za sprawę nabytą w dzieciństwie; przyczyną ma być zaparcie i opuszczenie trzew; zlepy i zrosty są zmianą wtórną. Poglądy *Paucheta* zbliżone są do powyższych.

Większość wszakże autorów stoi na stanowisku, że zagięcie krętnicy jest sprawą nabytą i zależną od zrostów i zlepów zapalnych. Zdaniem naszym, najczęściej, jeżeli nie zawsze, przyczyną zagięcia jest zapalenie wyrostka robaczkowego. Twierdzenie powyższe opieramy przedewszystkiem na spostrzeżeniach własnych, bez porównania liczniejszych, niż jakiekolwiek podane dotychczas w piśmiennictwie. Ze 132 przypadków zagięć końcowego odcinka krętnicy, leczonych operacyjnie w naszym oddziale w ostatnich 5 latach, w 113 przypadkach stwierdziliśmy jednocześnie wyraźne zmiany makroskopowe w wyrostku, w 5 przypadkach chodziło o chorych, którym wyrostek już dawniej został usunięty, w kilku wreszcie z pozostałych 14 przypadków zmiany zapalne wyrostka wykazało badanie drobnowidzowe. Na zapalenie wyrostka robaczkowego, jako przyczynę zagięcia krętnicy, wskazują również *Chifolian, Lardennois, Lenormant, Łążyński, Mayo, Mc. Kinlay* i inni.

Mechanizm powstawania w związku ze sprawą wyrostkową zrostów powodujących zagięcie krętnicy bywa prawdopodobnie różny. Wiemy, że nieraz wyrostek zdrowy, a zwłaszcza schorzały *(Berard, Kelly, Krajewski)* układa się na przyjelitowym brzegu krezki krętnicy; zmiany zapalne w tych razach mogą przejść bezpośrednio z wyrostka na surowicówkę jelita i krezki; po wygaśnięciu sprawy zapalnej pozostaje zrost przeginający krętnicę. Częściej wszakże zagięcie krętnicy powstaje w związku z ograniczonem surowiczem albo ropnem zapaleniem otrzewnej w otoczeniu wyrostka robaczkowego. Każdy chirurg spostrzegał niejednokrotnie, że końcowy odcinek krętnicy zwykle przyjmuje udział w otarbianiu ogniska zakażonego przywyrostkowego, przyczem krętnica przesuwa się nadół i naprawo i nieraz ulega przegięciu. Tym właśnie zmianom położenia krętnicy w pierwszym rzędzie zawdzięczamy liczne spostrzeżenia niedrożności jelit w toku ostrego napadu wyrostka robaczkowego *(Chifolian, Foucalt, Lardennois, Mathieu, Martel, Okinczyc, Rayner* i inni). Po wygaśnięciu dzięki tym czy innym środkom sprawy zapalnej ostrej delikatne początkowo zlepy włóknikowe przekształcają się w zrosty błoniaste albo powrózkowate i utrwalają zagięcie krętnicy już na stałe.

Zagięcie końcowego odcinka krętnicy w związku z zapaleniem wyrostka robaczkowego, ostrym czy przewlekłym, powstać może jeszcze na innej drodze, a mianowicie przez zakażenie krezki krętnicy drogami chłonnemi. Wiadomo bowiem, że znaczna część naczyń chłonnych krezeczki wyrostka robaczkowego dąży do gruczołów chłonnych końcowego odcinka krezki jelita krętego.

Zapalenie otrzewnej okolicy prawego talerza biodrowego pochodzenia niewyrostkowego, teoretycznie rozumując, może być również przyczyną zagięcia krętnicy. U kobiet w rachubę wchodziłoby przedewszystkiem zapalenie przydatków prawych. Niektórzy autorzy *(Delbet)* dopuszczają taką możliwość, jednak całkowity brak ścisłych potwierdzających takie przypuszczenie spostrzeżeń nie pozwala nam na poważne liczenie się z rolą przydatków w omawianej sprawie chorobowej. To samo powiedzieć należy o uchyłkach Meckela *(Descemps)* i t. p. rzadkich sprawach. Spotykamy natomiast w piśmiennictwie opisy przypadków zagięć końcowego odcinka krętnicy powstałych po usunięciu wyrostka na ostro czy na zimno bez zachowania należytych ostrożności. Przyczyną powstawania zrostów przeginających krętnicę może być w tych razach niewgłobiony kikut wyrostka *(Fiolle, Hayem)*, pozostała

na talerzu biodrowem krew, uszkodzenie krezki krętnicy przy zabiegu przed nadmierne jej pociąganie *(Martel)*, podrażnienie surowicówki krętnicy i jej krezki jodyną, termokauterem *(Harrigan)*, sączki gazowe i t. d.

Wymienić jeszcze należy poglądy, że samo jelito kręte jest przyczyną zagięcia, przyczem jedni mają na myśli fizjologiczne zwolnienie przechodzenia treści pokarmowej przez końcowy odcinek krętnicy, a więc swego rodzaju zastój w jelicie, w następstwie czego drobnoustroje, ich jady i szkodliwe produkty przemiany materji, przenikając do naczyń chłonnych krezki, powodowałyby w niej zmiany. Inni znów twierdzą, że chodzi tu raczej o często spotykane w śluzówce końcowej części krętnicy przewlekłe zmiany zapalne szerzące się na krezkę i otrzewną ścienną.

O b j a w y k l i n i c z n e. Jest rzeczą łatwo zrozumiałą, że zagięcie końcowego odcinka krętnicy może powodować dolegliwości i różne mniej lub więcej groźne następstwa. Objawy kliniczne zależne od zagięcia są niezwykle różnorodne, a nasilenie ich waha się w bardzo szerokich granicach. Wielu chorych znosi swe dolegliwości pogodnie, nie zasięgając porady lekarza, w innych razach zagięcie krętnicy czyni chorym życie nieznośnem, nieraz zresztą stać się może nawet przyczyną śmierci. Wszystkie objawy chorobowe występujące w omawianem przez nas cierpieniu możemy z grubsza podzielić na 1) bólowe, 2) mechaniczne i 3) toksyczne. Najbardziej stałym objawem spotykanym u wszystkich prawie tego rodzaju chorych są bóle. Bóle te są mało typowe. Chorzy umiejscawiają je zazwyczaj w całej prawej dolnej ćwiartce brzucha i uskarżają się mniej na ich gwałtowność, a więcej na ich nieustępliwość. Rzadziej największe bóle są w nadbrzuszu. Charakterystyczną cechą bólów w zagięciu końcowej części krętnicy ma być zdaniem niektórych autorów *(Flint, Gosset* i inni), poczynanie się ich w okolicy albo poniżej pępka i szerzenie się nadół i naprawo. Bóle nie zależą od posiłku, zmniejszają się albo ustępują zupełnie przy leżeniu (w nocy). Czasem zdarzają się prawdziwe ataki bólowe (kolka kiszkowa), zresztą krótkotrwałe. Ataki kolki kiszkowej częściej występują przy uporczywem zaparciu, towarzyszy im zwykle wzdęcie brzucha.

Patogeneza bólów jest złożona. Tłomaczyć je można uciskaniem przez zrost gałązek nerwowych współczulnych około trzewnych, których podrażnienie powoduje sensacje bólowe *(Gosset, Gutmann, Jahiel)*. Badania drobnowidzowe wykazały pozatem, że w samym zroście między pasmami łącznotkankowemi leżą włókienka nerwowe i ciałka czuciowe, wszelkie więc zmiany w ukrwieniu zrostu i w jego napięciu mogą być czynnikiem drażniącym. Również ciągłe wahania w wypełnieniu krętnicy treścią płynną a zwłaszcza gazami w połączeniu z pociąganiem ograniczonej w swej ruchomości kiszki mogą być powodem bólów. Zdaniem *Brunninga* kolka kiszkowa zależy od gwałtownych skurczów mięśniówki krętnicy powstałych pod działaniem podniety mechanicznej (zrostu), a według *Gosseta* i innych, tkanka bliznowa zrostu, zachowując się jak ostroga drażniąca jelito, może również powodować odruchowo na odległość bolesny kurcz odźwiernika, kiszek i t .d.

Warto zaznaczyć, że dolegliwości bólowe co do swej częstości i siły nie stoją w żadnym stosunku do stopnia zagięcia krętnicy. Często zagięcie bardzo nieznaczne powoduje silne bóle, przeciwnie zagięcia w stopniu wysokim ujawniają się nieraz dopiero przypadkowo, albo też wtedy, gdy w tej czy innej postaci wystąpią groźne objawy mechaniczne. Grają tu zapewne niemałą rolę różnice w indywidualnem odczuwaniu sensacji bólowych w jamie brzusznej.

Objawy mechaniczne mające za przyczynę zwężenie światła krętnicy w przypadkach, gdzie zagięcie jest nieduże, mogą nie występować zupełnie, tembardziej że położony tuż nad zagięciem odcinek kiszki cienkiej zdolny jest wyrównać w pewnym stopniu przeszkodę wzmożeniem ruchów robaczkowych *(Lardennois)*, przyczem ściana jego ulega pewnemu zgrubieniu. Jeżeli jednak zagięcie jest dość znaczne i trwa przytem przez czas dłuższy, opróżnianie zawartości jelit cienkich do kątnicy zostaje upośledzone. Powstaje zastój treści płynnej w jelicie krętem i rozszerzenie jelita powyżej zagięcia (stase intestinale). Klinicznie przejawia się to zaparciem. Początkowo zaparcie jest niestałe, przerywa od czasu do czasu rozwolnieniem, później wszakże staje się uporczywem. Ogromna większość chorych na zagięcie krętnicy cierpi na zaparcie i w wielu razach jest to

jedyny objaw mechaniczny zagięcia. Czasem wszakże w sprawę stopniowo zostają wciągnięte również odcinki przewodu kiszkowego położone dalej od zagięcia, a nawet dwunastnica i żołądek. *Lane* i inni często spostrzegali rozszerzenie dwunastnicy i zastój w niej w przypadkach zagięcia końcowego odcinka krętnicy. Zastój w dwunastnicy sprzyja ze swej strony powstaniu w niej stanu zapalnego szerzącego się na drogi żółciowe i trzustkę, może być pozatem przyczyną wrzodu dwunastnicy *(Trémolières, Marceaux)*. Żołądek początkowo ulega przerostowi a skurcze jego wzmagają się, co można uważać za wyraz jego czynności wyrównawczej w związku z położoną niżej przeszkodą. Z biegiem czasu ulega on rozszerzeniu, opróżnia się niedostatecznie (stase gastrique) i staje się przytem łatwo pobudliwym, stąd częste bóle, wymioty, skurcze odźwiernika. W tych warunkach łatwo powstaje owrzodzenie żołądka. *Pauchet* i *Lardennois* w każdym przypadku wrzodu żołądka albo dwunastnicy badają promieniami X cały przewód pokarmowy i często znajdują zagięcie końcowego odcinka krętnicy.

Opisane wyżej objawy mechaniczne wyrażające się przedewszystkiem zastojem treści płynnej w jelicie krętem, przyczem gazy przechodzą swobodnie, trwać mogą lata całe. Niedrożność całkowita krętnicy w miejscu zagięcia należy do zjawisk, względnie rzadkich, spotykamy wszakże w piśmiennictwie opisy dziesiątków przypadków niedrożności spowodowanej zagięciem końcowego odcinka krętnicy *(Berard, Chifoljan, Foucault, Glatzel, Kelly, Lenormant, Okinczyc* i inni). Niedrożność może wystąpić podczas ostrego napadu wyrostka robaczkowego i ma wtedy zazwyczaj charakter mieszany, mechaniczno - porażenny, to znaczy, że do przyczyny mechanicznej, świeżo powstałego czy też już dawniej istniejącego zagięcia krętnicy, dołącza się porażenie jelit. Nieodrożność czysto mechaniczna występuje w dłuższy czas po napadzie wyrostka (po miesiacach i latach), albo też napadu takiego w wywiadach brak zupełny. Niedrożność mechaniczna rzadziej zależy od wysokiego stopnia zagięcia spowodowanego zrostem, częściej natomiast od przypadkowego niekorzystnego, zwiększającego zagięcie, ułożenia się przepełnionej treścia albo przekrwionej zapalnie (enteritis, appendicitis exacerbata) ostatniej pętli jelita krętego *(Trémolières Marceau)*. W wyjątkowo rzadkich przypadkach przyczyną niedrożności bywa częściowy skręt ostatniej pętli krętnicy, przyczem osią skrętu jest zrost przeginający jelito *(Peiser)*; skręt taki łatwiej powstaje w przypadkach wspólnej krezki krętniczo-kątniczej. Niedrożność mechaniczna trwa czasem krótko: chory nagle dostaje gwałtownych bólów brzucha, nudności i wymiotów, ale już po kilku albo kilkunastu minutach objawy powyższe cofają się równie nagle, jak powstały. W końcu napadu chory odczuwa bulgotanie i przelewanie w brzuchu, odchodzą przytem wiatry. Taka krótkotrwała niedrożność (petit ileus) może się powtarzać co pewien czas, trwając za każdym razem coraz dłużej. Niekiedy niedrożność mechaniczna odrazu występuje w postaci klasycznej.

Ostatnią grupę objawów chorobowych spowodowanych zagięciem krętnicy stanowią, według przyjętego przez nas w tej pracy podziału schematycznego, objawy t. zw. toksyczne. Opisywane są one głównie przez lekarzy francuskich i mają być zależne od zastoju w przewodzie pokarmowym i związanego z zastojem stanu zapalnego jelit. W warunkach prawidłowych produkty trawienia, drobnoustroje i ich jady dostają się przez żyłę wrotną do wątroby, gdzie są niszczone albo przekształcone na składniki nieszkodliwe. Pewna ilość drobnoustrojów i ich jadów ulega poza tem zniszczeniu albo wydaleniu przez nerki, płuca i skórę. Przy daleko posuniętym zastoju w jelitach wymagania stawiane powyższym narządom zostają znacznie zwiększone, wskutek czego następuje ich przemęczenie, niszczenie składników gruczołowych, stan zapalny i w każdym razie zaburzenia czynności. Wtedy część produktów trujących pozostaje niewydalona i krąży po ustroju, uszkadzając tarczycę, nadnercza, przysadkę mózgową, gruczoły sutkowe i t. d. W ostatecznym wyniku może się rozwinąć marskość wątroby, zapalenie przewlekłe trzustki, niedomoga nadnerczy, przysadki i innych gruczołów dokrewnych, zwyrodnienie torbielowate gruczołów sutkowych i t. d. i t. d. Niektórzy autorzy *(Pauchet)* twierdzą wprost, że podłożem większości spraw chorobowych u człowieka jest przewlekły zastój w przewodzie pokarmowym, jeżeli nie brać pod uwagę kiły. Przejawy zatrucia są różne:

zła cera, przygnębienie, bezsenność, wychudnięcie i związane z tem opuszczenie trzew, bóle głowy, nerwobóle, cukrzyca, reumatyzm i t. p.

Rozpoznawanie. Rozpoznanie zagięcia końcowego odcinka krętnicy jest niezwykle trudne. Skargi chorych bywają tak różnorodne, a objawy chorobowe tak zwodne, że o zasadniczej przyczynie dolegliwości, o zagięciu krętnicy zwykle się nie myśli. Najczęściej tak bywa w tych przypadkach, gdzie na plan pierwszy wysuwają się objawy t. zw. toksyczne, kierujące uwagę lekarza na narządy odległe od krętnicy. Badanie bezpośrednie brzucha ułatwia rozpoznanie tylko w przypadkach wyjątkowych. Czasem pewne wzdęcie brzucha, miejscowa bolesna bębnica i wymacanie w dolnej połowie brzucha na prawo od linji środkowej miękkiego guza o granicach niewyraźnych (rozdęte jelito kręte nad zagięciem) może nasunąć przypuszczenie zagięcia krętnicy *(Udaondo)*. Bardziej już na myśl o zagięciu krętnicy naprowadza spostrzegane niekiedy pluskanie w zawierających mało gazu a dużo treści płynnej jelitach cienkich *(Mathieu)*, a zwłaszcza objawy przejściowej niedrożności (petit ileus). Przeważnie jednak badanie brzucha bezpośrednie nie wykrywa żadnych cech charakterystycznych dla zagięcia końcowego odcinka krętnicy. Cennym natomiast środkiem rozpoznawczym jest badanie przewodu jelitowego promieniami Roentgena. U osobnika zdrowego odpowiednio przygotowanego w końcu 6-ej godziny po przyjęciu masy kontrastowej jelito kręte jest opróżnione całkowicie, albo prawie całkowicie, i cała masa kontrastowa znajduje się w kątnicy, kiszce wstępującej, a nawet już częściowo w poprzecznicy. Tymczasem w przypadkach zagięcia końcowego odcinka krętnicy masa kontrastowa w końcu 6-ej godziny znajduje się jeszcze w jelicie cienkim; przechodzenie jej do kiszki grubej odbywa się powoli, trwa całemi godzinami. Jeszcze po 16 — 18 godzinach, jak to było w naszych badanych w ten sposób przypadkach, a nieraz i po 24 godzinach, większa część treści kontrastowej pozostaje w jelicie krętem. Zupełnie typowe obrazy rentgenowskie, na których wyraźnie występuje zagięcie krętnicy, widywane są rzadko. Stwierdzić wtedy można nieruchomość i bolesność zagiętej pętli jelitowej, przyczem odcinek krętnicy leżący nad zagięciem pozostaje ruchomy. W niektórych przypadkach (mesenterium ileo-coecal. comm.) stwierdza się również ruchomość przykątniczego odcinka krętnicy i samej kątnicy *(Jordan)*. Wobec tego, że zastój w krętnicy bywa nieraz rzeczą wtórną, zależną od zastoju w kiszce ślepej, należy na 36 godzin przed podaniem masy kontrastowej dać choremu na przeczyszczenie, a na parę godzin przed badaniem zastosować lawatywę.

Jak wynika z powyższego, na podstawie wywiadów i badania fizykalnego tylko w bardzo rzadkich przypadkach można ustalić z całą pewnością rozpoznanie zagięcia końcowego odcinka krętnicy. Tembardziej należy wiedzieć i pamiętać o tej zmianie chorobowej. Jest to sprawa o wiele częstsza, niż się ogólnie przypuszcza. U wielu chorych na te czy inne cierpienia wątroby, nerek, gruczołów dokrewnych, na bolesne miesiączkowanie, bóle głowy, bezsenność, przygnębienie, neurastenję i t. d., przy jednoczesnem zaparciu, zasadniczą przyczyną dolegliwości jest zagięcie końcowego odcinka krętnicy. Należy myśleć o zagieciu krętnicy w każdem schorzeniu żołądka i dwunastnicy, a zwłaszcza w tych przypadkach, bo one są najczestsze, gdzie skargi chorych nasuwają przypuszczenie t. zw. przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego, przyczem w wywiadach typowych napadów niema zupełnie albo napad był już dawno.

Przyjęcie zagięcia końcowego odcinka krętnicy za przewlekłe zapalenie wyrostka robaczkowego zdarza sie dość często. Sprzyja tej pomyłce lokalizacja bólów w prawej dolnej ćwiartce brzucha, napady kolki, zaparcie, nudności i wymioty. Lekarz w tych razach usuwa wyrostek, dolegliwości jednak pozostają. Jeszcze częściej obie te sprawy, przewlekłe zapalenie wyrostka i zagięcie krętnicy, występują jednocześnie, i niesposób określić, na karb której z tych spraw zaliczyć należy skargi i dolegliwości chorych. Usunięcie wyrostka i pozostawienie zagięcia w wielu z tych przypadków nie daje żadnego wyniku leczniczego. Obecnie zwraca powszechną uwagę fakt, że operacyjne leczenie t. zw. przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego daje ogromny odsetek niepowodzeń. *Rubaszew* przytacza wyniki operacji wyrostka robaczkowego na zimno

narodowości, przyczem u 20 autorów brak poprawy po operacji wynosił ponad 22% wszystkich przypadków. W części tych przypadków chodziło zapewne o zasadniczy błąd rozpoznawczy. Wiemy, że takie błędy się zdarzają, i że tam, gdzie w istocie chodzi o kamicę nerkową, zapalenie miedniczek, nerkę ruchomą, zapalenie przydatków i inne sprawy symulujące zapalenie wyrostka robaczkowego, usunięcie wyrostka zdrowia chorym oczywiście nie przywraca. W znacznej jednak części przypadków, gdzie usunięcie wyrostka było dla chorych bez korzyści, przyczyną niepowodzenia było pozostawienie tych czy innych współistniejących ze zmianami w wyrostku spraw chorobowych, a najczęściej niesprostowane zagięcie końcowego odcinka krętnicy. To też wielu autorów *(Duroselle, Krief, Mc. Kinlay, Lardennois, Sawicki* i inni) nawołuje do sprawdzania końcowego odcinka jelita krętego przy operacji wyrostka robaczkowego. Wiąże się ta sprawa poniekąd z długością operacyjnego cięcia powłok brzusznych. Zauważono bowiem *(Gaston - Durand, Gibson, Laroche)*, że znacznie częściej spotyka się złe wyniki operacji wyrostka robaczkowego na zimno w tych razach, gdzie cięcie powłok było małe, uniemożliwiające dokładne oględziny całej okolicy krętniczo-kątniczej. *Gibson* podaje, że w 1913 — 1918 roku, kiedy usuwał wyrostek robaczkowy przez cięcie małe, brak poprawy po operacji zdarzał się u 28% chorych; natomiast w 1921 — 1923 r. usuwa wyrostek przez cięcie większe, sprawdza przytem stan krętnicy i niepowodzenia po operacji ma już tylko w 6% operowanych przypadków. Zagięcie końcowego odcinka krętnicy przy operacji przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego widuje się bardzo często. *Smith* przy 420 operacjach wyrostka na zimno spotkał zagięcie 58 razy, a w materjale podanym przez *Byszewskiego* i obejmującym 245 przypadków przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego zagięcie występowało w 17,5%. W naszym oddziale już od wielu lat z polecenia Ordynatora oddziału bada się przy każdej operacji wyrostka robaczkowego ostatnią pętlę jelita krętego i prostuje się stwierdzone ewentualnie zagięcie. Obecność zagięcia poznaje sie po tem, że ostatniej pętli krętnicy nie udaje się wyłonić z rany. W ostatnich 5 latach (15/VII. 1925 — 15/VII. 1930) usunęliśmy wyrostek robaczkowy na zimno 959 razy, prostując przytem zagięcie krętnicy 119 razy, i mamy bardzo dobre wyniki operacyjnego leczenia przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego.

Należy również pamiętać o zagięciu końcowego odcinka krętnicy przy operowaniu ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego. Wiadomo bowiem *(Lardennois, Rayner)*, że nawet nieduże zagięcie sprzyja powstaniu porażenia jelit po zabiegu i przez to może być przyczyną niedrożności pooperacyjnej jelit. Sprostowanie ewentualnego zagięcia końcowego odcinka jelita krętego przy usuwaniu wyrostka robaczkowego na ostro chroni przed powyższem powikłaniem. W okresie ostatnich 5 lat usunęliśmy wyrostek robaczkowy na ostro 103 razy, prostując przy tem 8 raz zagięcie krętnicy. Niedrożność pooperacyjną mieliśmy w I tylko przypadku, o którym mowa będzie poniżej.

Również należy myśleć o pozostawionem i niesprostowanem zagięciu końcowego odcinka krętnicy we wszystkich przypadkach bólów brzucha i mniej lub więcej uporczywego zaparcia utrzymujących się, albo powstałych po operacji wyrostka robaczkowego. Sprawę chorobową w tych razach określa sie zazwyczaj ogólnem mianem „zrosty", mając na myśli specjalne właściwości ustroju tych chorych sprzyjające powstawaniu sklein w jamie brzusznej po zabiegu operacyjnym. Z powyższych względów leczy się tych chorych z miernym skutkiem środkami farmakologicznemi i fizykalno-terapeutycznemi, unika się natomiast zabiegu operacyjnego. Tymczasem wielu chorych na „zrosty pooperacyjne" ma w istocie niesprostowane zagięcie krętnicy, które skutecznie leczy się zabiegiem krwawym. Przyznać wszakże należy, że rozpoznanie zagięcia krętnicy w tych razach jest niesłychanie trudne. Jak się przekonaliśmy sami, nawet badanie promieniami Roentgena przeważnie rozpoznania nie ułatwia. W ostatnich 5 latach operowaliśmy na zagięcie krętnicy 5 chorych, którzy poprzednio w innych oddziałach szpitalnych mieli usunięty wyrostek robaczkowy; we wszystkich przypadkach chorzy dzięki operacji uzyskali zdrowie.

Leczenie. Z tego, co było wyżej powiedziane o etjologji zagięć końcowego odcinka krętnicy, wyłania się sprawa za-

pobiegania temu cierpieniu. Skoro wiemy, że przyczyną zagięcia jest prawie zawsze zapalenie wyrostka robaczkowego, to sądzić należy, że usuwanie tego narządu jaknajwcześniejsze przy ostrem jego zapaleniu, zanim wystąpi miejscowe wysiękowe powodujące zrosty zapalenie otrzewnej, uchroni w wielu razach chorego przed zagięciem krętnicy. Jest to jeszcze jeden argument na korzyść wczesnego operowania każdego, choćby przebiegającego łagodnie, ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego. Należy poza tem przy każdej operacji na wyrostku unikać niedokładności i wad w technice, które mogą wpłynąć na powstanie przeginających krętnicę zrostów. Mamy tu na myśli delikatne obchodzenie się z jelitami, dokładne opanowanie krwawienia, zakapciuchowanie kikuta wyrostka, a zwłaszcza racjonalne drenowanie jamy brzusznej, gdzie zachodzi tego potrzeba. Nie ulega wątpliwości, że dreny gumowe sprzyjają powstawaniu wszelkiego rodzaju zrostów w stopniu znacznie mniejszym, niż sączki gazowe. Zawsze, z małemi wyjątkami, posługujemy się rurkami gumowemi, gdy po usunięciu wyrostka zmuszeni jesteśmy drenować brzuch. Jedyny przypadek mechanicznej niedrożności jelit po operacji ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego, jaki zdarzył się w naszym oddziale w ostatnich 5 latach, miał za przyczynę zrosty końcowego odcinka krętnicy powstałe właśnie po drenowaniu brzucha gazą; rozprucie rany i uwolnienie przegiętej pętli jelita krętego uratowało choremu życie. W niektórych przypadkach udaje się przeprowadzić dren w pewnej odległości od krętnicy. *Hawkes* nalega na to, aby dren leżał nazewnątrz katnicy a nie nawewnątrz niej i nie sprzyjał tworzeniu się zrostów jelita krętego. W wielu przypadkach zakładaliśmy dren nazewnątrz kątnicy albo za nią, wyprowadzając go poprzez specjalny otwór w powłokach okolicy lędźwiowej. Aby uniknąć zrostów i zagięć krętnicy radzą niektórzy usuwać całą krezeszkę wyrostka robaczkowego, zakażona bowiem krezeczka może stać się pośrednią przyczyną zrostów zaginających krętnicę.

W okresie pooperacyjnym zapobiega powstawaniu zrostów wczesne przywrócenie ruchu robaczkowego jelit. W tym celu wcześnie podajemy naszym chorym pokarmy, po 36 godzinach stosujemy pierwszą lawatywę, na 5-ty dzień chorzy nasi siadają, na 6 — 7 dzień po operacji nieraz już chodzą. W pierwszych dniach po operacji dostają belladonnę i ciepłe worki na brzuch.

Leczenie już powstałego i stwierdzonego zagięcia krętnicy może być tylko operacyjne. Dieta, djatermja, gimnastyka, szczepionkami, **różnemi środkami** farmakologicznemi, psychoterapją i innemi w tym celu stosowanemi sposobami rzadko tylko udaje się otrzymać pewną poprawę w stanie chorych na zagięcie krętnicy. Operacyjne sprostowanie zagięcia nie nastręcza zazwyczaj większych trudności. Po wydobyciu z rany ruchomych odcinków krętnicy sąsiadujących z zagięciem uwidacznia się ono znakomicie. Przecięcie błony względnie zrostów równolegle do długiej osi jelita uwalnia zagięte jelito kręte. Aby uniknąć uszkodzenia krezki chwytamy zrost szczypczykami Kochera, unosimy go i przecinamy; pod zrosty błoniaste najlepiej podprowadzić zgłębnik i na nim zrost przeciąć. Lepiej wykonać przecięcie zrostu w pewnej odległości od brzegu jelita (± I cm.), aby to ostatnie nie zostało przypadkiem skaleczone. Po przecięciu zrostu i podciągnięciu uwolnionej krętnicy ku górze wgłabiamy brak w otrzewnej krezki i krętnicy, szyjąc brzegi otrzewnej w kierunku przeciwnym do cięcia, t. j. poprzecznie w stosunku do długiej osi jelita. We wszystkich naszych przypadkach udawało się sprostować zagięcie krętnicy w ten łatwy sposób. Może się jednak zdarzyć, a w piśmiennictwie przypadki takie są notowane, że uwolnienie krętnicy powoduje tak wielkie braki w surowicówce krezki, że zwykłem zeszyciem opanować ich nie sposób. W takich razach najlepiej pokryć brak w otrzewnej wolnym płatem sieci *(Krief)*. Doświadczenia *Wojciechowskiego, Brocqa* i innych wykazały, że sieć jest najlepszym materjałem do pokrywania braków po wycięciu blizn, bliznowych błon i zrostów. Przeszczep sieciowy zatraca stopniowo charakterystyczne cechy sieci i upodabnia się do otaczającej otrzewnej. Jednak stosowanie przeszczepu sieciowego może mieć powodzenie tylko wtedy, gdy teren operacyjny jest bezwzględnie jałowy. Czasem więc, gdy zrosty są rozległe, a teren operacyjny zakażony, może zajść potrzeba wykonania zespolenia jelita cienkiego z kątnicą z ominięciem zagiętego odcinka krętnicy, którego drożność jest upośledzona *(Delore, Lardennois)*.

Wynik operacyjnego sprostowania zagięcia krętnicy, jeżeli chodzi o objawy bólowe, zaznacza się już w pierwszych dniach po zabiegu; pod tym względem, jak to sami mieliśmy możność wielokrotnie się przekonać, osiągamy zazwyczaj wyleczenie całkowite. Zaparcie jednak zwykle ustępuje dopiero w kilka tygodni albo miesięcy po operacji. Najpóźniej i najtrudniej cofają się t. zw. objawy toksyczne zależne od zastoju w jelitach, a zwłaszcza wtórnie spowodowane przez zastój schorzenia narządów odległych od krętnicy, jednak i pod tym względem wynik zabiegu bywa czasem nadspodziewanie pomyślny. *Bainbridge* i inni podali szereg przypadków, w których po sprostowaniu zagięcia krętnicy cofnęły się guzy tarczycy, zmiany zapalne przewlekłe gruczołów sutkowych i t. p.; najczęściej wszakże, aby przywrócić choremu zdrowie wypada jeszcze przez długie miesiące stosować środki lecznicze z grupy dietetycznej, farmakologicznej albo też fizykalno-terapeutycznej *(Trémolières, Marceau)*.

Wnioski:

1) Zagięcie końcowego odcinka jelita krętego jest sprawą częstą, powodującą liczne dolegliwości i groźne następstwa; z powyższych względów należałoby je wydzielić dla celów praktycznych z obszernej grupy zmian zrostowych okolicy kątniczo-krętniczej w odrębną postać chorobową.

2) Przyczyną zagięcia końcowego odcinka krętnicy jest prawie zawsze zapalenie wyrostka robaczkowego.

3) Brak prawie zupełny cech klinicznych właściwych zagięciu końcowego odcinka krętnicy i wyróżniających je z pośród innych zmian chorobowych, wymaga brania pod uwagę tej sprawy przy rozpoznawaniu wszelkich cierpień narządów jamy brzusznej.

4) Wobec tego, że zagięcie końcowego odcinka krętnicy towarzyszy często zapaleniu wyrostka robaczkowego, należy przy każdej operacji wyrostka robaczkowego sprawdzać stan ostatniej pętli jelita krętego.

WŁ. OSTROWSKI.

COUDURE D'ILÉON TERMINAL — ENTITÉ PATHOLOGIQUE.

Resumé.

L'auteur après avoir discuté en détail en se basant sur la littérature et sur sa propre experience (132 cas), la coudure de l'iléon terminal, en arrive aux conclusions suivantes:

1) La coudure de l'iléon terminal est très frequente, elle provoque de nombreuses affections et entraine des consequences graves; c'est pourquoi, pour des raisons pratiques il conviendrait de les éliminer du groupe immense des synéchies viscérales de la région de l'iléon terminal et la considérer comme une forme de maladie particulière.

2) La cause de la coudure de l'iléon terminal est presque toujours l'appendicite.

3) Le manque presque complet d indices cliniques relatifs à la coudure de l'iléon terminal, les distinguant des autres modifications pathologiques, doit faire prendre en considération cette question dans le diagnostic de toutes les affections des organes de la cavité abdominale.

4) Etant donné que la coudure de l'iléon terminal est accompagnée souvent de l'appendicite, pour chaque l'opération de l'appendicite il faut en conséquence vérifier l'état de l'anse terminale de l'iléon.

Piśmiennictwo.

1) *Bainbridge.* Adhérences abdominales. Bull S-té chir. Paris. T. 20, № 12, s. 609. 1928.
2) *Bérard, Vignard.* L'appendicite. Paris 1914.
3) *Brocq, Ducastaing, Reilly.* La greffe épiploique libre. Journ. Chir. T. 20, s. 358. 1922.
4) *Brüning.* Die Lehre vom Bauchschmerz. Klin. Woch. № 17, s. 710. 1924.
5) *Byszewski.* O zagięciu Lane'a. Polsk. Przegl. Chir. T. 6. z. 2, s. 347. 1927.
6) *Chifolian, Dujarier, Mathieu.* Les occlusions intestinales après opérations pour appendicite aigue. Pr. M. № 50, s. 791. 1927.
7) *Connel.* Etiology de la coudure de Lane. Journ. Chir. T. 10, s. 745. 1913.
Med. № 91, s. 955. 1923.
8) *Delbet.* A propos de la maladie de Lane. Pr.
9) *Delbet, Pouchet.* Considerations sur la maladie de Lane, Pr. Med. № 29, s. 339. 1923.
10) *Delore, Alamartine.* A propos de deux cas de stenoses sus-coecales. Journ. Chir. T. 9, s. 80. 1912.
11) *Descomps.* Un cas d'occlusion par bride iléale de Lane, Pr. Med. № 42, s. 701. 1925.
12) *Duroselle.* Pericolites et appendicite chron. Pr. Med. № 25, s. 250. 1920.
13) *Fiolle, Hayem.* Occlusion intestinale par adhérence du grêle au moignon appendiculaire non enfoui. Bull. S-té nation Chir. № 20, s. 813. 1928.
14) *Flint.* Bandes et membranes embryonnaires autour du coecum Journ. Chir. T. 9, s. 797. 1912.
15) *Foucault.* Occlusions intestinales et coudures iléales Journ. Chir. T. 24, s. 797. 1924.
16) *Gaston-Durand, Delhorm.* La diathermo-thérapie dans le syndrôme „pericolite droite". Pr. Med. № 6, s. 93. 1929.

17) *Gibson.* The results of operations for chronic. appendicitis. The amer. journ. of. the med. sciences, T. 168, № 6, s. 807. 1924.
18) *Glatzel.* Zbliznowacenie krezki. Polsk. Przegl. Chir. T. 2, z. 4. s. 349. 1923.
19) *Gosset, Gutmann, Jahiel.* De la douleur dans les adhérences post-opératoires. Pr. Med. № 21, s. 339. 1929.
20) *Harrigan.* Occlusion intestinale aiguë après appendicectomie, Pr. Med. № 52, s. 528. 1919.
21) *Hawkes.* The prevention of intestinal obstruction following operation for appendicitis. Annals of Surgery. T. 49, s. 192. 1909.
22) *Isaacs.* Peri-entérite membraneuse. Journ. Chir. T. 10, s. 82. 1913.
23) *Jackson.* Adhérences intestinales et ptoses. Journ. Chir. T. 9, s. 635. 1912.
24) *Jordan.* The duodenum and the appendix in intestinal stasis Brit. Med. Journ. T. 1, s. 1225. 1912.
25) *Kelly, Hurdon.* The vermiform appendix and its diseases. Philadelphia and London, 1905.
26) *Mc. Kinlay.* Hypertrophy of the distal portion of the ileum Lancet, T. 1, № 5502, s. 282. 1929.
27) *Krajewski.* Epityphlitis. Przegl. Chir. T. 5, zesz. 1 i 2. 1902.
28) *Krief.* Les péricolites droites chron. Paris. 1928.
29) *Lane.* Chronic intestinal stasis. Brit. Med. Journ. T. 1, s. 989. 1912.
30) *Lane.* La distension du duodenum dans la stase intestinale chron. Pr. Med. № 34, s. 351. 1911.
31) *Lardennois.* Les péricolites chron. Journ. Chir. T. 31, s. 127. 1928.
32) *Laroche.* Les appendicites chron. Pr. Med. № 14, s. 213. 1928.
33) *Lenormant.* Les occlusions intestinales d'origine appendiculaire. Pr. Med. № 50, s. 534. 1911.
34) *Leveuf.* Pericolites chron. Pr. Med. № 30, s. 470. 1928.
35) *Łążyński.* Z dziedziny powikłań zapal. wyr. robaczk. Przegl. Lek. s. 541. 1909.
36) *Maisonnet, Alglave, Lardennois.* Occlusion intestinale, consecutive a une appendicectomie d'urgence. Bull. S-té nat. Chir. № 20, s. 816. 1928.
37. *Mathieu.* Le clapotage et la matité déclive dans l'occlusion incomplète de l'intestin. Journ. Chir. T. 1, s. 498. 1908.
38) *Martel.* A propos des occlusions intestinales post-appendiculaires. Bull. S-té nat. Chir. № 22, s. 898. 1928.
39) *Martius.* Ueber die postoperativen Bauchfellverwachsungen Münch. Med. Woch. T. 69, № 9, s. 299. 1922.
40) *Mayo.* Obstruction intestinale par coudure et adhérences de la portion terminale de l'ileon. Pr. Med. № 34, s. 350. 1911.
41) *Okińczyc.* Occlusion intestinale au cours d'une periviscerite adhésive. Pr. Med. № 21, s. 343. 1929.
42) *Okińczyc.* Occlusion intestinale post-appendiculaire. Pr. Med. № 101. s. 1541. 1927.
43) *Pauchet.* Maladie de Lane. Prat. Chir. Illust. F. 1, s. 153. 1924.
44) *Pauchet.* Ulcère gastrique et maladie de Lane. Prat. Chir. Illust. F. 1, s. 271. 1924.
45) *Pauchet.* Stase intestinale chron. Pr. Med. № 17, s. s. 151. 1919.
46) *Pauchet.* Traitement des coudures intestinales. Pr. Med. Nr. 95, s. 970. 1912.
47) *Peiser.* L'étranglement interne par torsion autour de l'axe de l'intestin. Journ. Chir. T. 1, s. 163. 1908.
48) *Rayner.* Acute appendicitis and intestinal obstruction Brit. Med. Journ. T. 1, s. 855. 1924.
49) *Rubaszew.* Appendicit. Mińsk. 1928.
50) *Sawicki.* Powikłania po operacjach, spowod. zapal. wyr. robaczk. Polsk. Przegl. Chir. T. 5. z. 2. s. 3. 1926.
51) *Smith.* Przewlekłe zapal. wyr. robaczk. Polsk. Przegląd Chir. T. 8. s. 210. 1929.
52) *Spehl.* Occlusion intestinale et sphacèle par bride mésénterique. Pr. Med. № 97, s. 1482. 1927.
53) *Trémolières, Marceau.* Péri-entero-colites. Pr. Med. № 93, s. 1489. 1928.
54) *Udaondo.* Les mésénterites sclérosantes et retractiles. Journ. Chir. T. 35, s. 570. 1930.
55) *Wojciechowski.* Badania doświadczalne nad przeszczep. woln. płat. sieci. Polsk. Przegl. Chir. T. 3, s. 286. 1924.

OPOZONES LUMIERE
ORGANOPREPARATY

przygotowane specjalną metodą, polegającą na wiązaniu płynów gruczołu w kompleksy krystaliczne, przy pomocy obojętnych związków chemicznych bez ogrzewania, co zapewnia Opozonom zachowanie wszystkich czynnych składników świeżego gruczołu w stanie niezmienionym a zatem najwyższą aktywność.

KONSERWACJA NIEOGRANICZONA: otoczka glutenowa zabezpiecza czynną substancję od wszelkich wpływów zewnętrznych.

SPOSÓB UŻYCIA nader wygodny i przyjemny (małe tabletki bez smaku i zapachu).

NAJEKONOMICZNIEJSZA organoterapja dla chorych.

CHOROBY WEWNĘTRZNE I ZAKAZ KOFEINY.

(WYCIĄGI Z PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO).

STRAUS H. (Profesor, dyrektor oddziału wewnętrznego szpitala w Berlinie).

Wykłady o leczeniu dietetycznem chorób wewnętrznych. Wydanie S. Karger-Berlin, 1922.

Str. 17: Jako środek pobudzający wchodzi w rachubę również i kawa. W licznym jednak szeregu przypadków (u chorych żołądkowych, nerwowych i sercowych) kofeina wywołuje tyle objawów ujemnych, że znaczenie kawy przy odżywianiu chorych może być jedynie bardzo ograniczone. Dla większości chorych wskazane są raczej napoje mniej drażniące, jak np. lekka herbata lub kawa o małej zawartości kofeiny.

Str. 38: Przy niedokwaśności można pobudzić wydzielanie żołądkowe pomiędzy innemi również i bezkofeinową kawą.

Str. 164: Odnośnie do leczenia dietetycznego zapalenia nerek autor jest zdania, że kawę i herbatę można spożywać jedynie w ilościach umiarkowanych.

Str. 188: U chorych na dnę należy znacznie ograniczyć spożywanie kawy, herbaty i kakao. Odpowiedniejszą jest bezkofeinowa kawa.

Str. 307: Przy ustalaniu diety ludzi starych należy odnośnie do kawy, herbaty i tytoniu uwzględniać dotychczasowe przyzwyczajenia i indywidualną tolerancję, powinno się jednak dbać równocześnie o umiar, zwłaszcza u osobników z nadciśnieniem tętniczem i zaburzeniami sercowemi.

BARDIEU E. P., Duchène i A. Stillmunkès.
Układ współczulny i cukromocz kofeinowy.
Compt. rend. d. séances de la soc. de biol. 1922, tom 86, str. 4.

Cukromocz po kofeinie zależy od silnego pobudzenia ośrodkowego, działającego na układ współczulny, podobnie jak „Piqûre".

TRAUGOTT Ryszard. — Bezsenność nerwowa i jej leczenie.
Lipsk: Kurt Kabitzsch, 1923.

Pośród powodów nerwowych zaburzeń snu autor zwraca uwagę, zwłaszcza na nadużywanie kawy, herbaty i nikotyny. Nerwowe zaburzenia czynności serca, powstające na tem samem tle co i bezsenność, pogarszają ją jeszcze bardziej.

W przypadku zakazu kofeiny, bezkofeinowa kawa Hag nadaje się znakomicie dla przeprowadzenia przepisu lekarskiego, gdyż nie zmusza chorego do zmiany jego przyzwyczajeń życiowych.

Próby i literaturę wysyła na żądanie bezpłatnie firma Kawa Hag T. z o. p., Gdańsk i Warszawa, Marszałkowska 149.

S T R E S Z C Z E Ń I A

CHOROBY WEWNĘTRZNE

Epilog katastrofy w Lubece. (Epilogue de la catastrophe de Lubeck). A. C a l m e t t e.
Presse Méd. № 2, r. 1931.

Autor przedstawia w krótkości wyniki badań ekspertów w sprawie szczepienia dzieci zapomocą rzekomej wakcyny BCG w Lubece gdzie z 251 dzieci 67 dzieci zmarło. Badania urzędowych ekspertów niemieckich wykazały, że w pracowni bakterjologicznej w Lubece, pozostającej pod kierunkiem prof. *Deycke*, kultury szczepu BCG zostały zanieczyszczone kulturami jadowitego szczepu prątków gruźliczych ludzkich, i w ten sposób przyrządzona emulsja była rozesłana celem dokonania ochronnego szczepienia dzieci.

Autor przestrzega przed wyprowadzeniem zbyt daleko idących wniosków z powyższego wypadku i podkreśla, że chodzi tu wprawdzie o straszną pomyłkę, z rodzaju tych jednak, które mogą się zdarzyć w każdej aptece. Następnie autor podkreśla, że szczepy BCG są przez niego i jego współpracowników hodowane i trzymane w specjalnym oddziele Instytutu Pasteura, dokąd nikt obcy nie ma wstępu i gdzie bezwzględnie nie prowadzi się żadnych hodowli drobnoustrojów, w szczególności zaś żadnych innych szczepów prątków gruźliczych. Temu należy zawdzięczać, że szczepy BCG, rozsyłane przez autora, dają pełną gwarancję pewności i nie dały nigdy żadnej przyczyny do skarg.

Wracając do sprawy lubeckiej autor podkreśla, jak trudne były badania wobec tego, że personel Zakładu bakterjologicznego w Lubece natychmiast po ujawnieniu omyłki zniszczył wszystkie zapasy wakcyny. Dochodzenia w Lubece wykazały, że z 251 dzieci, którym podano wakcynę, 2 dzieci zmarło z innej przyczyny, nie mniej śmiertelność ogólna wynosi 22,1%. Okazało się też, że obok dzieci zmarłych wskutek zarażenia gruźlicą, część dzieci zachorowała, inna natomiast część (72 dzieci) nie zachorowała zupełnie. Udowodniono też, że wakcyny używane w poszczególnych dniach posiadały różną jadowitość, a wszystkie te fakta przemawiają za tem, że nie wszystkie edycje wakcyny były zanieczyszczone żywymi prątkami gruźlicy ludzkiej.

Komisja ekspertów wykazała ponad wszelką wątpliwość, że do kultury BCG (t. j. do osłabionej, lecz żywej kultury prątków gruźliczych szczepu bydlęcego) przez nierozwagę i nieostrożność dodano żywą kulturę jadowitych prątków gruźliczych typu ludzkiego. Udało się też stwierdzić, że ten ostatni szczep pochodzi z pracowni *Brunona Lange*, i został przysłany swego czasu do Kilonji a stamtąd istotnie został, na żądanie *Deycke'go*, przysłany z Kilonji do Lubeki. Ponieważ ta kultura odznaczała się jadowitością niestałą i niezbyt znaczną, tem przeto należy tłumaczyć, że znaczna część niemowląt zachorowała wprawdzie, lecz nie wszystkie zmarły. Rzecz najważniejsza jednak polega na tem, że badania ekspertów wykazały, iż kultura BCG w żadnych badaniach i doświadczeniach nie odzyskała swych pierwotnych właściwości jadowitych prątków gruźliczych typu bydlęcego, ani też nie przeszła w typ gruźlicy jadowitej, ludzkiej.

Autor podkreśla, że te wypadki potwierdzają raz jeszcze konieczność zachowania ostrożności w hodowli i przyrządzaniu wakcyny BCG, jak i wszystkich innych wakcyn drobnoustrojowych, dla tego też wytwarzanie wakcyn BCG powinno być powierzane możliwie nielicznym pracowniom, pozostającym pod kierunkiem doświadczonych specjalistów i pod ścisłą kontrolą państwa.

Kwasice hypoglykemiczne. (Les acidoses hypoglycémiques). G. M a r a n o n.
Presse Méd. № 103, r. 1930.

Autor podkreśla, że obok grupy kwasicy hyperglykemicznej (w cukrzycy), znanej wszystkim lekarzom, istnieje grupa kwasicy hypoglykemicznej. Przyczyną bowiem kwasicy jest brak spalania się cukru w ustroju. I w ustroju cukrzycowym, mimo obfitości a nawet nadmiaru cukru krążącego we krwi, cukier nie spala się, przez co ten stan jest podobny do tych stanów, w których brak jest cukru krążącego bądźto wskutek niedostatecznego dowozu węglowodanów (nieodpowiednia djeta, głodzenie się) bądź też w pewnych stanach patologicznych, które wyraźnie zmniejszają zapasy węglowodanów w ustroju.

Ni odpowiednie odżywianie u dorosłych ludzi z d r o w y c h nie wywołuje kwasicy dla tego, że ustrój tych ludzi posiada liczne możności zapobieżenia zaburzeniom równowagi zasadowo-kwasowej, natomiast dzieci wykazują pod tym względem znacznie większą wrażliwość. W stanach wynędznienia, wskutek wyczerpania zapasów węglowodanów dochodzi do powstania kwasicy, lecz i w tym przypadku ustrój zdrowy znosi ją względnie dobrze, nie mniej jednak można tu nieraz stwierdzić niedocukrzenie krwi. Oczywiście nie należy zapominać, że w pewnych przypadkach, mimo wynędznienia, wywołanego niedożywieniem, mamy do czynienia z alkalozą a nie z kwasicą. Jako przykład można tu przytoczyć przeszkody w górnych odcinkach przewodu pokarmowego (niewyrównane zwężenie odźwiernika); w tych przypadkach jednak dochodzi do objawów tężyczki, być może drogą przez gruczoły przytarczyczne. Tłumaczenie to jest szczególnie nęcące, gdyż autor wykazał w tych przypadkach istnienie glykogenu w wątrobie i to wbrew wszelkim przewidywaniom; nie należy jednak zapominać, że gruczoły przytarczyczne wywierają wpływ na przemianę węglowodanową w sposób podobny do trzustki.

Największą jednak grupę kwasicy hypoglykemicznej tworzą te stany chorobowe, w których dochodzi do wyczerpania zapasów glykogenu. Przedewszystkiem autor omawia tutaj kwasicę w przebiegu choroby A d d i s o n a, którą można pogorszyć zapomocą wstrzykiwania insuliny. Następnie wymienia kwasicę w przebiegu c i ą ż y, która według autora należy również do grupy kwasic hypoglykemicznych; w jednym przypadku takiej kwasicy, w której prawdopodobnie doszło do zupełnego wyczerpania glykogenu, wstrzykiwanie insuliny pogarszało stan zakwaszenia. Także i kwasice p o o p e r a c y j n e mogą być tłumaczone w powyższy sposób wskutek wpływu bądźto znieczulenia ogólnego, bądź też wstrząsu operacyjnego na komórkę wątrobową, która traci możność nagromadzenia a może utrzymania glykogenu, bądź wreszcie wskutek nieodpowiedniego odżywiania się przed operacją. Dodatnie wyniki, jakie w tych przypadkach otrzymuje się po wstrzyknięciu insuliny nie zaprzeczają powyższemu przekonaniu, gdyż w tych przypadkach właśnie, obok insuliny, podajemy i cukier. Sama insulina, według autora, niewątpliwie zwiększyłaby tylko kwasicę.

W przebiegu chorób w ą t r o b y spotykamy również kwasicę, aczkolwiek nie wszystkie schorzenia wątroby ją wywołują. Według autora warunkiem powstania kwasicy w tych przypadkach jest niezdolność komórek wątrobowych do zatrzymania glykogenu. W tych to przypadkach skutecznie działa podawanie cukru, ujemnie zaś (w kierunku zwiększenia kwasicy) wstrzykiwanie samej insuliny.

Podobnie i u dzieci, które cierpią na wymioty połączone z a c e t o n u r j ą można wykazać kwasicę, w której powstaniu niewątpliwie gra rolę, obok czynnika wewnątrz-pochodnego, także i sposób odżywania, ubogi w węglowodany.

Moros i inni autorowie wykazali, że w stanach n a d c z y n n o ś c i t a r c z y c y istnieje również skłonność do powstania kwasicy. W tych przypadkach można było też stwierdzić znaczne zmniejszenie się lub nawet znikanie glykogenu w wątrobie. Autor sądzi, że w tych stanach chorobowych hyperglykemja a nawet glykosurja nie stoi w sprzeczności z tezą autora, jak to poniżej wykazuję na przypadkach cukrzycowych.

U ludzi zdrowych podawanie insuliny wywołuje, obok hypoglykemji, także i kwasicę.

W przypadkach c u k r z y c y z kwasicą, połączoną z hyperglykemją autor tłumaczy powstawanie kwasicy niemożnością wykorzystania cukru przez ustrój. Własne doświadczenie autora, jako też i innych badaczów, wskazuje na to, że podawanie insuliny w tych właśnie przypadkach początkowo zmniejsza a następnie wzmaga stopień kwasicy z chwilą, gdy poziom cukru we krwi zbytnio się obniży. W powyższym przykładzie kwasica początkowo powstała wskutek niemożności wykorzystania cukru krążącego, później zaś z powodu prawdziwego braku cukru. Podanie cukru w drugim okresie, obok insuliny, zmniejsza stopień zakwaszenia, względnie nawet całkowicie kwasicę usuwa.

W końcu swej pracy autor sądzi, że zespół objawów spotykany przy hypoglykemji należałoby raczej — wobec powyższych rozważań nad wpływem hypoglykemji na powstawanie kwasicy — nazywać zespołem hyper-insulinowym. Z tych rozważań można też wysnuć wniosek, że przeciwkwasicowe właściwości insuliny występują na jaw tylko w pewnych warunkach a mianowicie wówczas, gdy istnieje hyperglykemja. Natomiast w przypadkach kwasicy, istniejącej bez hyperglykemji a zwłaszcza, gdy należy podejrzywać zmniejszenie się lub wyczerpanie glykogenu w wątrobie, nie mówiąc już o niedocukrzeniu krwi. — tam należy podawać raczej same węglowodany (a zwłaszcza cukier gronowy). W każdym razie przy podawaniu insuliny w tych przypadkach należy bezwarunkowo podawać równocześnie duże dawki węglowodanów, o ile chcemy uniknąć zwiększenia stopnia kwasicy.

Szmer żylny, słyszalny koło wyrostka mieczykowatego i marskość wątroby typu Cruveilhier-Baumgarten. (Le souffle veineux paraxyphoidien et la cirrhose de Cruveilhier - Baumgarten). P. F o n t a n e l i R. P u i g.
Journ. de Méd. № 266, r. 1931.

Pod nazwą marskości wątroby typu *Cruveilhier - Baumgarten* rozumiemy tę postać schorzenia, w której obok marskości wątroby, można stwierdzić istnienie szmeru żylnego, słyszalnego w okolicy między pępkiem a wyrostkiem mieczykowatym mostka. Miejsce to odpowiada znacznemu rozszerzeniu dodatkowych, uzupełniających dróg żylnych, odchodzących od żyły bramnej. Od czasu *Cruveilhier'a* (1829) do roku 1910 przypadki tej postaci marskości wątroby były rzadkie, gdyż liczba obserwacji w tym kierunku dochodzi zaledwo do 7-miu. *Fiessinger i Michaux* podają 13 przypadków do roku 1930. Autor podaje, że ten, charakterystyczny dla marskości wątroby typu Cruveilhier - Baumgarten, objaw opisywany był jednak znacznie częściej i ponieważ ten objaw nie przedstawia żadnej cechy swoistej, dającej podstawę dla odróżnienia szczególnego typu marskości wątroby, przeto należałoby ten objaw opisywać oddzielnie, nie łącząc go tak ściśle z marskością wątroby.

Objaw *Cruveilhier - Baumgarten'a* opisywany był przez szereg autorów, szczególniej zaś przez *Bambergera* a następnie przez *Trousseau*. Z badań anatomo - patologicznych należy podnieść, że *Sappey* zbadał dokładnie przypadek *Trousseau'a* i wykrył, że przyczyną powstawania omawianego szmeru żylnego są znacznie rozszerzone żyły, istniejące w ligamentum suspensorium hepatis. Tak więc ten autor rozszerzeniu żył okołopępkowych i innym przypisuje powstanie objawu *Cruveilhier - Baumgarten'a*. Natomiast badania *Baumgarten'a* wykazały, że sama żyła pępkowa bywa bardzo często drożną a mianowicie 55 razy na 60 badanych przypadków i to na długość 6 — 10 cm. w części zbliżonej do wątroby.

Omawiany objaw stwierdzano w rozmaitych przypadkach marskości wątroby a nawet i w chorobie Banti'ego. Sama wątroba była w różnych przypadkach bądźto zwiększona, bądź też zmniejszona; śledziona natomiast zawsze jest powiększona. W roku 1924, *Akil Mouktar* przedstawił przypadek szmeru żylnego *Cruveilhier-Baumgarten'a*, którego przyczyną była marskość wątro-

by, pochodzenia zimniczego z powikłaniem pod postacią pylephlebitis.

Villaret i *Besançon* w roku 1928 uważają marskość wątroby typu *Cruveilhier - Baumgarten'a* za marskość typu Laënnec'a, z równoczesnem znacznem powiększeniem śledziony. W tej postaci krążenie uboczne idzie przeważnie przez żyłę pępkową lub przez rozszerzoną żyłę około pępkową; tutaj też rzadko spotyka się krwotoki do przewodu pokarmowego i obrzęki nóg.

Autorowie przedstawia następującą historję choroby: chora lat 35-ciu zauważyła, że od pewnego czasu traci siły oraz chudnie, a niedługo potem pojawiła się żółtaczka z przejściowem odbarwieniem stolców. Po miesiącu tegoż stanu brzuch chorej zaczął się powiększać z powodu nagromadzania się płynu a od czasu do czasu pojawiała się gorączka. Wstrzyknięcie neptalu wywołało znaczną diurezę (7 litrów moczu w przeciągu 12-tu godzin), poczem pojawiła się gorączka na parę dni. Po następnych kilku dniach badanie chorej wykazało nieznaczną ilość płynu w jamie brzusznej, niewielką i twardą wątrobę, niebolesną na dotyk oraz dużą śledzionę. Płuca i serce bez zmian, badanie krwi wykazało neutrofilozę; badanie moczu: barwiki żółciowe. W ciągu sześciu tygodni stan chorej się pogorszył, gorączka dochodziła do 40° C. płyn w jamie brzusznej znowu się nagromadził, pojawiły się krwawienia z dziąseł oraz zapalne ognisko w dole płuca prawego. W tym ciężkim stanie chorej stwierdzono objaw *Cruveilhier-Baumgarten'a* nad znacznie rozszerzoną widoczną w powłokach brzusznych, żyłą, biegnącą od pępka ku wyrostkowi mieczykowatemu. W ciągu dwóch miesięcy leczenia przeciwzakaźnego i podawania wyciągów wątroby wołu stan chorej poprawił się, gorączka ustąpiła, siły częściowo wróciły, lecz żółtaczka trwa nadal, choć w niewielkim stopniu. Diureza dość znaczna a w ostatnim czasie pojawił się krwotok jelitowy; krwawienia z dziąseł znikły. Płyn w jamie brzusznej jest w niewielkiej ilości, lecz w międzyczasie kilkakrotnie wstrzykiwano neptal, który za każdym razem wywoływał dość znaczną diurezę. Krążenie uboczne nie jest znaczne, lecz żyła, o której wyżej była mowa, jest zawsze wyraźna a w okolicy wyrostka mieczykowatego, nad nią, słyszać ciągle szmer szorstki i wyraźny o muzycznym charakterze, lecz bez trylu. Po dwóch miesiącach stan chorej stale się pogarszał i wśród objawów śpiączkowych chora zmarła. Cała choroba trwała 6 miesięcy. Sekcji dokonać nie było można.

Autorowie zajmują się w swej pracy dokładnie istotą szmeru słyszalnego w okolicy wyrostka mieczykowatego, któryto objaw łączy rozmaite stany chorobowe wątroby w zespół zwany dotychczas marskością wątroby typu *Cruveilhier-Baumgarten*. Szmer ten posiada charakter szmerów żylnych, anemicznych, słyszalnych nad żyłą szyjną. Jest on zawsze silny aczkolwiek niejednolity, może być skurczowy albo rozkurczowy i nieraz zmienia swe natężenie, zależnie od faz oddechowych. Umiejscowienie tego szmeru nie da się ściśle oznaczyć a występuje zawsze w okolicy wyrostka mieczykowatego. Można go stwierdzać także i powyżej wyrostka mieczykowatego. W przypadku autorów największe natężenie stwierdzano w miejscu, gdzie żyła znikała, nieco na prawo i pod wyrostkiem mieczykowatym. Ucisk stetoskopem powoduje znikanie szmeru. W znacznej liczbie przypadków szmerowi towarzyszy tryl, wyczuwalny także ręką.

Objaw *Cruveilhier-Baumgartena* stwierdzono dotychczas tylko w marskości wątroby, aczkolwiek w rozmaitych postaciach anatomo-patologicznych. Wielkość wątroby w obserwowanych przypadkach była rozmaita, obok znacznego powiększenia stwierdzano też zmniejszenie się wątroby. Natomiast śledziona zazwyczaj jest duża, wyjątkowo tylko, jak w przypadku *Fiessienger'a* ważyła zaledwie 140 gr. Żółtaczka występuje rzadko (w przypadku autorów żółtaczka istniała), natomiast płyn w jamie brzusznej występuje z reguły. Podobnie stale stwierdzano istnienie krążenia ubocznego, które nieraz było znaczne i widoczne dla oka, niekiedy zaś niewidoczne i stwierdzalne tylko obmacywaniem. Niedomogę czynnościową wątroby można było stale wykazać.

Reasumując powyższe dane autorowie dochodzą do wniosku, że objaw *Cruveilhier-Baumgarten'a* nie pozwala na wyodrębnianie specjalnego typu marskości wątroby, gdyż jest to tylko objaw związany ze szczególnymi warunkami anatomicznymi i fizjologicznymi przewlekłych zapaleń wątroby i marskości wątroby rozmaitego typu.

Omawiany objaw nie powstaje w każdym razie z powodu aneurysma arteriovenosum. Autorowie powtarzają przytoczone wyżej badania *Sappey'a* i *Baumgarten'a* i dochodzą do wniosku, że przez te rozszerzone naczynia przepływa krew pod wzmożonem ciśnieniem wskutek utrudnionego krążenia w wątrobie. Skoro krew przepływa z odpowiednio dużą szybkością wówczas tworzą się warunki dla powstania szmeru. Wspomniano już powyżej, że te rozszerzone żyły nie muszą być widoczne. Oczywiście nie chodzi tu o szmer, który powstaje wskutek ucisku stetoskopem na naczynie, zresztą przy ucisku szmer ten najczęściej znika, gdyż ściany naczyń żylnych są bardzo podatne. Wreszcie autorowie wyrażają przypuszczenie, że w pewnych przypadkach, dla których powyższe tłumaczenie jest niewystarczające, omawiany objaw może powstać w rozszerzonych naczyniach żylnych, głęboko położonych. Być też może, że jakość krwi, a zwłaszcza niedokrewność, odgrywa rolę w powstawaniu objawu *Cruveilhier-Baumgarten'a*.

Wpływ znacznego wysiłku mięśniowego na obraz białych ciałek krwi. (De l'influence d'un effort musculaire intense sur l'image blanche du sang périphérique). H. G o u n e l l e i J. W a r t e r.

Arch. des maladies du coeur. Nr. 12.

Autorowie badali u 15-tu osobników młodych, wyćwiczonych i niewyćwiczonych, wpływ wysiłku mięśniowego na obraz białych ciałek krwi. Wysiłek polegał na przebiegnięciu około 2 klm., a krew badano przed wysiłkiem, natychmiast po wysiłku oraz w pół godziny później. Badania te wykazały, że po wysiłku można było zawsze stwierdzić zwiększenie się ogólnej ilości ciałek białych krwi, szczególniej zaś limfocytów i monocytów. To zwiększenie zależy od wyćwiczenia danego osobnika. U osób wyćwiczonych zwiększenie jest mniejsze. Rola śledziony jest niewątpliwa w tym odczynie, ale nie wyłączna. Jako wniosek praktyczny podnoszą

autorowie konieczność odpoczynku chorych przed pobieraniem krwi do badań nad jej morfologją.

Aortitis abdominalis. (Aortite abdominale). L. R a m o n d.

Paris médical. Nr. 2. r. 1931.

O ile zapalenie tętnicy brzusznej było oddawna znane ze stanowiska anatomo-patologicznego, o tyle wyodrębnienie zespołu klinicznego tego schorzenia zawdzięczamy dopiero *Potain'owi* w roku 1898 oraz *Teissier'owi* w r. 1908. Od tego czasu ukazały się liczne prace, ogłoszone bądźto we Francji, bądź też w innych krajach, w których to pracach znajdują się rozmaite szczegóły, dotyczące powyższego schorzenia. W niniejszej pracy, zawierającej całokształt powyższego schorzenia, autor opierał się głównie na pracach wspomnianych badaczów.

Właściwy temat poprzedza krótka historja choroby. Chora lat 80-ciu, która cierpi od 18-tu miesięcy na silne napady bólów w jamie brzusznej i klatce piersiowej. Bóle te powstają w nadbrzuszu i promieniują ku klatce piersiowej i ramionom. Podczas bólów chora zachowuje się niespokojnie, kładzie się, wstaje, chodzi i t. d. Ruch nie wzmaga bólów, które trwają pół godziny, godzinę, rzadko dwie godziny. Bóle te zwolna ustępują a czasem pod koniec pojawiają się wymioty, częściowo pokarmowe, częściowo zaś tylko treścią żołądkową o smaku gorzkim, które nie przynoszą żadnej ulgi chorej. Bóle występują nagle, bez żadnej widocznej przyczyny i bez żadnej wyraźnej zależności a powtarzają się po upływie różnych okresów czasu. W przerwach między napadami chora czuje się zupełnie dobrze, wyjąwszy lekkie uczucie bolesności w nadbrzuszu. W wywiadach chora podaje, że od 20-go roku życia często odczuwała palenie w żołądku i kurcze żołądkowe, ale nigdy nie wymiotowała. Przed 7-miu laty miała typowe bóle dusznicy bolesnej, które od dwóch lat zupełnie nie pojawiają się. Przed 6-ciu laty odczuwała rozmaite sensacje w palcach u rąk a przed 4-ema laty cierpiała na chromanie przestankowe. Od dwóch lat wyżej wspomniane cierpienia nie wystąpiły. Badanie fizykalne wykazuje w jamie brzusznej tętnicę brzuszną rozszerzoną, wydłużoną i nieco zagiętą. Inne narządy jamy brzusznej nie wykazują żadnych odchyleń od stanu prawidłowego. Również tętnice obwodowe są twarde i pokręcone a badanie wskaźnika oscylometrycznego wykazuje albo brak wahań, lub tylko minimalne wahania igły w przyrządzie Pachon'a. Wszystko to wskazuje na sprawę chorobową, toczącą się w naczyniach obwodowych oraz w dużych pniach tętniczych. Dodatkowe badania nie przynoszą żadnych szczegółów mogących mieć znaczenie.

W rozpoznaniu różniczkowem autor wyklucza po kolei rozmaite cierpienia przewodu pokarmowego, szczególnie zaś: kamicę żółciową, choroby żołądka, a zwłaszcza wrzód żołądka i dwunastnicy, jak i raka żołądka. Za schorzeniem naczyniowem przemawiają, między innymi, napady dusznicy bolesnej, na której chora cierpiała przed paru laty.

Następnie autor przystępuje do opisu:

Objawów aortitis abdominalis.

I. Objawy czynnościowe.

Do objawów czynnościowych należą przedewszystkiem bóle, które są umiejscowione w nadbrzuszu i promieniują ku dołowi, wzdłuż tętnic biodrowych oraz ku górze w stronę klatki piersiowej. Bóle te są napadowe i występują tak po wysiłku, jak i samoistnie. Bólom po wysiłku *(angina abdominalis)* towarzyszy obawa śmierci, bladość skóry, chory boi się ruszyć, a w okresie ustępowania zjawiają się nudności i wymioty. W czasie trwania bólów może nastąpić śmierć. Bóle *samoistne* mają charakter palenia lub kurczów, które promieniują także wzdłuż tętnicy. Niekiedy towarzyszą im też bóle kręgosłupa. Bóle samoistne wywołują niepokój u chorego, który szuka sobie odpowiedniej pozycji. Te napady mogą trwać od paru minut do paru dni, a ustępują nieraz dość nagle.

Zaburzenia żołądkowo-jelitowe występują zawsze w okresie napadów bólowych i powtarzają się przy każdym napadzie w ten sam sposób u danego chorego. Ze strony żołądka stwierdzamy nudności, wymioty pokarmami lub śluzem, rzadziej odbijania a bardzo rzadko wymioty krwawe. Czasem stwierdza się nadkwasotę, innym razem niedokwaśność żołądka. Ze strony jelit spotykamy często zaparcie stolca, połączone z gwałtownemi kolkami, mogącemi wzbudzić podejrzenie zamknięcia światła jelita. W odróżnieniu jednak od tego stanu nie widzimy nigdy żadnych ruchów jelitowych. Wzdęcie jelit występuje stale; rzadziej spotyka się biegunkę bardzo obfitą, wodnistą. *Teissier* porównuje te napady biegunkowe do obrzęku płuc w napadach angina pectoris.

Obok powyższych objawów mogą też wystąpić objawy odruchowe ze strony krążenia, jak bicia serca, bolesne tętnienie w nadbrzuszu. *Teissier* opisał nadto szczególny objaw, polegający na chwilowem zatrzymaniu tętnienia tętnicy brzusznej, poczem dopiero następuje normalne krążenie. Przerwa ta jest wywołana skurczem przepony, która uciska główną tętnicę, wskutek czego wzmożone ciśnienie w tej tętnicy wywołuje zatrzymanie akcji serca; po chwili zaś wszystko wraca do stanu poprzedniego. Jako zaburzenia ze strony układu nerwowego występują często bóle głowy. Inne objawy, jak np. obawa przestrzeni występuje wyjątkowo i tylko u osobników predysponowanych. Z zaburzeń oddechowych spotykamy tu duszność. Z objawów ogólnych: osłabienie, łatwość męczenia się, wychudzenie w razie częstości napadów a wreszcie niejednokrotnie białkomocz.

II. Objawy fizykalne.

Objawy fizykalne mogą być miejscowe lub oddalone (à distance).

1. O b j a w y m i e j s c o w e obejmują t. zw. trjadę objawową, opisaną już przez Potain'a, która opiera się na zmianach w samej tętnicy brzusznej.

Oglądaniem zazwyczaj nie stwierdzamy żadnych zmian, obmacywaniem można wyczuć wyraźne tętnienie nadbrzusza, co jednak także nie posiada znaczenia rozpoznawczego. Głębszem obmacywaniem można wyraźnie wyczuć tętnicę brzuszną, o ile chory jest szczupły. Tętnica brzuszna, w przypadkach aortitis abdominalis jest wydłużona, a ponieważ przytrzymana jest w górze, w okolicy przepony i w dole, u ujścia tętnic biodrowych wspólnych, — przeto tworzy ona zagię-

cie, które nieraz można wyraźnie stwierdzić. Wydłużenie tętnicy brzusznej sprawia, że jest ona też bardziej ruchoma i daje się przesuwać zarówno na lewo, jak i na prawo od kręgosłupa. Przy obmacywaniu tętnica brzuszna jest bolesna. Objaw ten jest bardzo charakterystyczny dla aortitis abdominalis, choć z drugiej strony nie jest patognomiczny dla tego cierpienia. Ból ten jest ostry, a wywoływanie go podczas samego napadu może spowodować cały szereg odruchów, jak omdlenie, wystąpienie potów a nawet napad drgawkowy, podobny do padaczki. Jak każdy ból w zakresie jamy brzusznej, tak i wyżej opisany ból, wywołuje odruch mięśniowy w postaci napięcia mięśni prostych brzucha, niekiedy zaś tylko jednego mięśnia prostego, lub nawet tylko pewnego jego odcinka (defense musculaire).

Obsłuchiwaniem często nie stwierdzamy żadnych zmian patologicznych tylko fizjologiczny, skurczowy ton. Niekiedy słyszymy skurczowy szmer, który może mieć pewne znaczenie, o ile jest słyszalny bez uciśnięcia tętnicy brzusznej zapomocą stetoskopu. Dużo większe znaczenie posiada wysłuchanie dwóch szmerów, a mianowicie, skurczowego i rozkurczowego, o ile te szmery są słyszalne bez ucisku stetoskopem. Mają one dowodzić tylko istnienia aortitis abdominalis oraz tętniaka tętnicy brzusznej. Ten sam podwójny szmer, słyszalny przy ucisku stetoskopem, spotykamy w niedomodze zastawek tętnicy głównej.

Prześwietlenie promieniami Roentgena rzadko daje wynik dodatni w postaci cienia tętnicy brzusznej, natomiast badanie to posiada znaczenie z tego względu, gdyż pozwala na wykluczenie innych chorób jamy brzusznej.

2. Objawy oddalone (à distance). *Teissier* wykazał w roku 1902, że jednym z objawów aortitis abdominalis jest zwiększone ciśnienie w arteria dorsalis pedis w porównaniu z ciśnieniem w arteria radialis, podczas gdy w prawidłowych warunkach rzecz ma się odwrotnie. Zapomocą obecnych przyrządów (aparat Pachon'a, Riva Rocci i t. p.) stwierdzamy w przypadkach aortitis abdominalis, niejednokrotnie wyższe ciśnienie w arteria tibialis, niż w arteria humeralis, podczas gdy w stanach prawidłowych te ciśnienia są sobie równe. Objaw ten jednak nie jest patognomoniczny dla omawianego cierpienia. Często spotyka się zmniejszenie się wskaźnika oscylometrycznego na kończynach dolnych, w porównaniu do kończyn górnych. Wysokość ciśnienia krwi sama dla siebie nie przedstawia większego znaczenia w omawianem cierpieniu.

Laubry i inni stwierdzali zapomocą metody graficznej szybsze występowanie tętna na tętnicy udowej w porównaniu z tętnicą sprychową.

Inni autorowie podnoszą wyższą ciepłotę w odbytnicy, bez równoczesnego podwyższenia się jej w innych częściach ciała, co należy odnieść do zwiększonej pobudliwości krążenia w jamie brzusznej.

Loeper stwierdzał w lewem podżebrzu, w pewnej odległości od tętnicy brzusznej, twardy, tętniący postronek odpowiadający chorobowo zmienionej tętnicy śledzionowej.

Postaci kliniczne aortitis abdominalis.

W niektórych przypadkach spotykamy szczególną przewagę jednych objawów nad drugimi, co skłania niektórych autorów do odróżniania pewnych postaci klinicznych.

1. Postać żołądkowa może przebiegać bądźto w formie bólów żołądkowych, których nasilenie wzmaga się natychmiast po przyjęciu pokarmów, a następnie w trzy lub cztery godziny później. Bóle te występują codziennie, nieokresowo, są niezależne od rodzaju pokarmu i od podawania alkalji. Drugą postacią jest postać dyspeptyczna, przypominająca obraz wrzodu żołądka lub raka żołądka albo też postać z ostrymi wzdęciami żołądka, borborygmią i t. p.

2. Postać jelitowa może przebiegać wyłącznie tylko z objawami bólów lub wyłącznie z objawami, jak gdyby zamknięcia światła jelita, lub z biegunkami, przypominającymi czerwonkę albo cholerę, albo też enterocolitis mucomembranacea, lub wreszcie może przypominać wrzód dwunastnicy.

Rozpoznanie.

Rozpoznanie aortitis abdominalis w rzadkich tylko przypadkach, gdy jest daleko posunięta i gdy istnieją fizykalne objawy, opisane powyżej — daje się z łatwością ustalić. Najczęściej należy rozwiązać ten problem różniczkując z rozmaitymi cierpieniami jamy brzusznej. Przedewszystkiem należy wykluczyć kolkę wątrobową, nerkową i jelitową (colitis mucomembranacea), appendicitis, zamknięcie światła jelita, rak jelita grubego. We wszystkich tych przypadkach badanie stolca, moczu, wątroby, nerek, jelita zazwyczaj pozwoli na ustalenie rozpoznania. Wykluczenie kolki ołowiowej bywa niekiedy trudne, lecz i tu dokładne badanie i wywiady ułatwią tę sprawę. Najtrudniej jest wykluczyć napady bólowe splotu słonecznego, gdyż są to te same bóle, jakie wywołuje i aortitis abdominalis. W rozpoznaniu różniczkowem należy myśleć o schorzeniach wszystkich tych narządów, które mogą być przyczyną powstania wspomnianych solalgii. A zatem:

Z chorób żołądkowych trzeba tu wykluczyć gastritis alcoholica i zwykłą nadkwaśność, następnie raka tylnej ściany żołądka, wrzód małej krzywizny żołądka, wrzód przyodźwiernikowy, mocznicę pod postacią żołądkową. Dalej należy myśleć o crises gastriques przy wiądzie rdzenia. Podobne bóle dawać może też rak, umiejscowiony w corpus pancreatis; rozpoznanie różniczkowe w tym przypadku jest tem trudniejsze, że rak ten może przebiegać pod postacią guza tętniącego, tętnieniem udzielonem od tętnicy brzusznej. Schorzenia nadnerczy, a zwłaszcza choroba Addisona może również dawać bolesne napady w jamie brzusznej.

Wreszcie istnieje też postać dusznicy bolesnej, dająca objawy żołądkowe, poza tem spotykamy też bóle w tętnicy brzusznej u osobników nerwowych lub cierpiących na schorzenia przewodu pokarmowego, lecz w tych przypadkach brak jest objawów fizykalnych aortitis abdominalis. Nie należy też zapominać o ewentualnie istniejącym tętniaku tętnicy brzusznej.

Etjologja aortitis abdominalis.

Istnieje postać ostra i postać przewlekła omawianego schorzenia.

1. Postać ostra nie występuje nigdy w dzieciństwie, natomiast widzi się ją nieraz u młodzieży u dziewcząt. Wielu autorów wymienia

rozmaite przyczyny okolicznościowe powstania aortitis abdominalis, jak np. uraz, przeciążenie, miejscowy wpływ zimna. Niewątpliwie chodzi tu tylko o czynniki towarzyszące, podczas gdy, jako przyczyny powstania tego cierpienia, należy wymienić choroby zakaźne, zatrucia i samozatrucia. Między chorobami zakaźnymi szczególną rolę grają: ostry gościec stawowy, grypa, niekiedy gruźlica, rzadziej zimnica, odra, płonica, ospa i dur brzuszny. *Teissier* sądził, że kiła nie wywołuje aortitis abdominalis, obecnie nie mamy wątpliwości, że właśnie kiła gra główną rolę w powstaniu tego cierpienia.

Z zatruć szczególnie zatrucie ołowiem, z autointoksykacji dna i mocznica mają wywoływać aortitis abdominalis.

Powyższe przyczyny niejednokrotnie od razu wywołują aortitis abdominalis, często jednak początkowe zmiany spotykamy w tętnicy piersiowej, a potem dopiero w brzusznej. W ostatnich czasach pojawiają się zdania, że aortitis abdominalis powstaje drogą szerzenia się procesów chorobowych z narządów sąsiednich (a zwłaszcza t. zw. perivisceritis) drogami chłonnymi do tętnicy brzusznej. W łączności z tem ostatniem zdaniem niektórzy autorowie mniemają, że w tych ostrych przypadkach aortitis abdominalis przeważają anatomopatologicznie objawy zapalenia raczej okołotętniczego, aniżeli tętnicy. Anatomja patologiczna ostrego zapalenia tętnicy brzusznej nie jest znana, gdyż chodzi tu o cierpienie łatwo podatne wyleczeniu.

2. Postać przewlekła aortitis abdominalis dotyka przedewszystkiem osoby starsze, cierpiące na zmiany miażdżycowe. Etjologja tych cierpień jest podobna do etjologji miażdżycy, również i zmiany anatomo-patologiczne aortitis abdominalis odpowiadają anatomo-patologicznym zmianom miażdżycy.

Przebieg aortitis abdominalis.

1. W postaci ostrej spotykamy przebieg trwający kilka dni lub kilka tygodni, rzadko dwa lub trzy miesiące. Nawroty są rzadkie, wyjątkowo zaś postać ostra przechodzi w przewlekłą. Z zasady następuje wyleczenie, wyjąwszy aortitis o typie złośliwym, która sprowadza śmierć wśród objawów posocznicy, co jest jednak sprawą bardzo rzadką.

2. Postać przewlekła nie kończy się nigdy wyleczeniem i postępuje stale naprzód, prowadząc do śmierci bądźto nagłej, podczas napadu, bądź też w okresie międzynapadowym, wskutek krwotoku mózgowego, mocznicy, obrzęku płuc i t. p. objawów miażdżycy ogólnej.

Powikłania aortitis abdominalis.

Powikłania następują wskutek rozszerzania się procesu chorobowego na inne tętnice, zaopatrujące narządy jamy brzusznej, skutkiem czego powstają: gastritis, appendicitis, przerywany cukromocz (zmiany w wątrobie i trzustce), białkomocz (przejściowy wskutek zaburzeń krążeniowych, lub stały wskutek nephritis subacuta); wreszcie zmiany w naczyniach nóg aż do zgorzeli włącznie. Z innych powikłań spotykamy zakrzepy i zaczopowania tętnic, odchodzących od tętnicy brzusznej (zwłaszcza zakrzepy w arteria mesenterica, wywołujące zawał jelitowy z objawami zamknięcia światła jelita i peritonitis), lub obu, względnie jednej tętnicy biodrowej. W rzadkich przypadkach spotykamy trombozę, zamykającą prawie zupełnie światło tętnicy brzusznej, co wywołuje ostry ból w nogach, siność skóry nóg, brak tętna w tętnicach udowych. Ten stan doprowadza do obustronnej, symetrycznej zgorzeli nóg. Obok objawów całkowitego zamknięcia światła tętnicy brzusznej, spotyka się też częściowe, lecz znaczne zmniejszenie tego światła.

Rokowanie.

W przypadkach ostrych rokowanie jest dobre.

W przypadkach przewlekłych rokowanie zależy od stanu tętnicy piersiowej, a także od etjologji i leczenia, zwłaszcza jeśli w etjologji znajdujemy kiłę.

Leczenie.

1. Leczenie napadów ostrych zależy od ich patogenezy, na którą rozmaici autorowie różnie się zapatrują. Teorja naczyniowa tłumaczy powstanie napadów w sposób analogiczny, jak to widzimy w chromaniu przestankowem. A mianowicie chodzi tu o zwężenie przez procesy miażdżycowe ujścia truncus coeliacus, skutkiem czego krew nie może w dostatecznej ilości dopływać do narządów jamy brzusznej, a zwłaszcza żołądka i jelit w okresie większego zapotrzebowania *(Potain, Teissier* i *Carrière)*. Według *Pal'a* napady powstają wprawdzie wskutek niedokrwienia, wywołanego jednak przez skurczowy stan tętnic narządów jamy brzusznej, co z kolei wzmaga ciśnienie w tętnicy brzusznej i wywołuje ból. *Nothnagel* sądzi, że chodzi tu o kolkę naczyniową, polegającą na skurczach warstwy osłonkowej tętnic, jako odruch na zadrażnienie z błony wewnętrznej tętnic.

Według teorji naczyniowej napady bólowe są wyrazem neuralgji lub zapalenia nerwów, tworzących splot naokoło tętnicy brzusznej. Wreszcie są badacze, którzy sądzą, że sam napad powstaje wskutek przyczyn rozmaitych, omawianych w powyższych dwóch teorjach.

Z tych rozpatrywań wypływają dwa zasadnicze wskazania lecznicze, a mianowicie, obniżenie ciśnienia tętniczego i ułatwienie krążenia krwi w zakresie tętnicy brzusznej i następnie zmniejszenie nadwrażliwości nerwu współczulnego brzusznego.

1. Podczas napadów chory powinien leżeć w łóżku i na brzuch należy stosować gorące, wilgotne okłady. Z leków rozszerzających naczynia autor poleca podawanie jednej kropli 1% roztworu wyskokowego trinitryny lub azotyn sodowy (natrium nitrosum) w dawkach po 5 ctgr. ewentualnie cztery razy dziennie. Można też stosować wdechiwania 5 do 6 kropli amylum nitrosum. Jako leki przeciwskurczowe autor poleca podawanie bromu. Przeciwko bólom: lawatywy z 2 gr. antipiryny i 10 kropli laudanum. Nadewszystko zaś można zalecić morfinę.

W przerwach między napadami autor zaleca stosowanie angioxylu lub acecoliny (w dawkach 5 do 10 ctgr. na raz), albo wreszcie fizjoterapję, jak np. masaż brzucha, diatermia, naświetlania słońcem lub promieniami pozafjołkowymi, albo promieniami Roentgena. Niektórzy autorowie stosują przecięcie wszystkich nerwów zaopatrują-

cych żołądek. Wreszcie należy uregulować tryb życia i sposób odżywiania się chorych.

2. Leczenie samej aortitis abdominalis.

Aortitis abdominalis o przebiegu ostrym nie wymaga leczenia, jedynie tylko wtedy, jeżeli chodzi o gościec stawowy. Poza tem należy jedynie stosować gorące okłady na brzuch.

W przebiegu przewlekłym stosuje się pas flanelowy, aby uchronić brzuch przed chłodem, względnie pasy ortopedyczne, o ile chodzi o opadnięcie jelit. Djeta powinna być przedewszystkiem mleczno-jarzynowa. W razie stwierdzonej lub podejrzanej kiły leczenie przeciwkiłowe należy przeprowadzać bardzo ostrożnie przy pomocy rtęci i bismutu. Przy stosowaniu novarsenobenzolu nie należy przekraczać dawki 0.30 gr. Oczywiście, stosuje się także jod, w razie potrzeby środki nasercowe oraz odpowiednie leczenie klimatyczne.

Zaburzenia jelitowe po spożyciu surowej skrobji, a zwłaszcza bananów. (Troubles digestifs dus à l'ingestion d'amidon cru et spécialement de bananes). R. Goiffon.

Presse Méd. Nr. 7 r. 1931.

Autor przypomina, że tłuszcze spożywamy zarówno w stanie surowym, jak i gotowanym, gdyż gorąco nie zmienia ich właściwości. Białko roślinne i zwierzęce niekiedy nawet łatwiej jest trawione w przewodzie pokarmowym o ile było spożyte na surowo, aniżeli po ścięciu go zapomocą gorąca. Natomiast skrobja, która jest najgłówniejszem źródłem węglowodanów dla ustroju musi być spożywana po uprzedniem gotowaniu.

W tym kierunku przeprowadzone badania wykazały, że skrobja trawiona jest w kierunku od obwodu ku środkowi ziarenek, a ponieważ w stanie surowym ziarenka te są koncentrycznie ułożone, przeto trawienie ich w stanie surowym jest bardzo trudne. Gotowanie rozbija to ułożenie ziarenek i przygotowuje je fizycznie do działania soków trawiennych.

Jak wiadomo, skrobja trawiona jest przez amylazę i ptyalinę, zawartą w ślinie, a następnie przez amylazę trzustkową. Pod wpływem tych zaczynów skrobia zmienia się w cukry rozpuszczalne i zdolne do resorpcji. Trawienie jej jest prawie ukończone w jelicie cienkiem; część niewielka tylko skrobji gotowanej dostaje się do jelita ślepego i wstępnicy. Jeżeli ta część jelita szybko się opróżni, wówczas można skrobię wykazać w kale. O ile jednak opróżnianie to nie następuje szybko, wówczas ta część skrobji zostaje strawiona już nie przez zaczyny, ale przez florę bakteryjną, przebywającą stale w tym odcinku jelita. Przy spożyciu skrobji surowej znaczna jej część dostaje się do jelita grubego i w ten sposób dostarcza bogatego materjału do kwaśnych fermentacji w jelicie grubem. Jak wiadomo *Miecznikoff*, podkreślając zgubny wpływ gnilnych fermentacji białka, odbywających się również w jelicie grubem zalecał taki sposób odżywiania się, przy którym gnilna fermentacja białka zostałaby zniesiona przez kwaśną fermentację węglowodanów. Niebawem jednak różni autorowie, a zwłaszcza A. *Schmidt* wykazali istnienie i szkodliwość dla ludzkiego ustroju fermentacji węglowodanowej, ona bowiem może wywoływać specjalny typ biegunek. W tych przypadkach najczęściej oddziaływanie stolców jest kwaśne, o ile wtórne procesy gnilne nie dostarczą dostatecznej ilości amoniaku dla zobojętnienia kwasów. Te kwaśne fermentacje węglowodanowe odbierają też ustrojowi zasady, co odbija się na całym ustroju. Wspomniane kwaśne fermentacje nieraz spotykamy, jako przyczynę biegunek u chorych na gruźlicę i u dzieci.

Skrobję w stanie surowym spotykamy w rozmaitych pokarmach. I tak np. piekarze często posypują pieczywo surową mąką, także ryż niedostatecznie rozgotowany i tapioka wykazują nieraz surową skrobję, co stwierdzić można badaniem stolców. Wreszcie banany, wysyłane zawsze w stanie niedojrzałym zawierają skrobję w stanie surowym, gdyż dojrzewanie po zerwaniu z drzewa nie może przetworzyć całej skrobji zawartej w owocach w cukier.

Autor zwraca uwagę, że o ile nadmiar surowej skrobji, zwłaszcza w niektórych schorzeniach przewodu pokarmowego może wywołać niepożądane powikłania w postaci biegunki, wywołanej kwaśną fermentacją węglowodanów, o tyle w pewnych przypadkach surowa skrobia może być użyta, jako lek przeciwko gnilnym procesom białkowym. W tym celu można podawać 1 lub 2 banany dziennie albo też jedną łyżeczkę od kawy mąki, którą można posypywać pokarmy. Ilości te są zupełnie wystarczające.

Nadciśnienie tętnicze, jako choroba. (La maladie hypertensive). A. Dumas.

Presse Méd. Nr. 8. r. 1931.

Dawniej uważano nadciśnienie tylko za objaw chorobowy, występujący w przebiegu innych schorzeń a zwłaszcza w zapaleniu nerek. Później *Vaquez* i *Aubertin* wykazali, że nadciśnienie może występować nieraz bez zapalenia nerek i odnosili powyższy stan do przerostu nadnerczy. W ten sposób nadciśnienia tętnicze uzyskały pewną autonomję. Obecnie twierdzenie *Vaquez'a* o przeroście gruczołów nadnercza nie utrzymuje się w swej pierwotnej formie ale samo nadciśnienie tętnicze przestało być uważane tylko za objaw i stało się już samoistną jednostką chorobową.

Autor w szeregu prac wykazywał, że w znacznej liczbie przypadków nadciśnienia tętniczego i zmian w nerkach, nadciśnienie było sprawą pierwotną, a zmiany nerkowe sprawą wtórną. *Vaquez* i *Laubry* są też tego zdania. W ten sposób należy też tłumaczyć badania *Levrat*, ucznia, prof. *Favre* z Lyonu, który wykazał, że w nadciśnieniu spotykamy w nerkach szczególne, jakoby swoiste zmiany, dotyczące tylko tętnic nerkowych: nephritis vascularis. Autor nie waha się uważać nadciśnienie za chorobę nadciśnienia, należącą do grupy skaz w rodzaju dny, skazy neuro-artretycznej i t. d. *Bard* sądzi, że chodzi tu o zaburzenie ustrojowe, polegające na tem, iż czynności komórek i narządów w danym ustroju mogą się odbywać sprawnie pod warunkiem jednak wzmożonego ciśnienia krwi. W tej skazie nadciśnieniowej niewątpliwą rolę gra także dziedziczność. Brak zmian anatomicznych i histologicznych, mogących wytłumaczyć nadciśnienie krwi, stwierdzany na zwłokach ludzi, zmarłych we wczesnym okresie nadciśnienia, zdaje się bardzo przemawiać za powyższem ujęciem omawianej sprawy chorobowej.

W rozwoju nadciśnienia tętniczego można stwierdzić pierwszy okres utajenia, w którym ciśnienie podnosi się nie wywołując żadnych zaburzeń. Później zaczynają występować zaburzenia wywołane nadciśnieniem, a wreszcie zmiany anatomiczne w narządach, a zwłaszcza w nerkach.

W nadciśnieniu samoistnem stwierdzano pewne zmiany w płynach ustrojowych, a zwłaszcza we krwi, mianowicie zwiększenie ilości białka, zatrzymanie chlorków, wzmożenie ilości cholesteryny, kwasu moczowego, wapnia oraz podwyższony poziom cukru i zmieniony stosunek ciał białkowych w surowicy krwi. Zmiany te powstają skutkiem zaburzeń w gruczołach o wewnętrznem wydzielaniu, być może też w układzie siateczkowo-nabłonkowym, a wreszcie na skutek zaburzeń w czynnościach naczyń krwionośnych.

Zmiana poglądów na patogenezę i istotę nadciśnienia tętniczego zmusza nas do stosowania odmiennego leczenia tych chorych, niż to dotychczas miało miejsce. A więc przedewszystkiem nie należy starać się zwalczać sam tylko objaw nadciśnienia, a zwłaszcza przy pomocy upustów krwi, które przy zbyt częstem stosowaniu przynoszą tylko szkodę, stając się przyczyną zakrzepów. Raczej należy zmniejszyć ilość płynów spożywanych przez tych chorych i stosować spokój, leżenie w łóżku oraz leczenie klimatyczne. W późniejszym okresie, gdy stan nadciśnienia tętniczego już się utrwalił, nie należy zbyt ostro dążyć do obniżenia ciśnienia, albowiem to obniżenie w tym okresie może być przyczyną licznych dolegliwości chorego. Nie trzeba też stosować zbyt ostrej djety przeciw zapaleniu nerek, zwłaszcza jeśli chory nie wykazuje białkomoczu i jeśli jego azotemja znajduje się w pobliżu prawidłowego poziomu. Takim chorym można pozwolić na spożywanie raz dziennie mięsa. Ograniczenie płynów należy również stosować do djety mlecznej, której ni wątpliwie w tych przypadkach często się nadużywa, wywołując nawet pogorszenie ogólnego stanu, zwłaszcza gdy do djety mlecznej dołączy się jeszcze picie wód mineralnych, co chorzy czasem na własną rękę sobie stosują. W tych przypadkach należy raczej podawać stałe pokarmy.

O ile obok nadciśnienia możemy stwierdzić inne skazy, jak np. dnę, wówczas trzeba stosować leczenie przeciwdnawe. W przypadkach cukromoczu stosujemy przedewszystkiem odpowiednią djetę, a w razie potrzeby nawet insulinę. W okresie pokwitania, u osób, u których można wykazać plethora, u chorych na wątrobę i t. p. przedewszystkiem stosujemy odpowiednie leczenie. Musimy tu też pamiętać o możliwych zakażeniach, jak kiła. Ostrożne leczenie przeciwkiłowe, zwłaszcza zapomocą rtęci, daje nieraz wprost niespodziewanie dobre wyniki, nawet w tych przypadkach, w których nie mamy niezbitego dowodu, świadczącego o tem zakażeniu.

Niewątpliwie i stany nerwowe mogą grać rolę w nadciśnieniu, dla tego stosowanie leków uspokajających, obok ogólnych przepisów hygjenicznych i djetetycznych, niejednokrotnie daje poprawę stanu ogólnego lub przynajmniej podmiotowego.

W ostatnim okresie omawianego cierpienia, gdy już wystąpią chorobowe objawy ze strony poszczególnych narządów, postępowanie lecznicze jest bardzo ograniczone i kierujemy je raczej przeciwko poszczególnym powikłaniom, aniżeli przeciw samej istocie cierpienia.

Z. Gorecki.

CHIRURGJA

Wspomnienie u tego samego chorego kamicy i gruźlicy nerki. (Tuberculose et lithiase rénale associées). Sermet.

Journ. d'Urologie XXX — № 5, listopad 1931.

Obecność w tej samej nerce objawów kamicy i gruźlicy nie jest zjawiskiem częstem; występuje ono w 1 — 1½% wszystkich przypadków. Trudno jest rozstrzygnąć, który z tych procesów jest pierwotny, a który wtórny. W jednych przypadkach gruźlica wydaje się poprzedzać wytworzenie się kamienia nerkowego, w innych — odwrotnie — kamica jakby była pierwotna, a gruźlica wtórna. W tym ostatnim przypadku pewną rolę w mechanizmie chorobotwórczym może odgrywać długotrwały uraz, wywierany przez kamień.

Stwierdzenie możliwości współistnienia gruźlicy i kamicy w jednej nerce ma swoje znaczenie praktyczne, gdyż odtąd fakt obecności w nerce kamienia nie powinien upoważniać lekarza do odrzucenia przezto samo rozpoznania gruźlicy nerki, z wszelkiemi tegoż następstwami.

Od kamienia nerkowego należy odróżniać ogniska zwapnienia w nerce zmienionej gruźliczo, które są umiejscowione przeważnie w granicach miąższu nerkowego (kamienie znajdują się najczęściej w miedniczce) i mają na kliszy rentgenowskiej zarys nieostry, jakby zatarty.

Wskazania i technika wykonania przetoki pęcherza żółciowego w celu trwałego odprowadzania żółci nazewnątrz. (Cholecystomies de dérivation. Technique et indications de la cholecystostomie continente). Desplas i Meillère.

La Presse Méd. № 6, styczeń 1931.

Zdanie, z którem spotykamy się często, że wskazania do cholecystostomji wypływają z przeciwskazań do wycięcia pęcherza żółciowego, jest co najmniej niesłusznem, gdyż wykonanie przetoki pęcherzowej (zewnętrznej) ma swoje szczególne wskazania, które w ostatnich latach zostały dokładniej sprecyzowane i nawet rozszerzone.

Wskazaniami temi są: przypadki kamicy żółciowej, w której proces chorobowy dotyczy nie tylko pęcherza, ale także przewodów żółciowych i samego miąższu wątrobowego (angiocholitis, hepatitis), jak również przypadki przewlekłego zapalenia trzustki. Działanie lecznicze przetoki pęcherza żółciowego polega tutaj z jednej strony na sączkowaniu samego pęcherza i odciążeniu przewodów żółciowych, z drugiej zaś — na stworzeniu dla chorych komórek wątrobowych i trzustkowych lepszych warunków powrotu do zdrowia, analogicznie do wpływu leczniczego przetoki pęcherza moczowego (sectio alta) na stan dolnych i górnych dróg moczowych do nerek włącznie.

Wykonanie zabiegu. Znieczulenie ogólne lub miejscowe. Cięcie skóry podłużne wzdłuż zewnętrznego brzegu mięśnia prostego prawego od łuku żebrowego w dół na przestrzeni 10 cm. Po przecięciu otrzewnej i obejrzeniu do-

kładnem okolicy pęcherza i przewodów żółciowych, opróżnia się pęcherz zapomocą igły i strzykawki, robi się małe nacięcie jego ściany w dnie, przez które usuwa się małą łyżeczką ewentualne kamienie, poczem wprowadza się do pęcherza cewnik *Pezzera* Nr. 18. Dookoła niego nakłada się, w odległości 1 cm od brzegu nacięcia, cztery szwy strunowe (catgut Nr. 1), przenikające surowicówkę i mięśniówkę (bez śluzówki), które po zawiązaniu sfałdują ścianę pęcherza w tem miejscu i wpuklą ją do środka. Cewnik zostaje w ten sposób ciasno osadzony w kanale, utworzonym przez wpukloną część ściany pęcherza. Końce szwów strunowych zostają przeprowadzone poprzez ścianę brzuszną pod skórę i tu zawiązane, powodując przez to następowe szybkie sklejenie się dna pęcherza z otrzewną ścienną i odgraniczenie okolicy przetoki od wolnej jamy otrzewnowej. Otwór w ścianie brzusznej powyżej i poniżej zaszywa się doszczętnie. Dla dokładniejszego umocowania cewnika w ścianie brzusznej, nasuwa się nań odpowiednią tarczkę (opercule de *Cavaillon)*, którą przykleja się do skóry przylepcem.

Sposób ten ma liczne zalety: jest zabiegiem prostym, mało shockującym charego, chroni w zupełności skórę przed drażniącem działaniem rozlewającej się żółci, nie wymaga pozostawiania w jamie otrzewnowej sączków gazowych, grożących — jak wiadomo — z reguły powstaniem rozległych zrostów w okolicy wrót wątroby i dwunastnicy, i wreszcie, umożliwia rentgenologiczne zbadanie czynnościowe przewodów żółciowych (wstrzyknięcie lipjodolu do przetoki, drożność przewodu wspólnego, przechodzenie do dwunastnicy).

Zatykając koreczkiem ujście zewnętrzne cewnika, można przerywać odpływ żółci nazewnątrz. Po wyjęciu cewnika przetoka zwykle zarasta szybko.

Leczenie tężca wstrzykiwaniem surowicy swoistej i usypianiem eterowo - chloroformowem. (Le traitement du tétanos par la sérothérapie sous anesthésie générale). Le Cherc.
La Presse Méd. № 7, styczeń 1931.

Stosowanie surowicy swoistej w przypadkach tężca, należy, jak wiadomo, zacząć jak najwcześniej, gdyż jej działanie neutralizujące dotyczy wyłącznie tych ilości jadów (toksyn), które jeszcze nie zostały związane z tkanką mózgową; na jady, już związane z komórkami nerwowemi, surowica przeciwtężcowa zasadniczo nie działa.

Autor zastanawia się tutaj nad sposobem, któryby umożliwił chociażby czasowe rozerwanie tego związku i poddanie działaniu surowicy także jadów, unieruchomionych w tkance mózgowordzeniowej. *Marie* i *Tiffeneau* dowiedli, że o ile mieszaninę zmiażdżonej tkanki mózgowej z jadem tężcowym można uważać pod względem chorobotwórczym za zupełnie nieczynną, to dodanie do niej in vitro alkoholu lub eteru przywracało jej działanie trujące.

Autor pracy niniejszej wykonał następujące doświadczenie. Przygotowywał zawiesinę 1g zmiażdżonej tkanki mózgowej ludzkiej w 1 cm³ roztworu fizjologicznego, do której dodawał jadu tężcowego w ilości 10-krotnej dawki śmiertelnej dla myszy. Po 24 godzinach poddawał odwirowaniu i 0,25 cm³ płynu górnej warstwy wstrzykiwał domięśniowo myszy. Z 15 traktowanych w ten sposób myszy żadna nie zachorowała na tężec. W drugiej serji doświadczeń do zawiesiny mózgowej w roztworze jadu tężcowego dodawał po kilka kropel eteru lub chloroformu, poczem wirował i wstrzykiwał, jak wyżej, myszom. U wszystkich 15 traktowanych w ten sposób myszy wystąpiły objawy tężca.

Z doświadczeń tych wypływają pewne wskazówki lecznicze. Wstrzykiwania surowicy przeciwtężcowej należy uzupełniać 1 — 2 razy w ciągu dnia przeprowadzanem usypianiem chorego zapomocą chloroformu lub eteru (które mają większe od jadu tężcowego powinowactwo do tkanki mózgowej), przyczem stopień nasycenia komórek nerwowych narkotykiem musi być dostatecznie silny, a dawki wprowadzonej surowicy duże i stosowane przed, w czasie i po usypianiu chorego. Wstrzykiwanie surowicy przeciwtężcowej dordzeniowe autor nie uważa za celowe, gdyż zawarte w niej ciała odpornościowe przechodzą do rdzenia i mózgu ze krwi łatwiej, niż z płynu mózgowordzeniowego.

Autor wstrzykiwał zwykle 60 cm³ surowicy na kwadrans przed usypianiem, 80 cm³ w czasie usypiania i 60 cm³ w kwadrans po usypianiu, zależnie od ciężkości przypadku — podskórnie, domięśniowego lub dożylnie. Zabieg ten wykonywał raz dziennie, a w przypadkach bardzo ciężkich — nawet dwa razy dziennie. Z wyników był bardzo zadowolony.

Istota i nowsze poglądy na patogenezę tak zwanych kauzalgji (Les causalgies). M. Nathan.
La Presse Méd. № 8, styczeń 1931.

Nazwę kauzalgji podał w 1864 roku *Mitchell* dla pewnych bólów o charakterze piekącym, pochodzenia pourazowego, którym towarzyszyły różne zaburzenia ze strony nerwu współczulnego.

Chorzy tacy przez czas długi byli uważani za symulantów względnie neuropatów, dopiero w ostatniem piętnastoleciu etjologja i mechanizm chorobotwórczy tego dziwnego, rzeczywiście, schorzenia zostały dokładniej wyjaśnione, jakkolwiek pozostało tu jeszcze sporo i stron ciemnych.

Obraz kliniczny. W kilka dni lub tygodni po urazie (stłuczenie, rana) okolicy pnia nerwowego — nerw pośrodkowy (n. medianus), kulszowy, promieniowy i inne — powstają w kończnie danej bóle piekące typu neuralgicznego, o gwałtownem nieraz nasileniu („wbijanie rozpalonych igieł"), nie przypominające ani umiejscowieniem, ani charakterem swym bólów przy zapaleniu nerwu (neuritis). Chłód, ciepło, dotknięcie lekkie, ruch, wzruszenia psychiczne zwiększają nasilenie tych bólów; przyczem jest charakterystycznem, że silny ucisk — w przeciwieństwie do delikatnego muśnięcia skóry — jest naogół mało bolesny. Czasami można wywołać napad bólu kauzalgicznego, ewentualnie jego nasilenie, przez lekkie podrażnenie skóry lub połaskotanie okolic zupełnie odległych np. miejsc symetrycznych na drugiej kończynie, lub innych; nieraz owe punkty wywoływania odległych kauzalgji cechują się

nadczułością na dotyk, obniżeniem wrażliwości na ból powierzchowny, jej zwiększeniem na ból głęboki i t. p. W miejscach dotkniętych kauzalgją możemy mieć do czynienia również z zaburzeniami naczynioruchowemi jak zaczerwienienie skóry, nadmierne pocenie, zblednięcie, jej suchość, sudamina.

Bywają i przypadki kauzalgji nieurazowych, ewentualnie po urazie bardzo odległym, jak np. po wyrwaniu zęba, ale ich obraz kliniczny jest naogół mało typowy i dosyć zawikłany.

Przypadki kauzalgji niezbyt nasilonej ustępują w ciągu kilku tygodni, kauzalgji ciężkiej — nie poddają się żadnemu leczeniu wewnętrznemu i wymagają zabiegu chirurgicznego.

Patogeneza. Zgodnie ze zdaniem większości autorów, istota cierpienia polega na jakichś bliżej nieokreślonych zaburzeniach w zakresie nerwu współczulnego. Przemawiają za tem: specjalny charakter bólu, bogaty zespół objawów naczynioruchowych, obfitość włókien współczulnych w nerwach, w zakresie których kauzalgja występuje najczęściej, umiejscowienie bólów (nie odpowiadające podziałowi korzonkowo - nerwowemu), wywoływanie bólów przez drażnienie okolic odległych i, wreszcie, brak wyniku leczniczego po przecięciu odpowiedniego nerwu (np. nerwu pośrodkowego) i dodatni wynik po sympatektomji okołotętniczej. W roku zeszłym podniósł się głos *(Julio Diez z Buenos-Aires)* przeciwko tej wyłączności nerwu współczulnego w powstawaniu kauzalgji i przemawiający za przyznaniem tu pewnej roli i układowi nerwów mózgowordzeniowych. Jednakże głos ten jest dotychczas odosobniony i nie był w stanie przytoczyć na poparcie swego twierdzenia dostatecznie przekonywujących argumentów.

Leczenie. Nie przesądzając roli, jaką odgrywa w powstawaniu kauzalgji nerw współczulny, należy podnieść te liczne dodatnie wyniki lecznicze sympatektomji okołotętniczej, zwłaszcza w przypadkach kauzalgji kończyn górnych; przy umiejscowieniu bólów w kończynach dolnych próbowano również z powodzeniem wycięcia zwojów współczulnych lędźwiowych.

Postacie anatomo-kliniczne ropni mózgowych pochodzenia usznego i rokowanie w nich. (Les formes anatomo-cliniques de l'abscès cérébral d'origine otique et leur pronostic). Piquet.
La Presse Méd. № 9, styczeń 1931.

Rokowanie w ropniach mózgu waha się, według różnych autorów, w granicach od 80% całkowitego wyleczenia do 100% śmiertelności. Autor pracy niniejszej tłumaczy tę rozbieżność w ocenie odnośnych przypadków różnorodnością postaci anatomicznych ropni mózgu.

Zaznaczyć należy na wstępie, że mowa tu jest o rokowaniu bezpośredniem, gdyż rokowanie odległe — dotyczące okresu czasu po całkowitem zagojeniu się ropnia i odnośnych zmian zapalnych w kości — jest zawsze dobre, przynajmniej jeśli chodzi o ropnie pochodzenia usznego. Inaczej się trochę przedstawia sprawa, jeśli chodzi o ropnie pochodzenia urazowego, gdyż tutaj dookoła zbiorowiska ropy wytwarza się gruba błona tkankołącznowa (membrana pyogenes), zawierająca liczne drobnoustroje, a która po pozornie zupełnem zagojeniu się ropnia może być — po mniej lub więcej długim okresie czasu — punktem wyjścia dla nawrotu cierpienia. Ropnie pochodzenia usznego błony takiej nie miewają i dlatego nawrotów po ich wygojeniu się (i wygojeniu ewentualnego ogniska kostnego) nie spostrzega się, nie licząc naturalnie pewnych zaburzeń psychicznych, będących następstwem ubytku tkanki mózgowej i zastąpienia go przez bliznę (otępienie, padaczka, drgawki, afazja i t. p.).

Ropnie mózgowe pochodzenia usznego przebiegają pod następującemi trzema postaciami anatomicznemi.

FRANCUSKIE WODY MINERALNE

VITTEL
GRANDE SOURCE

Działa leczniczo na NERKI
Podagra-dna. Piasek moczowy (Kamienie nerkowe)
Artretyzm.

SOURCE HÉPAR

Obfitość leczniczych składników mineralnych

Działa leczniczo na WĄTROBĘ
Kamienie żółciowe
Obstrukcja
Niedomoga Wątroby.

Sezon od 20 Maja — 25 Września.

NOWOCZESNY ZAKŁAD WODOLECZNICZY.

I. Ropień pojedyńczy i dokładnie odgraniczony — jest to postać typowa i najczęstsza. Umiejscowiony bywa w pobliżu pierwotnego ogniska kostnego, najczęściej w zrazie skroniowym, na różnej głębokości; ropień taki nie ma tendencji szerzenia się na otoczenie (jakkolwiek nie posiada otoczki tkankołącznej) i po opróżnieniu operacyjnem goi się szybko. Ze względu na spotykane tu z reguły zrosty opon z powierzchnią mózgu, do zakażenia opon przy operacji nie dochodzi prawie nigdy. Rokowanie po operacji jest dobre, wyleczenie otrzymuje się w 90%.

Na obraz kliniczny składają się głównie objawy wzmożenia ciśnienia wewnątrzczaszkowego (bóle głowy, otępienie psychiczne, apatja, senność, zwolnienie tętna) przy braku gorączki; ten brak gorączki jest bardzo charakterystyczny dla tej postaci ropnia mózgowego, w odróżnieniu innych, niżej podanych. Tarcza zastoinowa nerwu wzrokowego i ogólne wychudzenie należą do objawów późnych i przez to mniej wartościowych. Przy nakłuciu lędźwiowem otrzymuje się płyn często mętny (limfocyty i wielojądrzaste), wypływający pod wzmożonem ciśnieniem, ale jałowy. Ogniskowych objawów mózgowych nie bywa.

Dodać tu jeszcze należy, że rozpoznanie ropnia mózgowego i odpowiednie wskazanie operacyjne opierają się zwykle więcej na podejrzeniu niż na pewności; tam nawet, gdzie tylko podejrzewa się ropień, z zabiegiem zwlekać nie należy, gdyż czekanie na uzyskanie pewności będzie błędem w sztuce.

II. Ropień rozlany mózgu (encephalitis purulenta) — zwany inaczej ropniem ostrym, ropniem mnogim. Cechuje się jakby naciekającem zapaleniem ropnem, nekrotycznem tkanki mózgowej, bez wyraźnych granic. Czasami przebiega pod postacią licznych ognisk ropnych. Proces chorobowy może rozszerzyć się na całą półkulę i często doprowadza do śmierci, pomimo dokonania zabiegu operacyjnego.

Klinicznie postać ta zaznacza się wysoką gorączką i stosunkowo niewielkiem zwolnieniem tętna. Rokowanie niepewne.

III. Encephalitis diffusa non purulenta — jest to rozlane obrzmienie zapalne tkanki mózgowej, bez ognisk właściwego ropienia. Może pozostać jako takie lub przejść w postać poprzednią. Objawy kliniczne — jak wyżej. Jest zwykle następstwem ostrego zapalenia ucha środkowego. Zabieg operacyjny należy tu ograniczyć wyłącznie do opanowania ogniska kostnego. Rokowanie złe.

Zapalenie ropne kości skalistej jako powikłanie zapalenia ucha środkowego. Les symptomes de foyers intrapétreux au cours des otites aiguës). Ramadier.

La Presse Méd. № 10, luty 1931.

Wskazania do operacji dłutowania wyrostka sutkowatego kości skroniowej w przebiegu zapalenia ucha środkowego wypływają najczęściej z następujących trzech przesłanek: 1) objawów ogólnego zakażenia, 2) objawów miejscowych ze strony wyrostka sutkowego i 3) objawów oponowo-mózgowych.

I. Objawy ogólne. Jeśli gorączka— po nacięciu błony bębenkowej i przy dostatecznym odpływie ropy — utrzymuje się na poziomie 38,5° — 39° dłużej niż 5 — 6 dni, a zwłaszcza jeśli po chwilowym spadku podniosła się znowuż, wówczas nie należy zwlekać z dłutowaniem wyrostka sutkowatego; zwłaszcza jeśli obok gorączki znajdujemy dreszcze, osłabienie, bezsenność, bladość powłok.

II. Objawy miejscowe. W pierwszych dniach ostrego zapalenia ucha środkowego bóle za uchem i bolesność uciskowa (a nawet obrzmienie) szczytu wyrostka sutkowatego może zależeć wyłącznie od okolicznego odczynu zapalnego, bez śladów ropienia, i po nacięciu błony bębenkowej i zastosowaniu składów rozgrzewających może ustąpić całkowicie. Ale jeśli te objawy utrzymują się dłużej, pomimo nacięcia błony, lub jeśli wystąpiły w przebiegu przewlekłego zapalenia ucha, względnie jeśli wyciek ropny z ucha utrzymuje się powyżej 3—4 tygodni pomimo ustąpienia objawów ogólnych i miejscowych ze strony wyrostka — należy operować.

III. Objawy oponowo-mózgowe (bóle głowy, zamroczenie, drgawki), w pierwszych dniach ostrego zapalenia ucha, zwłaszcza u dzieci, podobnie jak objawy wyrostkowe mogą zależeć wyłącznie od okolicznego odczynu zapalnego; jednakże jeśli objawy te po 24 godzinach od nacięcia błony bębenkowej utrzymują się jeszcze, należy natychmiast przystąpić do dłutowania wyrostka. Podobnie trzeba postąpić, jeśli objawy oponowo-mózgowe wystąpią w przebiegu przewlekłego zapalenia ucha środkowego.

W związku z powyższemi uwagami należałoby tu podkreślić jeden szczegół. Wszystkie te objawy: ogólne, miejscowe i oponowo-mózgowe, mają zasadniczo różne znaczenie, zależnie od tego, czy występują w pierwszych dniach zapalenia ucha środkowego, czy też w okresie późniejszym. O ile w pierwszym przypadku mają charakter zwykle dobrotliwy, o tyle w drugim — są groźne i zawsze dają wskazania do dłutowania wyrostka.

Dotyczy to również następnej, to jest czwartej grupy wskazań do trepanacji wyrostka sutkowatego, obejmującej objawy zapalenia ropnego kości skalistej.

IV. W przebiegu ostrego lub przewlekłego zapalenia ucha środkowego może dojść do wytworzenia w kości skalistej ognisk ropnych na różnej głębokości, sprowadzających zaburzenia czynnościowe ze strony zawartych w niej elementów nerwowych jak ucha wewnętrznego, nerwu trójdzielnego, odwodzącego, twarzowego i słuchowego.

Stwierdzenie obecności tego rodzaju ogniska daje wskazanie do operacji na wyrostku sutkowatym, na wyrostku i jamie bębenkowej, ewentualnie i na samej piramidzie.

a) Ognisko powierzchowne — przylegające do wewnętrznej ściany jamy bębenkowej i głębszych warstw wyrostka sutkowatego. Cechuje się porażeniem nerwu twarzowego (zapalenie nerwu, ucisk przez wysięk zapalny w kanale kostnym), które, będąc zasadniczo natury raczej dobrotliwej, tem nie mniej wskazuje na szerzenie się procesu zapalnego z

ucha środkowego w głąb. Wskazane jest wydłutowanie wyrostka sutkowatego (o ile objawy nie ustępują w ciągu 48 godzin po nacięciu błony bębenkowej).

b) Ognisko środkowe — zajmuje błędnik. Objawy kliniczne: zawroty głowy, oczopląs samoistny, zaburzenia równowagi. Objawy błędnikowe, o ile nie ustąpią szybko po nacięciu błony bębenkowej, wymagają wydłutowania wyrostka i jamy bębenkowej; w przypadkach zaś, w których objawy te występują dopiero w późnym okresie zapalenia ucha środkowego wskazanem jest wydłutowanie i samego błędnika.

c) Ognisko głębokie — w pobliżu szczytu piramidy. Objawy kliniczne polegają na porażeniu nerwu odwodzącego (zjawisko nierzadkie i naogół niegroźne) i na nerwobólu wszystkich trzech gałązek nerwu trójdzielnego (rzadsze, ale zato bardziej niebezpieczne, może doprowadzić do zapalenia opon mózgowych, lub wytworzenia ropnia tylnej ściany (gardła). Wskazane jest wydłutowanie wyrostka sutkowatego i jamy bębenkowej.

Wskazania do leczenia bakterjofagiem. (La thérapeutique par le bactérioplage). Hauduroy.

La Presse Méd. № 10, luty 1931.

Leczenie bakterjofagiem stało się w ostatnich latach bardzo popularnem; lecz niejednokrotnie środek ten — uważany przez niektórych lekarzy za pewnego rodzaju panaceum na wszelkie cierpienia — jest stosowany bezkrytycznie, przez co nietylko nie sprowadza oczekiwanego wyniku, ale nawet może poważnie zaszkodzić choremu.

Stosowanie bakterjofaga wymaga uwzględnienia pewnych wskazań i przeciwskazań.

Przedewszystkiem, jest rzeczą bardzo ważną sposób przygotowywania tego środka, co jest naogół zadaniem trudnem i wymagającem odpowiednich kwalifikacji ze strony zajmującego się tem. Bakterjofag przed oddaniem go do użytku leczniczego powinien być poddany szeregowi prób odpowiednich, a zwłaszcza powinien rozpuszczać in vitro całkowicie odnośne drobnoustroje. Należy stosować wyłącznie dobrze przygotowane bakterjofagi, odpowiadające wszelkim wymaganiom, gdyż użycie bakterjofaga złego może przyczynić się nawet do zejścia śmiertelnego. Najlepsze wyniki daje bakterjofag, przygotowany z drobnoustrojów chorobotwórczych odnośnego chorego (auto-bakterjofag).

W naszych warunkach klimatycznych wyłącznie następujące zakażenia dają wskazania do leczenia bakterjofagiem: gronkowcowe (czyrak, czyrak mnogi, ropnie, pyodermia), enterokokowe i wywołane prątkiem okrężnicy. W zakażeniach gronkowcowych wynik dodatni osiągnięto w 76% wszystkich przypadków, przyczem zaznaczyć należy, że w przypadkach ogólnego zakażenia gronkowcem (pyemia staphylococcica) dodatnich wyników po zastosowaniu odnośnego bakterjofaga nie spostrzegano. Co do zakażeń prątkiem okrężnicy, to leczenie odpowiednim bakterjofagiem będzie wskazane wyłącznie w przypadkach, w których nie stwierdzamy zakażenia mieszanego, np. prątek okrężnicy + prątek gruźliczy.

PERSODINE

Lumière

SWOISTE LECZENIE

BRAKU ŁAKNIENIA

NADSIARCZANAMI

DZIAŁA OGÓLNIE **DROGĄ KRWIOBIEGU** ZAPOMOCĄ **TLENU:**

$$|M_2|S_2O_3 + H_2O = |M_2|SO_4 + H_2SO + O_4$$

ANALOGJA z DZIAŁANIEM **KLIMATU GÓRSKIEGO.**

PRZYWRACA ŁAKNIENIE NAWET W NAJUPORCZYWSZYCH PRZYPADKACH U DOROSŁYCH I DZIECI.

Łaknienie, w wołane zapomocą PERSODINE jest wyrazem wzmożenia zdolności asymilacyjnej ustroju.

SPOSÓB STOSOWANIA.

Dorośli: 2 razy dziennie po 3 tabletki na godzinę przed jedzeniem.

Dzieci od 8 — 10 lat: 2 razy dziennie po 2 tabletki na godzinę przed jedzeniem.

Dzieci od 2 — 7 lat: 2 razy dziennie po 1 tabletce na godzinę przed jedzeniem

rozpuszczając tabletki w 1/4 szklanki czystej wody bez dodawania cukru lub innych substancyj.

W przypadkach duru brzusznego dodatniego działania swoistego bakterjofaga nie zauważono.

Technika stosowania bakterjofaga. Wstrzykuje się podskórnie 3—4 razy w dawce 2—3 cm³, w przerwach 24-godzinnych; odczynu ogólnego ani jakiegokolwiek działania ubocznego (przy zastosowaniu dobrze przygotowanego bakterjofaga) nie bywa. Poza tem — stosowanie miejscowe, nie wyłączające bynajmniej ogólnego, w postaci okładów, wstrzykiwań do pęcherza moczowego, podawaniu doustnem (bact. coli) i t. p.

Wstrzykiwania dożylne bakterjofaga autor uważa za bezcelowe i szkodliwe (duży wstrząs).

Wskazania i wyniki operacji wyrwania nerwu przeponowego (phrenicoexairesis) w przebiegu gruźlicy płuc. (La phrénicectomie dans le traitement de la tuberculose pulmonaire). Bernard i Poix.

La Presse Méd. № 12, luty 1931.

Wyrwanie nerwu przeponowego, wprowadzone do lecznictwa po raz pierwszy przez *Stuertza* w roku 1911 (początkowo w postaci przecięcia nerwu), w ostatnich kilku latach stało się zabiegiem niesłychanie rozpowszechnionym i popularnym. Jednakże popularność swą zawdzięcza zabieg ten w dużym stopniu swojej prostocie i łagodności, a w mniejszym zaś, zdaje się — swej skuteczno-

ści. W wielu przypadkach wykonywa się operację tą bezkrytycznie, a właściwie nie uwzględniając właściwych wskazań i przeciwskazań. Jedni chirurdzy uważają wyrwanie nerwu przeponowego za operację bardzo skuteczną i celową samą w sobie, inni — za „ut aliquid fieri videatur", względnie wstęp do następowej torakoplastyki.

Autorowie spostrzegali i operowali w ten sposób 60 przypadków gruźlicy płuc i na ich podstawie wyprowadzają swoje wnioski, dotyczące zasadniczej wartości tej metody leczniczej, wskazań do niej i przeciwskazań.

W następstwie wyrwania nerwu przychodzi do skutku natychmiastowe porażenie i zwiotczenie odpowiedniej połowy przepony, co z kolei pociąga za sobą jej wyższe ustawienie, o 2 do 10 cm. Płuco dane zmniejsza swą objętość o ⅓ do ⅙; pomimo tego względnie niewielkiego spadnięcia się płuca, po operacji może przyjść do znacznego nawet zaostrzenia się procesu swoistego w płucu drugiem, o czem należy pamiętać; namawiając chorego na wyrwanie nerwu przeponowego jako na zabieg zupełnie niewinny i dobrotliwy.

Kliniczne następstwa lecznicze tej operacji odpowiadają naogół odmie piersiowej, jednakże wpływ dodatni tej ostatniej na zabliźnianie się płuca chorego, na kaszel, ilość odpluwanej plwociny i gorączkę, jest znacznie większy, niż wpływ frenikoeksajrezy.

Ustalając wskazania do operacji wyrwania nerwu przeponowego w przebiegu gruźlicy płuc, należy uwzględnić następujące 3 czynniki: 1) zdolność do bliznowatego kurczenia się płuca (właściwa postaciom wrzodziejąco-włóknistym gruźlicy płuc i obca postaciom rozpadowym), 2) brak bardziej rozległych zmian w płucu danem (spadnięcie się płuca jest następstwem obkurczenia się zdrowej tkanki płucnej dookoła ogniska chorobowego, zmieniona chorobowo tkanka płucna nie kurczy się), i 3) względna stabilizacja procesu swoistego w płucu danem (brak wysokiej gorączki).

Wnioski ostateczne. Wyrwanie nerwu przeponowego, jako zabieg sam w sobie powinno być wykonywane tylko w tych przypadkach, w których sztuczna odma piersiowa jest niewykonalna lub nieskuteczna; jednakże samo nieskutkowanie odmy nie wystarcza do zaproponowania choremu frenikoegzerezy, trzeba tu jeszcze tych warunków, o jakich była mowa wyżej (zdolność do bliznowatego kurczenia się płuca, brak zmian rozległych i względna stabilizacja procesu swoistego).

Z korzyścią jest wykonanie frenikoegzerezy, jako wstępnego aktu do torakoplastyki, gdyż pozwoli ona wcześniej ocenić właściwie charakter i rozległość zmian płuca drugiego.

M. Czyżewski.

POŁOŻNICTWO I CHOROBY KOBIECE

Ciąża po 50-ym roku życia. (La grossesse après cinquante ans). Vermelin H., Vaisbuch.
Revue Franç. Gynec. Obstètr. T. 26, Nr. 1, 1931.

Autorzy omawiają ciążę i poród u kobiet w wieku przekraczającym 50 lat. Przypadki te są stosunkowo rzadkie, lecz skoro się zdarzają, niewiele się różnią od ciąży i porodów u kobiet młodych. Miesiączkowanie w znaczeniu krwawienia miesięcznego nie jest konieczne, aby przyszło do ciąży, gdyż jajeczkowanie odbywać się może niezależnie od niego. Zachodzą w ciążę po 50 latach częściej wieloródki i to takie, które wiele razy rodziły — wyjątkowo tylko pierwiastki.

Tarnier i Budin podnoszą, co potwierdzają również autorowie niniejszego artykułu, że stosunkowo częstą komplikacją ciąży w późnym wieku jest zaśniad groniasty.

Poród wikła się niekiedy z powodu słabych skurczów macicy, przez co przedłuża się, zwłaszcza I okres porodu. Okres wydalenia idzie łatwiej, gdyż części miękkie pochwy i krocza nie stawiają żadnego oporu.

Choroby serca a ciąża. (Cardiopathies et grossesse). Carreras F. et Cristian Cortes.
Bull. Soc. Obstétr. Paris, T. 19, str. 35, r. 1930.

Autorowie obserwowali ściśle i przez dłuższy czas 104 ciężarne, badając ich stan serca w czasie ciąży, porodu i przy następnych ciążach. Na powyższą liczbę 104 osób składało się: 60 kobiet o zdrowem sercu, 16 — ze zwężeniem zastawki dwudzielnej, 7 — z czystą niedomykalnością tejże zastawki, 19 — z kiłą aorty i jej zastawek, 1 — z kiłowem schorzeniem naczyń wieńcowych.

W wyniku swoich badań autorowie dochodzą do wniosku, że w zasadzie wady serca same przez się nigdy nie są wskazaniem do przerwania ciąży, gdyż nietylko nie pogarszają się, ale niekiedy nawet poprawiają; tylko wybitne oznaki niedomogi serca, niepoddające się leczeniu, zmuszają do przerwania ciąży.

Odrębną grupę stanowią przypadki ze zwężeniem zastawki dwudzielnej, gdyż wada ta nietylko gwałtownie pogarsza się w czasie ciąży i to już w 2 — 3 mies., ale jeszcze po każdej przebytej ciąży nie wykazuje bynajmniej tendencji do powrotu do stanu z przed ciąży, ale przeciwnie, stan serca pogarsza się znacznie.

Toteż tylko u osób młodych, z absolutnem wyrównaniem decydować się wolno na przeprowadzenie ciąży do końca; w innych przypadkach nie tylko usunąć należy ciążę, ale i możność zapłodnienia.

Niedrożność jelit w czasie ciąży. (L'occlusion intestinale pendant la grossesse). Bohles E.
Revue Franç. Gynec. Obstétr. T. 26, Nr. 1, 1931.

Na wstępie autor opisuje dwa przypadki obserwowane przez się niedrożności jelit w czasie ciąży. W pierwszym niedrożność ta wywołana była skrętem makroskopowo zupełnie zdrowego jajnika w IV m. ciąży. Przypadek drugi znacznie rzadszy należał do grupy niedrożności jelit w czasie ciąży, wywołanej niewątpliwie przez nią samą. W czasie laparotomji, mianowicie, okazało się, że główka płodu w czasie porodu ucisnęła na esicę, wywołując jej chwilową niedrożność. Wydobycie płodu drogą cięcia cesarskiego usunęło przeszkodę i chora wkrótce wróciła do zdrowia.

Rozpatrując znane z literatury *(Ludwig, Mikulicz-Radecki, Stoeckel)* przypadki niedrożności jelit autor podnosi rozmaitość przyczyn inkryminowanych, jako powód tego powikłania. Nie wszystkie z tych przyczyn mogą być istotnie uważane za związane z ciążą (np. zrosty, guzy).

Jeśli chodzi o okres ciąży, w którym najczęściej występuje omawiane powikłanie, to stwierdzić należy, że do4-go mies. ciąży przypadki te są bardzo rzadkie, później stają się liczniejsze, pozostając na tym samym poziomie aż do IX-go mies. ciąży włącznie, dopiero przed samym porodem, w czasie niego i w połogu liczba przypadków niedrożności jelit wzrasta znacznie, osiągając najwyższe liczby.

Podniesione ostatnio spostrzeżenie związane jest prawdopodobnie z mechanicznym uciskiem ze strony macicy, względnie płodu; wszak właśnie w IV-ym m. ciąży macica wydostając się z obrębu miednicy małej wypełnia całkowicie jej wchód, przez co może wywierać ucisk na jelita, zawsze jednak tylko częściowy, usposobiający raczej do niedrożności już częściowo zmienione jelita. Podobnie działać może zwijająca się po porodzie macica na 3—4 dzień połogu, również wypełniająca wchód miednicy. W czasie porodu sam płód uciskając na jelita w okolicy linji bezimiennej wywołać może całkowite zaciśnienie jelita i zupełną jego niedrożność. Natomiast w dwu wyżej wspomnianych kombinacjach w ciąży i połogu, względny ucisk macicy jest tylko czynnikiem usposabiającym, wzmagającym niedowład jelit, względnie często spotykany w ciąży.

W sprawie rozpoznania azotemji (zwiększonej ilości azotu we krwi) w czasie ciąży. (A propos du diagnostic des azotémies au cours de la grossesse). Hofstein J.
Gynecologie et Obstétrique, T. 23, Nr. 1, str. 57. 1931.

Za przykładem *Leona Blum'a, Van Caulaert'a* i *Grabar'a* autor podnosi, że istnieją w ciąży pewne postacie wzmożonej ilości azotu we krwi, t. zw. azotemji, w których djeta bezsolna jest wprost przeciwwskazana. Azotemja powstać może w toku zatrucia ciążowego, czy to pod postacią wymiotów niepowściągliwych, czy rzucawki porodowej, czy choćby t. zw. nerki ciężarnej; podobny stan powstać może podczas zapalenia miedniczek nerkowych, niekiedy powikłanego zajęciem nerek. We wszystkich tych stanach należy podawać sól w pokarmach, natomiast należy powstrzymać się od niej w przypadkach prawdziwego zapalenia nerek z wysokiem ciśnieniem, wysoką azotemją, spadkiem rezerwy alkalicznej.

Na dowód słuszności swych słów autor przytacza obserwowane przez się 3 przypadki.

Doświadczenia kliniczne w sprawie znieczulenia porodowego za pomocą związku pochodnego kwasu barbiturowego, połączonego z syntetycznie otrzymanym pantoponem. (Expèriences cliniques sur l'anesthésie obstétricale par un dérivé barbiturique associé au pantopon synthétique). Kapel O.
Gynecologie et Obstétrique, T. 22. Nr. 6, str. 505, 1930.

Autor używał do znieczulenia porodowego injekcji dożylnych mieszaniny numal'u (związek pochodny od kwasu barbiturowego, podobny do pernoctonu), i nirvaponu (syntetycznie otrzymany pantopon), w stosunku następującym: 10%-wego rozczynu wodnego numalu 55 gr., 2%-wego wodnego rozczynu nirvaponu 5 gr. Mieszanina ta zatem w 1 cm.³ zawiera czystego numalu 0,092 i nirvaponu — 0,0016.

Dawka zwykła wynosi 4—5 cm.³ omawianej mieszaniny i zazwyczaj wystarcza. Jeśli pacjentka nie zasypia, dodać można odrazu 1—2 cm³. Następną większą injekcję dać można dopiero najwcześniej po 5 godz. i wówczas dawka powinna wynosić około 2 cm.³. Wlewanie dożylne odbywać się winno b. powoli, a mianowicie 1 cm.³ na minutę.

Obserwacje autora odnoszą się do 300 rodzących. Wyniki uznane za dobre w 86% przyp., za niedostateczne — w 14% przyp. Znieczulenie powyższe stosować można tylko w zakładzie położniczym, nie zaś w praktyce prywatnej, głównie z powodu obawy o dziecko.

Warunkiem położniczym dla rozpoczęcia znieczulenia numalem i nirvaponem jest rozwarcie ujścia zewnętrznego dla pierwiastek o średnicy 7 cm., dla wieloródek — 5 cm., przyczem u pierwiastek główka powinna być głęboko ustalona we wchodzie.

Za przeciwwskazanie uważa autor: pierwotne osłabienie bólów, gorączkę w czasie porodu, u pierwiastek wiek ponad 30 lat, ponadto nieprawidłowe położenie płodu, zapalenie nerek rodzącej (to ostatnie przeciwwskazanie ustalono ze względu na płód). W związku z ostatniem zastrzeżeniem nadmienić należy, że około 15% dzieci rodzi się w mniej lub więcej ciężkiej asfiksji; naogół udaje się je docucić, dwoje jednak dzieci nie docucono, co stanowi ca 0,75% śmiertelności dzieci. Wreszcie na zakończenie stwierdzić należy, że zdaniem autora, omawiana metoda bezbolesnego porodu nie wpływa na siłę skurczów macicy, o ile została zastosowana niezbyt wcześnie, t. j. przy zbyt małem rozwarciu ujścia zewnętrznego macicy.

W sprawie krwawień obserwowanych po okresie przekwitania i zależnych od guza lub torbieli jajnika. (A propos des metrorragies observées après la menopause et dûes à une tumeur ou à un kyste de l'ovaire). Moulonguet P.
Bull. Soc. Obstétr. Paris, T. 19, str. 342, r. 1930.

Na 74 przypadki krwawień macicznych po okresie przekwitania stwierdził autor w 19-tu guzy lub torbiele jajnika. Nowotwory jajnika wywołujące wyżej wspomniane krwawienia są w olbrzymiej większości nowotworami dobrotliwemi, gdyż w statystyce autora zaledwie 5 na 50 (10%) było nowotworów złośliwych.

Zastanawiając się nad mechanizmem powstawania tych krwawień macicznych autor nie zgadza się z przypuszczeniem R. Meyer'a, jakoby pod wpływem bujania nowotworowego następowała reaktywacja aparatu pęcherzykowego w jajniku.

Natomiast możliwe jest istnienie jakiegoś bodźca wzrostowego, wychodzącego z nowotworu jajnika i odbijającego się na śluzówce macicy, wywołując jej przerost i rozrost gruczołów, równie jak elementów tkanki podścieliskowej. Pamiętać o tem należy, zwłaszcza przy rozpoznaniu raka trzonu macicy, które stawia się niekiedy zbyt

pohopnie w przypadkach krwawień macicznych po przekwitaniu.

Czy substancja zawarta w łożysku, a działająca na jajnik jest istotnie hormonem przedniego płata przysadki mózgowej. (La substance du placenta qui est active sur l'ovaire est-elle une hormone pré-hypophysaire?). Klein M.

(Comptes rend. Soc. Biol. Paris, T. 102, str. 1070, 1929).

Autor udowodnił już dawniej, że injekcje substancji łożyskowej niedojrzałym zwierzętom wywołują w jajniku mysim takie zmiany, jak wszczepienie przedniego płata przysadki mózgowej. Natomiast w stosunku do tarczycy zachowują się te dwie substancje rozmaicie. Według badań *M. Arona*, przedni płat przysadki mózgowej wywołuje w tarczycy obfite wydzielanie koloidów i przerost komórek, natomiast *Klein* wstrzykując substancję łożyskową, nie zauważył w tarczycy żadnych zmian. Z obserwacji tych wyciągnąć można dwojaki wniosek: albo przysadka wytwarza kilka hormonów, z których łożysko magazynuje tylko jeden działający na jajnik, albo też — co wydaje się autorowi prawdopodobniejsze — łożysko zawiera substancję jakkolwiek nie identyczną z hormonem przedniego płata przysadki mózgowej, to jednak działającą na jajnik zupełnie jednakowo.

Boczne cięcie brzucha w przypadkach torbieli jajnika, wikłających ciążę. (La laparotomie latérale dans les cas de kystes de l'ovaire compliquant la gestation). Le Lorier V.

Bull. Soc. Obstétr. Paris, T. 19, str. 234, 1930.

W V — VIII mies. ciąży, powikłanej torbielami jajnika, wykonywać należy boczne cięcie brzucha, nie zaś w linji środkowej, gdyż przy tem ostatniem konieczność usuwania na bok lub wytaczania macicy ciężarnej jest powodem do poronienia mniej więcej w 17% przypadków.

Autor opisuje 6 operowanych przez się przypadków torbieli jajnika i ciąży, z zachowaniem poruszonego przez się zastrzeżenia i wszystkie te przypadki skończyły się szczęśliwie, a operowane opuściły szpital z ciążą utrzymaną.

W przypadku siódmym rozpoznanie torbieli jajnika okazało się błędne, gdyż autor miał do czynienia z mięśniakiem tylnej ściany; spostrzegłszy pomyłkę autor nie usuwając guza zamknął brzuch, odkładając operację do czasu porodu, który *Le Lorier* miał zamiar przeprowadzić za pomocą cięcia cesarskiego.

Wyleczenie nawrotu rakowego w gruczole chłonnym za pomocą igieł radowych, wbitych przez laparotomję. (Guérison d'une récidive ganglionnaire d'un cancer du col par la radium puncture aprés laparatomie). Donay E.

Bull. Soc. Obstétr. Paris, T. 19, str. 59, r. 1930.

W r. 1917 operowano 56-io letnią pacjentkę z powodu obustronnych torbieli jajnika i usunięto jej macicę wraz z przydatkami.

Po 2 miesiącach stwierdzono u niej raka części pochwowej. Poddano chorą naświetlaniu Roentgenem, stosując dawkę 20 milicurie detruits. Po 5 miesiącach wystąpił przerzut w gruczole chłonnym; dokonano wówczas laparotomji i wbito 4 igły radowe do przerzutu.

Po tym zabiegu nastąpiło wyleczenie, stwierdzone nietylko objektywnie, i subjektywnie, ale nawet mikroskopowo, gdyż w r. 1921 przy sposobności innej operacji usunięto niegdyś schorzały gruczoł i poddano go badaniu anatomopatologicznemu.

Badanie wykazało jedynie tkankę bliznowatą bez śladu objawów zwyrodnienia nowotworowego.

Obecnie w 13 lat po leczeniu raka chora czuje się dobrze.

Na zakończenie autor zaznacza, że leczenie omawiane zastosował w 10 innych przypadkach, wszystkie jednak zakończyły się zejściem śmiertelnem.

Przyczynek do badań nad leczeniem zapaleń macicy i przydatków zapomocą szczepienia „regionalnego" (metoda Basset - Poincloux). (Contribution à l'étude du traitement des métro-annexites par la vaccination regionale methode Basset-Poincloux). Crainicianu Al., Pavelescou P.

Revue Franç. Gynéc. Obstétr. T. 26, Nr. 1, 1931.

Na klinice bukareszteńskiej prof. *Daniela* zastosowano w 20 przypadkach zapalenia macicy i jej przydatków metodę *Basset'a* i *Poincloux'a* t. zw. szczepienia „regjonalnego". Istotą tej metody jest stosowanie szczepionki ściśle swoistej dla danego zakażenia i wprowadzenie jej w miejsce przypuszczalnych wrót zakażenia (np. w przypadkach gonokokowego zapalenia przydatków i macicy — szczepienie szczepionką gonokokową w okolicę gruczołów przycewkowych Skené'go lub do szyjki czy części pochwowej macicy).

Z wymienionej liczby 20 przypadków 7 określono, jako zapalenie ostre, 6 — podostre, 6 — przewlekłe. Ostatni przypadek było to zapalenie gonokokowe stawów drobnych prawej dłoni.

Technika leczenia polegała na injekcjach 0,1 — 0,2 cm³ szczepionki za pomocą krótkiej cienkiej i ostrej igły do śluzówki gruczołów Skené'go, Bartholin'a lub do śluzówki cewki czy szyjki macicy.

Wyniki leczenia najlepsze były w grupie zapaleń ostrych (na 7 przyp. — 4 wyzdrowienia, 3 poprawy); gorsze w grupie podostrych (na 6 przyp. — 2 wyleczenia, 2 poprawy, 2 bez zmian); najgorsze zaś w przypadkach przewlekłego zapalenia (na 6 przyp. — 3 poprawy, 3 — bez zmiany).

Gwałtowny odczyn ogólny, występujący zwłaszcza po pierwszych injekcjach czyni omawianą metodę leczniczą nieodpowiednią dla praktyki prywatnej. Nadaje się ona zatem najlepiej do leczenia klinicznego i to ostrych zapaleń przydatków macicy.

T. Zawodziński.

CHOROBY DZIECIĘCE

Przerostowe stłuszczenie wątroby niemowlęcia. Stéatose hypertrophique du foie chez un nourrisson). Robert et G. Semalaigne.

„La presse médicale", № 101, 17 grudnia 1930 r.

Autorzy podają obserwację b. ciekawego przypadku, może nawet jedynego w piśmiennictwie. Dziecko to urodziło się w styczniu 1927 r., jako trzecie zkolei w rodzinie cieszącej się dobrem zdrowiem. Najstarsze z rodzeństwa również zdrowe. Natomiast drugie z dzieci rozwijające się normalnie do 3-iego tygodnia, karmione piersią, zapadło nagle na zdrowiu wśród objawów zaburzeń żołądkowych, lekkiego stanu podżółtaczkowego i zmarło po 20-tu dniach od chwili rozpoczęcia choroby, wśród objawów postępującego wyniszczenia Tą tajemniczą śmierć dziecka składano na karb syfilisu, mimo, że nie znaleziono żadnych jego oznak, ani u dziecka, ani u rodziców. Ci ostatni poddali się jednakże b. energicznej kuracji przeciwsyfilitycznej z obawy o losy przyszłego potomstwa. Poród przy trzeciem dziecku odbył się normalnie, na czas.

Dziecko bez widocznych oznak syfilisu, lub innej skazy wrodzonej, o wadze 4 kg. z wątrobą wystającą zaledwie z pod łuku żebrowego, śledzioną nienamacalną.

Karmione piersią, rozwija się normalnie do 9-ego miesiąca życia. Od tej pory kilka porcyj dziennych mleka kobiecego zastępuje się mlekiem krowiem. Pokarm sztuczny, bez względu czy to jest mleko skondensowane, czy papki słodowe nie jest znoszony przez dziecko. Utrata apetytu i częste wymioty zmuszają rodziców do wynalezienia karmicielki. Wymioty wówczas ustają, ale pojawiają się wypróżnienia śluzowate. Dziecko staje się smutne, źle sypia. Wciągu miesiąca traci na wadze 500 gramów. W grudniu pojawia się temperatura 39°, trwająca bez przerwy przez kilka dni. Próba Pirquett'a wypada ujemnie. Badanie rentgenologiczne płuc, nie wykrywa w nich zmian patologicznych. Badanie moczu wyłącza możliwość infekcji ze strony dróg moczowych. Przez cały styczeń utrzymuje się nieprawidłowa temperatura z wahaniami od 37° do 39°, z dalszym spadkiem wagi. Przy końcu stycznia dziecko skarży się na ból w prawej dolnej kończynie, nasilający się przy ruchach biernych.

Rentgen systemu kostnego wypada ujemnie.

W pierwszych dniach lutego stan chorego pogarsza się nagle. Dziecko jest bezsilne, apatyczne, wymiotuje nawet pokarm kobiecy. Wtedy to stwierdza się znaczne powiększenie wątroby, która płatem prawym sięga do prawego dołu biodrowego, lewym zaś wypełnia lewe podżebrze, sięgając dolną granicą do poziomu linji pępkowej. Wątroba gładka, dość twarda, niebolesna. Temperatura po kilkudniowem wzniesieniu do 40°, opada do 37°, co wywołuje nieznaczną poprawę stanu ogólnego. Dalsze badania chemiczne i bakterjologiczne moczu nic nowego nie przynoszą. Badanie krwi wykazuje dość znaczną anemję. C. czerwonych — 2.500.000, białych — 8.000. Hb — 75%. Reakcja Bordet-Wassermanna z krwi — ujemna. Rentgen płuc — bez zmian. Leczenie elektralgolem preparatami arszenikowemi rtęciowemi — zawodzi. Bez efektu pozostają również naświetlania ultrafioletowe.

Klinicznie w tym okresie nie stwierdza się powiększenia śledziony, ani stanów niewydolności wątrobianej w postaci stanów podżółtaczkowych. Mocz jasny bez barwików żółciowych. Wypróżnienia zabarwione normalnie.

Przy końcu marca nowe pogorszenie.

Ponieważ wyniszczenie zbliża się już do kacheksji poddają dziecko próbnej laparotomji — w przypuszczeniu sprawy nowotworowej.

Podczas operacji znajdują wątrobę znacznie powiększą, gładką, dość twardą, bez jakichkolwiek wypukleń, mającej wygląd wątroby tłuszczowej. Mały wycinek tkanki wątrobowej wzięty do zbadania bakterjologicznego nie dał pozytywnej odpowiedzi. W obrazie histo-patologicznym na pierwszy plan wysuwa się znaczne, rozlane stłuszczenie miąższu wątrobowego. Tłuszcz wypełnia prawie całkowicie protoplazmę komórki, pozostawiając tylko wąski jej rąbek ze spłaszczonem jądrem. Na przekroju żyły wrotnej widać nacieczenie limfocytarne i rozrost tkanki łącznej międzyzrazikowej.

Reasumując jest to obraz stłuszczenia wątroby z dyskretnie zaznaczonemi objawami zapalnemi, idącemi w kierunku marskości.

Dziecko dobrze zniosło wstrząs operacyjny i uśpienie eterowe. W następstwie wyniku badania wątroby poddano je djecie beztłuszczowej (mleko odtłuszczone), ale wkrótce powrócono do zwykłej djety mlecznej, z powodu braku poprawy. Podczas nowego nawrotu przy końcu kwietnia po raz pierwszy wystąpiły objawy niewydolności wątrobowej pod postacią stanu podżółtaczkowego powłok skórnych i spojówek i wybroczyn krwawych na brzuchu. W moczu bilirubina i barwiki żółciowe w małej ilości. Stosuje się podskórny zastrzyk z krwi ojcowskiej i wkrótce potem transfuzję tejże krwi w ilości 50 cm³. Leczenie to sprowadza poprawę. Dziecko może przyjmować większe ilości mleka krowiego i trochę potraw mącznych. Stan podżółtaczkowy i wybroczyny krwawe znikają; dziecko przybiera na wadze. Badanie moczu w tym okresie wykazuje lekki białkomocz, trochę cukru i wałeczki ziarniste. Wątroba zmniejsza nagle swoją objętość o ⅓ poprzedniej.

W czerwcu powtarza się zastrzyk podskórny z krwi, tym razem wywołujący chorobę posurowiczą (pokrzywka i obrzęk kończyn). Taksamo nie udaje się transfuzja, wywołująca wstrząs natychmiastowy.

Następny nawrót w lipcu o słabem nasileniu i z lepszym, niż dawniej stanem ogólnym.

Objętość wątroby już zmianom nie ulega. Od tej pory dziecko wchodzi w okres rekonwalescencji. Obecnie można je uważać za wyleczone. Rozwija się zupełnie zadowalająco fizycznie i umysłowo. Jedynym dowodem przebytej choroby jest powiększona wątroba.

A zatem choroba przedstawia się jako hepatomegalja u dziecka normalnie rozwijającego się do 9 miesiąca życia.

Rozpoczęło się od zaburzeń żołądkowych z utratą na wadze, do których potem dołączyła się podniesiona temperatura bez prawidłowego rytmu; nagłe powiększenie wątroby bez jednoczesnego powiększenia śledziony, krótkotrwała niewydolność wątroby pod postacią żółtaczki barwików żółciowych, urobiliny i cukru w moczu i postępujące wreszcie wyniszczenie dziecka. Badanie histopatol. wątroby stwierdza znacznego stopnia stłuszczenie wątroby o niewiadomej etjologji.

Badanie przemiany tłuszczów w ustroju nie znalazło odchyleń od normy. Krew zawierała w litrze 3.40 gr. lipoidów i 2.30 gr. tłuszczów obojętnych i 1.05 gr. cholesteryny.

Jedynie w osadzie moczu znaleziono kryształy tłuszczowe dwułomne. Nakoniec dołączyły się objawy moczowe w postaci białkomoczu i wałeczków ziarnistych. Ten cały zespół objawów i przebieg choroby uprawniał do niepomyślnego rokowania

i dlatego wielką niespodziankę sprawiło nieoczekiwane wyzdrowienie dziecka.

Prawdopodobnie więc zmiany w komórce wątrobowej były zwykłego nacieczeniowego, a nie zwyradniającego typu. Trudną jest rzeczą ustalić rozpoznanie tego przypadku, gdyż nie można go pomieścić w ramach żadnej ze znanych chorób niemowlęcia. Ujemny Pirquet i brak rentgonologicznie uchwytnych zmian w płucach pozwoli na wyłączenie tbc.

Badanie histopatologiczne wątroby przekreśla możliwość nowotworu. O syfilisie też nie można myśleć, chociaż najuparciej zatrzymywano się przy tem rozpoznaniu wobec ujemnego odczynu B.-W. tak rodziców, jak i dziecka, braku jakichkolwiek objawów syfilisu wrodzonego niemowlęcia, przytem obecność długotrwałej podniesionej temperatury, brak powiększenia śledziony, uszkodzenia systemu kostnego, lub skórno-mięśniowego i nietypowy dla syfilisu obraz histopatol. zmian wątrobowych.

W chorobie *Nieman-Picka* hepotamegalja jest poprzedzona znaczną splenomegalią i zejście bywa niepomyślne. W wątrobie komórki wątrobowe są bardzo słabo nacieczone tłuszczem, zato wśród uciśniętego miąższu wątrobowego na pierwszy plan wysuwają się duże, jasne komórki o zawartości lipoidalnej, komórki N.-P. o b. charakterystycznym wyglądzie.

Choroba Gaucher'a naogół rzadko spotykana u niemowląt też może być wyłączona dla tych samych przyczyn, co N.-P. (komórki w wątrobie z wyglądu podobne do komórek Nieman-Picka, tylko wypełnione zawartością azotową, a nie lipoidalną).

Najmożliwsze wg. autora do przyjęcia są 3 hypotezy. A więc etjologja natury: 1) infekcyjnej, 2(toksycznej lub 3) na tle zaburzeń w przemianie tłuszczów.

Pochodzenie infekcyjne jest możliwe wobec stałej gorączki. Natura infekcji pozostałaby jednak nieznana. Pochodzenie toksyczne posiada mało cech prawdopodobieństwa. Najbardziej pociągająca jest ostatnia teorja, zaburzenia przemiany tłuszczowej mogłyby wywołać przeładowanie tłuszczem wątroby.

Przebieg cukrzycy dziecięcej pod wpływem leczenia djetą i insuliną. (Evolution du diabète infantile sous l'influence du traitement par le régime et l'insuline). M. L a b b e.

Presse médicale № 62. 1930.

Cukrzyca wieku dziecięcego uważana była dawniej za chorobę prowadzącą nieuchronnie do śmierci w przeciągu 2-ch lat. Od czasu wprowadzenia insuliny do lecznictwa, ocena prognozy uległa znacznej zmianie. Autor podaje dwuletnią obserwację jednego przypadku, w którym dzięki insulinie i odpowiedniej djecie udało się zapewnić optymalne warunki bytowania jedenastoletniemu dziecku, dzięki którym mogło rozwijać się fizycznie i umysłowo bez jakichkolwiek objawów cukrzycy. Poza bowiem pewnymi momentami, wywołanemi czy to wskutek przepracowania fizycznego, czy wyczerpania umysłowego, jakąś lekką infekcją, bądź błędem w djecie, czy chwilowem zaniedbaniem insuliny, podczas których występował w moczu cukier i ciała acetonowe, nie było innych objawów, lub komplikacyj cukrzycy płuc, serca, skóry, oczu, układu nerwowego, jak się je widzi w cukrzycy wieku młodzieńczego. Czasem dzieci z cukrzycą odznaczają się suchością skóry, zaczerwienieniem śluzówek, wyraźnym rysunkiem żył na twarzy i znaczną pobudliwością układu nerwowego centralnego.

Cukrzyca wywiera rozmaity wpływ na rozwój fizyczny dziecka. Pod tym względem dzieli autor chorych na 3 kategorje: 1) z rozwojem normalnym, 2) zahamowanym i 3) przyśpieszonym i ostatnią kategorję uważa za najliczniejszą grupę ilościowo.

Przyczyny tego faktu jedni dopatrują się w wypadniętym wpływie insuliny, inni w działaniu specyficznem cukrzycy na czynność tarczycy, lub przysadki, której wyrazem byłaby produkcja jakichś hormonów dokrewnych. Sam autor zachowując w tej sprawie stanowisko wyczekujące, zadawala się tylko stwierdzeniem faktu.

Ciekawa jest rola, jaką odgrywa insulina w przebiegu cukrzycy. Niektórzy, jak Bauting i Joslin, widząc zwiększającą się po insulinie tolerancję względem węglowodanów, wyrazili przypuszczenie, że insulina leczy przyczynowo i że sprowadza restytucję czynności trzustki, aż do zupełnego zniknięcia cukrzycy. Autor na podstawie własnych obserwacyj ocenia insulinę bardziej pesymistycznie, godząc się tylko na to, że insulina wstrzymuje rozwój cukrzycy, zwiększa tolerancję względem węglowodanów, ale nie sprowadza poprawy w sensie regeneracji zanikłych wysepek Langerhansa. W każdym bądź razie podaż insuliny wraz z odpowiednią djetą pozwoli rozwijać się normalnie dziecku, dotkniętemu najcięższą nawet postacią cukrzycy i w przyszłości wywiązywać się z powodzeniem z obowiązków, jakie wkłada na niego praca zawodowa.

Ciemną i niewyjaśnioną jeszcze jest etjologja cukrzycy wieku dziecięcego. Autor nie może się zgodzić na przypisywanie jakichkolwiek wpływów gruczołowi tarczowemu, płciowym, przysadce, czy grasicy na tę sprawę, gdyż brak jest na poparcie przekonywujących przykładów.

Dziedzicznie występuję cukrzyca tylko w ilości od 10—15% przypadków; prawdopodobnie na tle przekazywanej dziedzicznie niewystarczalności produkcji hormonów insuliny, ujawniającej się zaraz po urodzeniu, albo w jakiś czas.

Wyłącza też autor możliwość tła luetycznego, gdyż na 395 dzieci djabetycznych Joslin nie znalazł ani jednego z syfilisem.

Strause ani razu nie znalazł cukrzycy u dzieci z syfilisem, sam autor wreszcie nie stwierdził poprawy cukrzycy po leczeniu przeciwkiłowem.

W sprawie leczenia autor energicznie zaleca djetę odpowiednią i insulinę od samego początku choroby, nie czekając na zjawienie się kwasicy.

Insulina bowiem wstrzymuje fatalny rozwój cukrzycy, zwiększa tolerancję względem węglowodanów, a nawet, jak twierdzą Joslin i Banting, a ostatnio Allan i Wilder, usuwa cukrzycę zupełnie.

W średnio-ciężkich przypadkach autor zaleca podawanie 40 jednostek insuliny, które dzieli na 2 porcje, podawane natychmiast po jedzeniu o 12-ej w południe i o 7-ej wieczorem. Tego rodzaju modus vivendi należy uprawiać przez całe życie chorego.

Postać wsierdziowa choroby Stilla. (Forme endocardique de la maladie de Still).. R o b e r t D e b r é, R o b e r t B r o c a et M a u r i c e L a m y.

Archives de médecine des enfants, Tom 33, № 4, 1930.

Choroba *Stilla* przedstawia jednostkę chorobową odmienną zupełnie od przewlekłego gośćca dziecięcego. Choroba Stilla występuje u dzieci, między 2-im, a 6-ym rokiem ich życia. Rozpoczyna się od zajęcia symetrycznego stawów, najczęściej dłoni, nadgarstkowych, łokciowych, kolanowych, rzadziej łopatek, lub kręgów. Zajęte stawy są obrzmiałe z ograniczoną ruchomością wskutek bolesności, skórą nad stawami niezmienioną. Obrzmienie stawów, zdaniem rentgenologów, jest wywołane zmianami części miękkich dookoła stawowych i aparatu wiązadłowego. W częściach kostnych zmian niema. Retrakcja mięśni łącznie ze zmianami części miękkich powoduje przymusowe ustawienie kończyn w zgięciu, co uniemożliwia choremu chodzenie.

Drugą cechą choroby *Stilla*, odróżniającą ją od przewlekłego gośćca, jest zajęcie gruczołów chłonnych najpierw w okolicy stawu schorzałego, a potem uogólniające się na pozostałe na obwodzie, a nawet wewnątrz klatki piersiowej i jamy brzusznej. Gruczoły są twarde, niebolesne, sięgające wielkości orzecha laskowego bez tendencji do ropienia. Stan gruczołów jest miernikiem postępu sprawy stawowej. Zwiększanie się objętości gruczołów towarzyszy pogorszeniu, czy zajmowaniu nowych stawów, zmniejszanie — ustępowaniu procesów stawowych. Pozatem trzecim ważnym objawem tej choroby — jest powiększenie niebolesne śledziony, wystającej na 5 cm. z pod łuku żebrowego. Ilość hemoglobiny i czerwonych ciałek jest zmniejszona, pozatem leukocytoza z eozynofilją. Stan ogólny jest upośledzony. Dziecko jest wychudzone, z podniesioną temperaturą, albo typu stałego o niewielkiem wzniesieniu, albotеż w formie nieprawidłowych, wysokich wzniesień z dłuższemi, lub krótszemi przerwami bezgorączkowemi. Obrazu dopełnia zajęcie osierdzia, chociaż, jak sprzeciwiają się temu Parkes-Weber i Poyton, raczej wsierdzie wciągnięte jest w sprawę chorobową. Przebieg najczęściej powolny, długotrwały, prowadzący wreszcie do zejścia śmiertelnego, czy to wskutek wyniszczenia znacznego stopnia, czy też dołączających się chorób, jak zapalenie płuc odoskrzelowe.

Takim jest obraz choroby Stilla, opracowany przez niego w 1896 roku.

Otóż, zdaniem autora, obserwacja ich przypadku choroby S. jest warta uwzględnienia, gdyż wprowadza pewne poprawki do ustalonego obrazu chorobowego. Mały Jerzyk Dub., który zachorował w 4-ym roku życia z pierwszym nawrotem w 8-ym i drugim w 12-ym roku życia, przedstawia swoim zespołem objawów chorobę St. Jest on blady, wychudzony z obrzmiałemi i nieruchomemi wskutek znacznych bolów stawami kończyn dolnych i górnych, powiększoną i niebolesną śledzioną, powiększonemi gruczołami chłonnemi i zatrzymanym rozwojem fizycznym. Ale zato odchyleniem od typowego obrazu St. byłyby 1) zmiany w systemie kostnym w postaci znacznych, rozsianych narośli kostnych pozastawowych bez zaburzeń wapnienia, 2) złośliwe zapalenie wsierdzia o przebiegu wolnym pod postacią niedomykalności zastawek, dwudzielnej i aortalnej, przebiegające z powiększeniem serca i krwawemi wybroczynami. Mimo, że posiew krwi wypadł ujemnie i podejrzewanego paciorkowca zieleniejącego nie znaleziono jednakże charakter zaburzeń sercowych nasuwał rozpoznanie złośliwego zapal. wsierdzia o przebiegu powolnym. Autor nie umie wyjaśnić, czy cały ten zespół objawów da się pomieścić w ramach choroby St., czy tylko choroba St. pierwotnie uszkadza serce, przygotowując teren do wystąpienia wtórnie zmian, wywołanych przez paciorkowca zieleniejącego.

Przyczynek w sprawie istoty hypotrepsji niemowląt i jej leczenia. (Contribution á l'étude et du traitement de l'hypotrepsie des nourrissons). L. N i c o l a s S p y r o p o u l i s.

Arch. de méd. des enfants, Tom 33 1930.

Stan kachektyczny spotykany często we wczesnym wieku dziecięcym większość autorów za *Marfanem* nazywa hypotrepsją. Zależnie od stopnia nasilenia jej objawów rozróżnia się 3 stopnie. I — hypotrepsja prosta, II — hypotr. średnia i III — hypotr. ciężka, albo atrepsja, czy dekompozycja niemieckich autorów.

Przyczyny hypotrepsji są liczne. Najczęściej jest nią niedostateczność pożywienia (niedożywienie). Wywołują one hypotrepsję pierwszego, co najwyżej drugiego stopnia i przedstawiają prognozę pomyślną. Kiedyindziej przeciwnie przyczyn dopatrujemy się w przekarmianiu dziecka, lub w niewłaściwym pokarmie, jak to widzi się u dzieci, karmionych sztucznie.

Jeśli źródła choroby nie można doszukać się ze strony pożywienia, wtedy trzeba myśleć o gruźlicy, syfilisie wrodzonym, osłabiających ustrój dziecka jeszcze w okresie płodowym jego życia. Hypotrepsja wówczas przybiera postać ciężką i rozwija się od pierwszych dni życia dziecka. Cechuje się ona niedostatecznością funkcji trawiennej i asymilacji strawionych już pokarmów. Hypotrepsja jest tylko przejściowa i słabiej zaznaczona, jeśli jest wywołana przez choroby zakaźne, ostre.

Niedostateczność trawienna i asymilacyjna wywołuje zwłaszcza w wieku niemowlęcym, gdzie proces rośnięcia jest bardzo intensywny i w związku z tem zapotrzebowanie substancyj odżywczych dość znaczne, poważne zaburzenia w gospodarce ustroju zwłaszcza w zakresie substancyj tłuszczowych. Następuje wtedy samospalanie ustroju w celu zrekompensowania deficytowego bilansu. Ponieważ zaburzenia te odbijają się i na czynnościach wątroby i gruczołów dokrewnych, więc też w następstwie powstaje zatrzymywanie i krążenie w ustroju substancyj anormalnych, toksycznie działających na ustrój, dorzucających swój wpływ szkodliwy do poprzednich i uzupełniający w sumie kliniczny obraz hypotrepsji.

Leczenie skierowane jest wyłącznie przeciw zaburzeniom asymilacji, gdyż na tej płaszczyźnie rozgrywają się najistotniejsze i najbardziej ważkie procesy patologiczne. Leczy się przyczynowo, o ile to jest możliwe. W tych jednak razach, gdzie leczenie takie zawodzi autor myślał o zastosowaniu insuliny, opierając się na jej własnościach hamujących glikolizę i wzmagających adsorbcyj-

ną własność względem węglowodanów innych organów i na tej drodze oszczędzanie tłuszczów ustroju. Dla wypróbowania przypuszczalnych wpływów insuliny na hypotrepsję autor przeprowadził obserwację na 12-tu chorych, gdzie w rozpoznaniu wyłączono tbc i lues. Insulinę podawano w formie injekcyj podskórnych od 6 do 10-ciu jednostek 2 razy na tydzień. Przed injekcją podawano cukier w gramach, odpowiadających ilości jednostek, po injekcji pokarm w celu zapobieżenia hypoglycaemia. Kuracja składała się z 6 — 10 injekcyj. Ilość pokarmu podawanego podczas leczenia insuliny była ściśle dostosowana do zdolności trawiennych dziecka i powiększana stopniowo w miarę poprawy pod stałą kontrolą wagi. Z doświadczeń tych wynikało, że u niemowląt przed 8-ym miesiącem życia, u których hypotr. przybiera najczęściej postaci ciężkie — insulina poprawy nie przynosiła. Natomiast u dzieci po 8-ym miesiącu życia nawet w formach ciężkich wyniki były pomyślne. Stan ogólny poprawiał się; dziecku przybywało na wadze, zaburzenia trawienne znikały, skóra nabierała świeżości i elastyczności. Mocz i wypróżnienia — normalne. W krwi — podnosiła się ilość ciałek czerwonych i hemoglobiny. Zachęcony dodatniemi wynikami, autor stosował szeroko tę metodę z pomyślnym zawsze rezultatem.

Zdaniem autora insulina ułatwia rezorbucję glukozy z pobranych pokarmów, co ułatwiłoby w następstwie wykorzystanie tłuszczów i magazynowanie ich w ustroju. Insulina wpływa nietylko na przemianę węglowodanów, ale i tłuszczów i białek, a więc sięga swemi wpływami głęboko w gospodarkę ustroju. Zatrzymuje także duże ilości wody nie wywołując ani hydremji, ani obrzęków. Nieskuteczność insuliny u dzieci przed 8-ym miesiącem życia autor tłumaczy charakterem czynników patogenetycznych, które najczęściej w postaci krętka bladego uszkadzającego ustrój jeszcze w okresie jego życia płodowego, wywołują poważne i nieodwracalne zmiany w organach dziecka. U niemowląt starszych, u których tendencje wzrostowe są już słabsze, a siły odpornościowe znaczniejsze łatwiej opanować sprawę chorobową. I w tych właśnie razach, insulina oddaje, zdaniem autora, wielkie usługi choremu ustrojowi.

O komplikacji w różyczce. (Sur une complication de la rougeole). Camims.

Arch. de méd. des enf. T. 33. № 4. 1930.

Autor podaje, że w czasie ostatniej epidemji różyczki w Grecji zauważył nową komplikację, zjawiającą się bądź w okresie wysypki bądź po okresie wysypki. Jest nią ostre zapalenie gruczołów chłonnych. Popiera to obserwacją 2-ch przypadków. U chorego dziecka, w dwa dni po zjawieniu się wysypki temperatura podniosła się do poziomu 40° i zjawiło się bolesne wzdęcie brzucha. Badanie tegoż dnia wieczorem nie znalazło nic w płucach, ani drogach pokarmowych. Natomiast obmacywanie szyi wykryło bolesne masy gruczołowe w okolicy tętnicy szyjnej. Badanie jamy nosowo - gardzielowej stwierdziło znaczne wyrośle wegetatywne, skąd przy uciśnięciu wydobyła się krew, zmieszana ze śluzem i ropą. Po wstrzyknięciu do jamy nosowej oliwy gomenolowej, temperatura opadła i dziecko wyzdrowiało. Autor widział jeszcze 5 podobnie przebiegających przypadków. Ponieważ wszyscy ci chorzy mieli wyrośle wegetatywne, więc autor przypuszcza, że z tego źródła następuje wtórna infekcja podczas różyczki, wywołująca w następstwie ostre zapalenie gruczołów chłonnych, poddające się leczeniu oliwą gomenolową w formie wstrzykiwań do jamy nosowej.

Dyfteryt noworodków i niemowląt (La diphtérie du nouveau-né et du nourrisson). A. B. Marfan.

Revue française de pediatrie. Tom 6. № 1. 1930.

Dyfteryt jest chorobą wieku dziecięcego. Występuje najczęściej u dzieci między 1-ym, a 5-ym rokiem ich życia. W pierwszych miesiącach i po 7-ym roku jest rzadkiem zjawiskiem. Dyfteryt cechuje się tworzeniem błon wrzekomych w górnych drogach oddechowych. Jednak w pierwszym roku życia dyfteryt przybiera inną postać. Błony wrzekome występują wówczas bardzo rzadko. Natomiast dyfteryt w tym okresie życia dziecka przejawia się jako katar śluzowo - ropny, ropiejące, albo wrzodziejące ubytki w skórze, zajmuje spojówki, ucho środkowe, pępek. Intoksykacja dyfterytyczna niemowląt wywołuje tylko anemję i nagłe wyniszczenie, nie zaś porażenia, czy inne objawy intoksykacji błoniczej dzieci starszych. Najważniejszym i nieraz jedynym objawem błonicy niemowląt i noworodków jest katar śluzowo - ropny, jednostronny, utrudniający dziecku oddychanie i ssanie, czasem z nadżerkami, zaczerwienieniem i obrzmieniem nozdrzy i górnej wargi bez błon wrzekomych, zajęcia gruczołów szyjnych, czy podszczękowych, podniesionej temperatury. Do ustalenia rozpoznania charakteru procesu chorobowego trzeba przeprowadzić bakterjologiczne badanie treści jamy nosowej. Dopiero znalezienie b. Loefflera pozwoli w tym mało charakterystycznym obrazie rozpoznać katar błoniczy.

Przebieg kataru bywa różny. Najczęściej wkrótce znika po zastosowaniu surowicy przeciwbłoniczej. Czasem przedłuża się, wikłając się zapaleniem płuc odoskrzelowem, lub objawami zatrucia ogólnego, jak anemją i hypotrepsją. Czasem dołącza się zapalenie błonicze ucha środkowego, lub stan choleryczny pod postacią wymiotów, biegunek i dehydratacji. Zato prawie nigdy nie spotyka się u niemowląt objawów porażennych tak częstych u dzieci w późniejszym wieku. Najpoważniejszą komplikacją błonicy u niemowląt jest wg. autora zapalenie płuc odoskrzelowe. Po długich sporach, co do etjologji tego cierpienia ustalił Samsaen, że czynnikiem wywołującym jest b. Loefflera poza innemi, jak paciorkowce, gronkowce, dwoinki zapalenia płuc. Stąd wypływa wskazanie, żeby dzieci z zap. płuc odoskrzelowem, u których w jamie nosowej znaleziono b. Loefflera leczyć surowicą przeciwbłoniczą.

Niekiedy b. Loefflera zajmuje ucho środkowe, wywołując zapalenie ropne, podczas którego następuje przebicie błony bębenkowej i wypływ ropy. Pierwotnem ogniskiem, infekcji jest najczęściej jama nosowa objawy zajęcia której występują razem, albo poprzedzają zapalenie ucha środkowego. Zajęcie spojówki błonicze przedstawia się jako zapalenie nieżytowe, lub rzekome błonicze powierzchowne, lub głębokie. Najczęstsza jest postać zapalenia nieżytowego, przebiega pod postacią zaczerwienienia spojówki z nieobfitą, śluzową wydzieliną, lekkim obrzękiem powiek i powierzchowną, nadżerką skóry w wewnętrznym kącie oka. Tu również badanie bakterjologiczne decyduje o rozpoznaniu. Poza tem uszkodzone miejsca skóry, a więc wszelkie ubytki, wyprzania, wypryski, liszajce, krostki i niesztwice, stanowią dobrą pożywkę dla tych bakteryj, gdzie tworzą one charakterystyczne błony szarawe z tendencją do krwawienia. Najczęściej sadowią się na trzeciej wewnętrznej części fałdu pozausznego. Towarzyszą katarowi nosa błoniczemu, czasem występują samoistnie. W tym ostatnim razie dają prognozę dobrą, zwłaszcza jeśli powierzchnia zajęta niemi jest niewielka. Przy większym obszarze zmian powstaje możliwość intoksykacji ogólnej, co pogarsza rokowanie.

W ramach błonicy niemowlęcia mieści się także błonica pępka. W pierwszym i drugim stopniu procesu chorobowego przy pępku obrzmiałym, zaczerwienionym, krwawiącym, lub przybierającym postać owrzodzenia rokowanie jest pomyślne. Natomiast w stopniu trzecim i czwartym, gdzie do owrzodzeń dołączają się błony wrzekome, a nawet zgorzel całej okolicy, rokowanie jest niepomyślne i nieraz mimo usilnego leczenia swoistego sprowadza zejście śmiertelne. Ponieważ błonica u noworodków i niemowląt nie przybiera wyraźnych i charakterystycznych postaci, dlatego w każdym zwykłym, ale długotrwałym katarze nosa u dzieci, zwłaszcza z jednoczesną hypotrepsją, stanem cholerycznym, w ropnem zapaleniu ucha środkowego, w zapaleniach spojówek bez gonokoków, w uporczywych uszkodzeniach skórnych z upośledzonym stanem ogólnym, w owrzodzeniach pępka, lub w zapaleniach płuc odoskrzelowych należy skrzętnie doszukiwać się bakterjologicznie bakteryj Loefflera.

W tym celu robi się posiew produktu patologicznego na skrzepłej surowicy końskiej. Po 20-tu godzinach należy zabarwić gramem i odbarwić alkoholem absolutnym. Wtedy b. Loefflera odbarwniają się, podczas gdy b. Hoffmana jedno i dyfteropodobnych pozostają zabarwione. Żeby upewnić się co do otrzymanych rezultatów należy po 20-tu godzinach wątpliwe kolonje przenieść na słodzoną żelatynę, zabarwioną lakmusem. Wówczas prawdziwe bakterje dyft., jako beztlenowe, wyrosną na powierzchni i w głębi pożywki, bact. cutis commune, jako względny beztlenowiec — głównie na powierzchni. Przytem jako sacharolityczny w przeciwieństwie do b. Loefflera rozpuszcza pożywkę i zabarwia ją na czerwono. Bakterje Hoffmana, jak i dyft. nie wywołują fermentacji i nie zabarwiają pożywki, ale zato rosną tylko na powierzchni i dają kolonje znacznie większe, niż Loefflera. To zróżniczkowanie pozwoli na pewne rozpoznanie błonicy, ale dopiero po upływie 3-ch dni.

Zarażenie błonicą następuje albo bezpośrednio przez kaszel, dotknięcie, albo pocałunek chorego, lub pośrednio przez zakażony przedmiot. Niekoniecznie zetknięcie dziecka z b. Loefflera wywołuje chorobę. Ujemny odczyn Schicka, mówiący o uodpornieniu dziecka przeciw tym bakterjom, tłumaczy niewielki odsetek zachorowań.

Odporność może być miejscowa i ogólna.

Odporność miejscową zawdzięcza dziecko całości błon śluzowych nosa, czy powierzchni skóry, gdyż tak zdrowa śluzówka jamy nosowej, jak i nieuszkodzona skóra obdarzone są zdolnością bakterjobójczą. Odporność ogólną nabywa dziecko w życiu płodowem dzięki antytoksynom, które z krwi uodpornionej przeciw dyfterytowi matki poprzez łożysko przechodzą na dziecko. Ta odporność bierna jest krótkotrwała i znika między 3-im, a 6-ym miesiącem życia.

Różnicę w przebiegu dyfterytu u niemowląt i dzieci starszych autor usiłuje tłumaczyć specjalnemi warunkami anatomo - fizjologicznemi tkanki dziecięcej.

Tak więc według niego brak zajęcia gardła u niemowląt wynika z niezupełnego jeszcze rozwoju w tym okresie migdałków podniebiennych. Brak błon wrzekomych na zajętych przez bakterje tkankach tłumaczy się brakiem zdolności reagowania niewykształconych zupełnie błon śluzowych i skóry na czynnik szkodliwy. Specjalnej odporności tkankowej dziecięcej przypisuje wpływy neutralizowania toksyn i łagodzenia przez to, objawów ogólnych; hypotrepsję zaś towarzyszącą najczęściej temu schorzeniu, jako specjalne nastawienie ustroju dziecięcego, który spadkiem wagi i wyniszczeniem odpowiada na wszelkie bodźce chorobowe.

We wszystkich postaciach błonicy autor zaleca leczenie surowicą przeciw-błoniczą.

(1 cm³ — 150 J. O.).

Dzieciom przed 6-ym miesiącem wstrzykuje się 1-ego dnia 30 cm³ (z tego 15 cm³ domięśniowo, w pośladek, 15 cm³ — podskórnie, brzuch), 2-go i 3-ego dnia po 20 cm³ podskórnie. Potem co drugi dzień od 5 do 10 cm³, aż do zniknięcia zarazków, co najczęściej uzyskuje się po użyciu 80 — 100 cm³. Przy dołączającem się zapaleniu płuc do powiększonej o ⅓ dawki surowicy dodaje się jeszcze szczepionkę przeciwzapal. płuc M. Duchon'a, którą rozpoczyna się od ½ cm³ pierwszego i drugiego dnia; potem po 1 cm³ w ciągu 4-ch następnych dni i następnie cztery po 1 cm³ w odstępie dwudniowym. Poza tem leczeniem ogólnem stosuje się leczenie miejscowe.

A więc przy katarze nosa wlewa się do każdej jamy nosowej 3 razy dziennie po 2 — 3 krople świeżo przyrządzonego roztworu nowarsenobenzolu (z 0,15 gr. na 2 cm³ wody destylowanej). W większości przypadków powoduje to zniknięcie bakteryj już po upływie 3-ch dni. Przy innych schorzeniach stosuje się nowarsenobenzol w postaci okładów z płynu o tem samem stężeniu. U nosicieli zarazków, albo w celach profilaktycznych poprzestajemy na leczeniu nowarsenobenzolem bez leczenia ogólnego. Tego rodzaju leczenie obniżyło śmiertelność niemowląt z 50% na 10%.

W celach profilaktycznych poza nowarsenbenzolem, który podajemy na wypadek epidemji tak nosicielom, jak i pozornie zdrowym dzieciom, poprzestajemy tylko na leczeniu biernem, gdyż ustrój niemowlęcy nie jest w stanie uodpornić się czynnie wytwarzaniem przeciwciał.

W tym celu dajemy jednorazowo 20 cm³ surowicy przeciwbłoniczej, co pozwoli nabyć odporność bierną na przeciąg 3-ch tygodni.

Leczenie profilaktyczne zaleca autor we wszystkich większych skupieniach dziecięcych przy zjawieniu się chociażby pojedyńczego przy-

padku błonicy, ze względu na podstępny i ciężki przebieg tego schorzenia.

Dr. J. Dąbrowska.

CHOROBY SKÓRNE I WENERYCZNE

Nowa metoda rozpoznawcza wrzodów miękkich. (Nouveau procédé de diagnostic des lésions chancrelleuses). P. Ravaut, Rabeau i Didier Hesse.

La Presse Med. № 83 — 1930.

Autorzy otrzymywali więcej wyników dodatnich, wstrzykując wydzielinę wrzodów miękkich śródnaskórkowo a nie szczepiąc ją jak zwykle przez skaryfikację. W przypadku owrzodzenia o wątpliwej etjologji o ile zachodzi podejrzenie obecności wrzodu miękkiego — należy z dna owrzodzenia przez skrobanie zebrać pewną ilość wysięku. W przypadkach dymienicy zamkniętej wysięk otrzymuje się przez wykonanie nakłucia, w dymienicy pękniętej — przez zdrapywanie ściany ropnia, w końcu w przypadkach podejrzanych o nosicielstwo prątków Ducrey'a przez drapanie śluzówki narządów płciowych instrumentem, zwilżonym destylowaną wodą. Płynu w ten sposób otrzymanego lepiej nie rozcieńczać, jedynie w przypadkach obfitej flory bakteryjnej rozcieńcza się go równą ilością wody destylowanej. Wysięk ten wstrzykiwano jaknajszybciej cienką igłą donaskórkowo na udzie lub ramieniu w ilości 0,3 do 0,6 cm³. Po należycie wykonanym zabiegu powinien powstać w miejscu wstrzyknięć mały półkulisty bąbel. Dla porównania wykonywano zwykłe przeszczepianie wrzodów miękkich przy pomocy skaryfikacji. Jako odczyn otrzymywano w miejscu zastrzyku śródnaskórkowego zmiany o różnym nasileniu, począwszy od grudki aż do typowych wrzodów miękkich. Za dodatnie uważał autor tylko te odczyny, w których stwierdził obecność prątków Ducrey'a. Badania wykonano na 33-ch chorych cierpiących na owrzodzenia miękkie z równoczesną dymienicą lub bez, lub u chorych z dymienicą, u których owrzodzenia miękkie już się zagoiły i wreszcie u takich, u których istniała dymienica a ani klinicznie, ani anamnestycznie owrzodzenia nie można było stwierdzić. Metoda śródnaskórkowego szczepienia daje większy procent wyników dodatnich. Na 33-ch chorych dodatnich wyników po szczepieniu śródnaskórkowym było 18, przez skaryfikację tylko 2, ujemnych śródnaskórkowo 3, skaryfikacja 43, wątpliwych śródnaskórgowo 25, skaryfikacja 0. Z zestawienia wynika, że ujemny odczyn śródnaskórkowy nie wyklucza obecności wrzodów miękkich, bo wprawdzie nieliczne jednak istnieją przypadki niewątpliwych wrzodów miękkich, które ani śródnaskórkowo ani przez skaryfikację przeszczepić się nie dają.

W sprawie anafilaksji pokarmowej i odczulenia „per os". (De l'anaphylaxie alimentaire et de la désensibilisation „per os" par le procédé de Besredka). Richard Jahiel.

La Presse Méd. 1930. № 51.

Jest rzeczą ogólnie uznaną, że część dermatoz swędzących, pokrzywkowych, przebiegających zwykle z obrzękiem twarzy występuje wskutek uczulenia na jeden rodzaj lub na kilka odmian pokarmów. Powszechnie używanym w celu odczulenia na szkodliwe pokarmy jest pepton, stosowany w małych dawkach na godzinę przed spożyciem posiłku. Leczenie odczulające peptonem często zawodzi. W tych też przypadkach, w których nie udało się odczulić chorego przy pomocy peptonu, stosował autor odczulanie przy pomocy drobnych ilości pokarmów używanych do odżywiania uczulonego (petit repas total). Podając choremu do spożycia małe ilości pokarmu (n. p. 5 gr. mleka) na godzinę przed spożyciem dużej ilości tego samego pokarmu zdołano zawsze doprowadzić ustrój uczulony do stanu nieuczulenia, co w danych przypadkach objawiało się ustępowaniem wykwitów pokrzywkowych i objawów ze strony przewodu pokarmowego, jak bóle, biegunki... Odczulanie to można przeprowadzić kolejno w odniesieniu do poszczególnych pokarmów lub równocześnie na kilka pokarmów. Opis dwuch przypadków, w których istniało uczulenie na pokarmy białkowe i ponadto w jednym uczulenie na antipirynę, wyleczonych powyższym sposobem, potwierdza twierdzenie autora.

Leczenie zakażeń wiewiórowych przy pomocy t. zw. Antivirus. (Antivirusthérapie dans les infections a gonocoques). Aleksandra Bass.

Présse Médicale 1930, № 91.

Miejscowe leczenie wywiera przy pomocy t. zw. antivirus sposobem Besredki obejmowało około 30 przypadków, z tych przeważna ilość kobiet z wiewiórowem zakażeniem macicy, przydatków, pęcherza, gruczołów Bartholini'ego i vulvovaginitis u dzieci; 48 przypadków wiewiórowego zakażenia cewki i pęcherza u mężczyzn i 12 przypadków wiewiórowego zajęcia stawów. Antivirus wyrabiany był przez autora ze szczepów pochodzących możliwie z tych samych organów, do których leczenia miały być użyte. Używano pożywek buljonowych zwykłych *(Martin)* lub z glukozą z dodatkiem białka jaja kurzego a niekiedy z dodatkiem krwi. Z tych szczepionek przygotowywano lizaty, które po sprawdzeniu ich jałowości gotowe były do użytku. Śluzówkę zakażoną zmywano uprzednio solą fizjologiczną a następnie stosowano antivirus w postaci okładów, tamponów, szprycowań a także zastrzyków doskórnych. Na 300 przypadków leczonych powyższą metodą było około 250 wyleczonych jedynie przy pomocy miejscowego stosowania szczepionki. Ten sposób leczenia szczególnie dobrze nadawał się w leczeniu kobiet.

W sprawie wtórnych wybroczyn w przebiegu błonicy. (À propos d'un syndrome purpurique sévère secondaire à une angine diphtérique). J. Chalier, R. Froment.

Présse Méd. 1930. № 72.

Przypadki błonicy, przebiegające z wybroczynami na skórze i krwotokami z błon śluzowych, są znane i świadczą o poważnych daleko posuniętych zmianach krwi. Te krwotoczne postacie błonicy są zwykle śmiertelne i już drobna wybroczyna, powstająca w miejscu ukłucia przy zastrzykiwaniu surowicy jest dla rokowania niedobrym znamieniem (signe de Koch). Rzadko natomiast spotyka się przypadki błonicy, względnie dobrotliwej, powikłane wtórnemi wybroczynami. Opis takiego przypadku podaje autor. U 5-letniego chłopca w 17-ym dniu trwania anginy dyfterytycznej, prawie wyleczonej przy pomocy 40 cm³ surowicy, wystąpił silny krwotok z nosa, poczem nazajutrz wśród objawów podniesienia ciepłoty (39°) na tułowiu liczne wybroczyny tu i owdzie, zlewające się z sobą a tylko na przedramionach — nieliczne. Po założeniu opaski uciskającej na ramieniu pojawiły się i na przedramionach b. liczne wybroczyny. Pomimo zastosowania surowicy końskiej per os i żelatyny podskórnie sprawa chorobowa postępowała. Pojawił się krwiomocz pochodzenia nerkowego, ponowne krwawienie z nosa. Ilość ciałek czerwonych w krwi wynosiła 1.700.000, stan ogólny był alarmujący. Dopiero w 2 dni po zastosowaniu codziennych zastrzyków podskórnych surowicy matki (5 — 10 cm³) spadek ciałek czerwonych zatrzymał się, krwawienia ustąpiły, objaw opaskowy występował w słabym stopniu. Seroleczenie matczyne stosowano przez 10 dni aż do wyleczenia. Autor poleca seroterapję ludzką zwłaszcza rodzinną we wszystkich przypadkach poważnych krwawień i wybroczyn.

W sprawie kiły arseno - odpornej. (Syphilis arséno - récidivantes). Gougerot, Burnier, Ragu, Weill.

Annales des Malad. Vénér. 1930. № 5.

W ostatnich latach ilość przypadków kiły arseno - odpornej zwiększyła się. Podczas gdy poprzednio spostrzegano i opisywano pojedyńcze tylko przypadki, autor w ciągu jednego roku zebrał 18 przypadków kiły systematycznie leczonej arsenobenzolem, w których pojawiły się nawroty. Kiła w przeważnej ilości tych przypadków była świeża, pod koniec serji zastrzyków novarsenobenzolu w dawkach do 0,75 — 0,9 lub w kilka dni po ostatnim zastrzyku pojawiały się naciekowe płaskie grudki lub większe tarczki, łuszczące się lub nawet łuszczycowate, czasem sączące, głównie na twarzy a także na karku, tułowiu, kończynach i częściach płciowych. W tych przypadkach każdy zastrzyk neosalv. zdawał się dodawać bodźca do dalszego rozwoju wykwitów. Leczenie bismutem (rozpuszczalnym w lipoidach) już po kilku zastrzykach usuwało wykwity. Szczególną jest rzeczą, że syfilidy arseno-odporne są zwykle typu monomorficznego, mają cechy zmian kiłowych, stojących na pograniczu okresu II i III i wyjątkowo tylko towarzyszą im zmiany na śluzówkach. Na 18 przypadków autora tylko 2 wykazywały zmiany na błonach śluzowych, w wykwitach tych stwierdzono obecność krętków. Odczyn Was. w przypadkach kiły arseno - odpornej zachowuje się rozmaicie i żadnej reguły w tym względzie nie można ustalić.

Nowoczesne pojęcia i leczenie łuszczycy. (Conceptions et traitements modernes des psoriasis). J. Meyer.

Journ. de Méd. et de Chirurg. prat. 1930, 91e cahier.

Wszystkie teorje, tyczące się etjologji i patogenezy łuszczycy grupują się około trzech głównych punktów: 1) podłoże t. zw. łuszczycowe, 2) przyczyny wybuchu wykwitów i 3) odczyny skóry. Podłoże w przypadkach łuszczycy powinno być jaknajdokładniej obserwowane. Często można znaleźć t. zw. słabe punkty organizmu, jak kiła wrodzona lub nabyta bezobjawowa, gruźlica, zaburzenia w wydzielaniu gruczołów dokrewnych, zwłaszcza niedomoga tarczycy lub jajników, zaburzenia w przewodzie pokarmowym, w wydzielaniu wątroby (hypercholesterynaemia). Przyczyną wybuchu wykwitów mogą być wszystkie czynniki, osłabiające odporność organizmu. Zauważono w szeregu tych przyczyn również wpływ pory roku. Odporność skóry u łuszczycowych przeciw zakażeniom wydaje się być zwiększona. Świerzba i czyraczność występują rzadko w łączności z łuszczycą, natomiast sprawy ropne powierzchowne i mikrobowe wypryski są u łuszczycowych częste. Leczenie dzieli autor na ogólne, miejscowe (środki redukujące), światłolecznictwo (promienie pozafiołkowe) i leczenie klimatyczne.

Historja i własności lecznicze t. zw. białej wody. (Considérations historiques et thérapeutiques sur l'eau blanche). Carle.

Annales de Dermatol. et de Syphil. 1930, № 9.

Związku ołowiu znane były w lecznictwie już w wiekach średnich, jednakowoż sposób ich otrzymywania i ich nazwy były różne od obecnych. Z obecnie stosowanych leków tej grupy najważniejsze są: woda Goulard'a i woda Alibour'a. Wskazania do stosowania tych 2-ch leków są różne. Woda A. działa szczególnie dobrze w schorzeniach paciorkowcowych i w innych zakażeniach mikrobami, natomiast w postaci długotrwałych wilgotnych okładów wywołuje tak, jak i płyn Burowa odczyn zapalny. Jako środek ściągający i wysuszający działa silnie, jest jednak związkiem mniej stałym od wody B. Brocq zaleca wodę G. w postaci zwilżania i porównuje jej działanie do działania żrących środków odkażających (alkohol, kwasy). Zdaniem autora, aby ten środek zadziałał musi pozostawać na skórze czas dłuższy, należy go więc stosować w postaci okładów. Nie drażni on skóry, stosowany nawet długo, łagodzi bóle, swędzenie i pieczenie skóry. Do okładu należy używać materjału bawełnianego grubego (nie waty). Zwilżać materjał dokładnie i w przypadkach obfitych strupów zmieniając kompres każdorazowo brać świeży kawałek materjału, w innych ten sam okład skrapiać płynem dla utrzymania go w stanie wilgotnym. Ceratka powinna pokrywać w całości wilgotny okład, poza który powinna jaknajmniej wystawać, gdyż leżąc wprost na skórze — drażni ją. Podrażnienia tego można uniknąć przez smarowanie skóry w otoczeniu okładu pastą Lassara. Okładu nie należy nigdy odrywać a zawsze po uprzedniem zwilżeniu wodą utlenioną — lekko zdejmować. Jeżeli okład w ciągu nocy przysycha do schorzałej skóry — lepiej stosować na noc opatrunek z aqua calcis i ol-lini w równych ilościach bez ceratki.

We wszystkich dermatozach zapalnych lub infekcyjnych i pochodzenia zewnętrznego (kwasowych, zawodowych i t. p.) okład z roztworu wody G. z dodatkiem lub naprzemian z naparem rumianku daje w krótkim czasie poprawę. Zwykła maść cynkowa kończy leczenie. Najpowszechniej popełnianym w takich przypadkach błędem jest stosowanie na podobne zmiany odrazu maści. Wy-

pryski sączące i obfitujące w strupy po okładach ulegają szybko poprawie o tyle, że keratoplastyczne pasty następnie stosowane łatwo sprowadzają wyleczenie, w ropnych zakażeniach skóry, w parakeratozach, grzybicach zaleca się okłady z roztworu rozcieńczonego, poczem pasty dziegciowe lub pendzlowania nalewką jodową. W czyraczności okład powinien być stosowany w ciągu dnia i nocy. Zastarzałe owrzodzenia goleni jakkolwiek powoli leczą się również dobrze okładami. Okład zmniejsza stan zapalny i pobudza atoniczne tkanki do szybszych procesów odrodczych. Leczenie kończy się przy pomocy preparatów lapisowych. Zbawienne w niektórych przypadkach pożądane jest złuszczające działanie leków (dyshydrosis, dermatozy pęcherzykowe...). Osiąga się je przez stosowanie w ciągu kilku dni bez przerwy okładów, szczelnie okrywanych ceratką aż do uzyskania maceracji naskórka.

Badania nad odczynem zmętnienia Meinicke'go. (Recherches sur la réaction d'opacification de Meinicke). T. Le Chuiton.
La Présse Medic. 1930, № 95.

Autor wykonał odczyn zmętnienia M. w 1000 surowicach sposobem opisanym w pracy i odczyn odchylenia dopełniacza dla celów porównawczych. Surowice pochodziły od niekiłowych, od kiłowych wyleczonych (w tej liczbie 47 gruźlików) i wreszcie od kiłowych, będących w różnym okresie choroby i leczenia. Autor nie otrzymał wyników dodatnich sposobem M. nie specyficznych. Odczyn M. okazał się czulszym od odczynu odchylenia dopełniacza, pojawiał się wcześniej i znikał później niż odczyn odchylenia dopełniacza. Szeregiem badań nad odczynem M., wykonanym w ciemni i przy zastosowaniu podniesionej ciepłoty dowiedziono, że surowice, dające słabo dodatnie odczyny, dają w ciepłocie ponad 25° do 26° wyniki ujemne. Podobny wpływ hamujący zauważył autor przy zastosowaniu ciemni. Przeciwnie, dla płynu mózgowordzeniowego ciepłota 37° daje najlepsze warunki do powstania odczynu dodatniego. Autor starał się uzyskać sposób mierzenia wyników leczenia (syphilimetria) i rozcieńczając surowicę dodatnią surowicą ujemną otrzymywał wyniki dodatnie nawet w rozcieńczeniu 1 : 100.

Odczyn M. może wypaść dodatnio w szeregu przypadków niekiłowych. Dodatnie odczyny M. otrzymywał autor w przypadkach wrzodów miękkich, leczonych szczepionką Dmelcos, najczęściej po 5-ym zastrzyku. Odczyn ten przechodził w ujemny w 2 — 3 tygodni bez jakiejkolwiek interwencji. Odczyny odchylenia dopełniacza były w tych przypadkach ujemne. Podobnie dodatnie odczyny M. otrzymywano u leczonych szczepionką wiewiórową i w przebiegu malarji. Zjawisko to nie polega na reaktywacji kiły, jak sądzą niektórzy, lecz na zaburzeniu równowagi koloidowej, wywołanem wstrząsem po zastosowaniu odpowiednich leków lub po napadzie zimnicy. Autor usiłował znaleźć sposób odróżnienia specyficznych dodatnich odczynów M. od niespecyficznych. Przyszedł do przekonania, że podniesiona ciepłota, brak światła, zmniejszenie ciśnienia atmosferycznego utrudniają powstanie dodatnich odczynów M. przy pomocy jednak tych czynników nie można odróżnić odczynów specyficznych od niespecyficznych. Z powyższych badań wynika samo przez się szereg zastrzeżeń co do obecności kiły w przypadkach dodatnich odczynów M.

Dr. Zofja Jastrzębska.

CHOROBY OCZU

Plazmomat spojówki. Elena Pusçarin.
Ann. d'Ocul. 1930, str. 1017-1026.

W 14 na 32 opisane przypadki plazmomatu były związane z jaglicą, jednak w znacznej ilości podobnych przypadków tego cierpienia nie było.

Autorka opisuje trzy przypadki plazmomatów spojówki u osobników jagliczych. Podkreśla rzadkość tego powikłania w jaglicy, według swoich danych 3 przypadki na 3800 jaglicy.

Plazmomaty zdarzają się zwykle obustronnie w okolicy tarczek, fałdów półksiężycowatych, albo i w spojówce gałkowej, a nawet na rogówce. Rozwój choroby bardzo wolny, bez objawów zapalnych i bez bólu. Twory dochodzić mogą wielkości migdała. Czasem jednocześnie obok masy plazmomatu, mającej wygląd szklisty, spotykamy jednocześnie grudki jaglicze lub i łuszczkę.

Nieraz wśród tych tworów spotkamy i masy szkliste, lub skrobiowate. Rozpoznanie plazmomatu i odróżnienie jego od zwyrodnienia szklistego możemy ustalić jedynie badaniem drobnowidowem. Autorka opisuje trzy przypadki własne, dotyczące kobiet w wieku lat 30, 35 i 19. Sprawa we wszystkich przypadkach dotyczyła okolicy tarczek górnych i była obustronna.

Na zasadzie piśmiennictwa i obserwacji przypadków własnych przychodzi autorka do wniosków:

1) Że plazmomaty zdarzają się nietylko w jaglicy.

2) Że zdarzenie się plazmomatów w krajach, gdzie jest jaglica, dowodzi, że mają tu częste podrażnienia spojówki.

3) Że plazmomaty w jaglicy zdarzają się stosunkowo rzadko.

4) Że uważać je należy za nowotwory, powstałe z tkanki limfatycznej, na granicy między limfomatami i mielomatami.

Kilka dociekań w sprawie jaglicy. Studjum biomikroskopowe i histopatologiczne. Lopes de Andrade.
Ann. d'Ocul. 1930, str. 1027-1047.

W badaniach biomikroskopowych korzystał autor z barwików, mianowicie, mieszaniny Greifswalda w kroplach na odwrócone powieki, wyjątkowo korzystał z podspojówkowych zastrzyków sterylizowanego rozczynu błękitu metylenowego $^1/_{3000}$. Biomikroskopja spojówki prawidłowej daje możność stwierdzenia przebiegu ważniejszych pętli i zespoleń naczyniowych. W jaglicy przebiegu tych naczyń nie widzimy, widzimy, natomiast, obrzęk tkanki bliżej wolnej krawędzi, mniejszą wyrazistość gruczołów Meiboma i liczne skupienia kuliste z drobnemi naczyniami włosowatemi na powierzchni. W ostrem zapaleniu spojówek, zamiast zewnętrznych naczyń spojówki i ich zespoleń, widzimy równomiernie przekrwioną masę usianą drobnemi wybroczynkami i licznemi drobnemi naczyniami włosowatemi. Ujścia gruczołów Meiboma są wydatne.

W nieżycie wiosennym spojówka nie jest obrzękła. Unaczynienie utraciło swą regularność. Na tarczce widać wyrośle wielokątne o ostrych kantach. Niektóre z wyrośli mają środkowe rozgałęzione naczynia.

Co do wycięć dla badań histopatologicznych, to w jaglicy autor je nawet poleca, jako przyśpieszające wyleczenie. Radzi wycinać pasemka spojówki z tarczką 3—4 milimetrów szerokie.

Po wycięciu do worka spojówki zakrapla argyrol i daje opaskę na 5—6 dni.

Przed utrwaleniem wycięte kawałki radzi autor zwilżyć rozczynem fizjologicznym i ułożyć stroną spojówkową na szkle — inaczej utrwalenie spowoduje skręcenie się badanego wycinka. Utrwalał w płynie Zenkera i barwił według May-Grünwalda-Giemsa, a czasem według van Giesona, w celu wykazania tkanki bliznowatej. Badania wykazały, że główne zmiany w jaglicy są w tkance podspojówkowej. Detaliczniej rozpatruje autor grudki, ziarninę, nabłonek i tarczkę w jaglicy. W grudkach obok zwykle spotykanych limfocytów, komórek plazmatycznych, znalazł autor duże komórki (50—60 mikronów) o wyglądzie pęcherzyków z jądrem z otoczką i trzema jąderkami w środku. Pierwoszcze przypomina wyglądem pęcherzyk, wypełniony płynem. Komórki te nieraz ulegają mitozie. Według autora komórki te różnią się od komórek, opisanych przez Lebera, a uważanych przez tego autora za fagocyty. Redslob komórki te uważa za przynależne do układu siateczkowo-śródbłonkowego.

W ziarninie jagliczej autor znalazł tkankę limfoidalną, na obwodzie unaczynioną. Komórek olbrzymich wśród tej tkanki autor nie znajdował.

W nabłonku często spotkać możemy nawarstwienia i czasami w poszczególnych komórkach nabłonka spotkać możemy wtręty, opisane przez Prawazeka.

Nacieki tarczki w jaglicy zwykle są powodem zwyrodnienia torbielowatego i zaniku gruczołów Meiboma. W okresie zbliznowacenia długo okolice ujścia gruczołów łzowych głównych i dodatkowych są oszczędzane. Niektóre komórki nabłonka rogówki w zastarzałych formach jaglicy mają jądra wakuolizowane.

O wchłanianiu się magnezu metalicznego w ustroju, a w szczególności w gałce ocznej. Morax & Chiazzaro.
Ann. d'Ocul. 1930, str. 809-815.

Małe kawałki magnezu metalicznego, szerokości 1.5—3 mm., a długości 3—5 mm. dokładne wyjałowione umieszczali autorowie w komórce przedniej, w ciałku szklistem, oraz pod spojówką oka królika. I zaraz po umieszczeniu w komórce przedniej płytka magnezu otaczała się pęcherzykami gazu, oko było bez zadrażnienia, bez wzmożenia napięcia i w 15 dni kawałek magnezu wagi 1.2 mgr. wchłonął się zupełnie. Dodać tu należy, że nawet pH cieczy wodnej pozostało bez zmiany 8.07. Magnez w ciałku szklistem ulegał taksamo szybko wchłanianiu. Pod spojówką i w tkankach oczodołu wchłanianie też się odbywało, tylko 2 razy wolniej.

Halucynacje wzrokowe w chorobach ocznych. A. Terson.
Ann. d'Ocul. 1930, str. 815-825.

Opierając się głównie na spostrzeżeniach własnych przychodzi autor do wniosków następujących: 1) Że halucynacje lilipucie i różne u osobników rozwiniętych i niedorozwiniętych w chorobach ocznych zdarzają się bardzo rzadko, i jeśli się zdarzają, mają ten sam typ co i halucynacje u osobników, których oczy są zupełnie zdrowe. Podobnie zresztą ma to miejsce i w halucynacjach słuchowych, węchowych, smakowych i innych.

2) Halucynacje pochodzenia ocznego i oczodołowego są zwykle bardzo nieskomplikowane. Po urazach oraz po operacjach ocznych prawie się nie zdarzają, a jeśli się zdarzają to zależne są raczej od opaski, leczenia w ciemności i wogóle warunków doleczania.

3) Dużo częstsze są natomiast halucynacje pochodzenia śródczaszkowego, wskutek zadrażnienia pasm wzrokowych, kory mózgowej w okolicy klinowej oraz płatów skroniowych.

4) Halucynacje, zdarzające się w chorobach gałki ocznej uleczalnych i nieuleczalnych zależą raczej od jednocześnie istniejącego podrażnienia kory mózgowej i pośrednio przez szlaki idących podrażnień do siatkówki, jako do leżącej na obwodzie części mózgu. Halucynacje, idące bezpośrednio od siatkówki są bardzo rzadkie.

Olbrzymi kostniak oczodołu. J. N. Roy.
Ann. d'Ocul. 1930, str. 825-832.

Dziewczyna 16-to letnia zwróciła się do autora z powodu znacznego wytrzeszczu po stronie prawej, z jednoczesnem porażeniem nerwu twarzowego po tej samej stronie. Wytrzeszcz wydatny wystąpił rok temu. Porażenie nerwu twarzowego zjawiło się po silniejszem przeziębieniu. Badanie wykazało znaczne zmniejszenie ruchomości oka i odsunięcie go ku dołowi i ku skroni. Źrenica reagowała dobrze. Widzenie obu oczu było jednakowo dobre. Chora sypiała ostatnio z opaską na oku i stąd pomimo znacznego wytrzeszczu rogówka pozostała zdrowa. Palcem w górnym odnosowym kącie oczodołu wyczuwał się nowotwór bardzo twardy, nieruchomy pagórkowaty, niebolesny. Badanie nosa nie wykazało zmian. Węch był dobrze zachowany. Badanie promieniami X. i diafanoskopja wykazały znaczne zaciemnienie w miejscu nowotworu. Operacja po cięciu wzdłuż łuku brwi pozwoliła oddzielić i oddłutować nowotwór twardy, kostny, wychodzący z podłogi zatoki czołowej. Nowotwór ważył 18 gr. Przebieg pooperacyjny był bez powikłań. Wynik kosmetyczny zabiegu doskonały. Autor ostrzega przed wyłamywaniem nieostrożnem kostniaka. Zabieg lewarem mógłby uszkodzić kości podstawy czaszki i opony i skończyć się śmiertelnie. Operację dłutem i młotkiem uważa za łatwą i dostatecznie bezpieczną. Porażenie n. twarzowego w danym razie uznał za przypadkowe po przeziębieniu.

Etjologja kataru wiosennego spojówek. A. Oreste.
Ann. d'Ocul. 1930, str. 833.

Badania i obserwacje autora, dotyczące odczynu krwi, objawów ze strony gruczołów chłonnych,

oraz dane dotyczące, objawów kiły wrodzonej u innych członków rodziny, przemawiają, według niego, za wrodzoną kiłą, jako etjologją tego cierpienia. Występowanie okresowe — sezonowe obostrzenia, niezarażliwość kataru wiosennego oraz oporność na leczenie swoiste niczego tu nie dowodzi, gdyż wiadomo, że objawy kiłowe późne też mało ustępują leczeniu przeciwkiłowemu.

K R O N I K A

SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI KOMITETU BUDOWY POMNIKA DLA UCZCZENIA PAMIĘCI CZŁONKÓW SŁUŻBY ZDROWIA, POLEGŁYCH ZA OJCZYZNĘ

za czas od 1927 do 1930 r.

Komitet rozpoczął swą pracę z początkiem r. 1927, na podstawie odezwy skierowanej przez Pana Szefa Departamentu Zdrowia M. S. Wojsk., Generała Dr. St. Roupperta, do oficerów Korpusu Sanitarnego — w sprawie uczczenia pamięci wielkiej działalności i poświęcenia Sanitarjatu Polskiego w odzyskaniu bytu i Niepodległości naszej Rzeczypospolitej.

Zawiązał się Komitet tymczasowy, na czele którego stanął twórca idei budowy pomnika ówczesny Komendant Oficerskiej Szkoły Sanitarnej — generał Dr. St. Hubicki; — Komitet ten przeprowadził wstępne prace nad powołaniem do życia wielkiego Komitetu, do którego weszli przedstawiciele wszystkich odłamów Służby Zdrowia wojskowej i cywilnej, jako też przedstawiciele Wydziałów Lekarskiego i Farmaceutycznego Uniw. Warsz., Nacz. Izby Lek., Kas Chorych, Związków Lekarskich, Towarzystw, Polskiego Czerwonego Krzyża i t. d. Komitet Główny na swem inauguracyjnem zebraniu jednomyślnie poparł myśl rzuconą przez gen. Dr. Hubickiego — by pamięć i zasługi poległych kolegów uczcić, wznosząc pomnik — któryby stanął w Stolicy Odrodzonej Ojczyzny. Komitet sądził równocześnie, że myśl ta powinna doznać poparcia najgorętszego i innych związanych ze Służbą Zdrowia.

Opracowano Statut, odezwę, jak również pierwsze drogi, którymi można było rozpropagować ideę budowy pomnika i uzyskać konieczne fundusze na budowę.

Zgodnie ze Statutem utworzono 11 Okręgowych Komitetów budowy — w miejscach siedzib Szefów Sanitarnych Okręgów Korpusów, — z Szefem Sanitarnym na czele, by w ten sposób uzyskać gotowy aparat administracyjny.

Komitetom Okręgowym oddano do dyspozycji odpowiednie druki i listy składkowe, by na podległym im terenie rozpoczęto zbiórkę koniecznych funduszów wśród wszystkich członków Służby Zdrowia. Komitet Główny zaś zwrócił się do art. rzeźb. laureata Akademji Paryskiej prof. E. Wittiga o wykonanie projektów pomnika, które artysta przedstawił Komitetowi w kwietniu 1927 r. Wybrany projekt powiększony do ⅛ naturalnej wielkości, był wystawiony na P. W. K. w Poznaniu w Pałacu Sztuki. W czerwcu 1929 r. Komitet podpisał podpisał umowę z prof. Wittigiem na budowę pomnika według zaakceptowanego projektu i podanego kosztorysu pomnika, na posiedzeniu odbytem w kwietniu 1929 roku, w pracowni prof. Wittiga. Kosztorys ustalono na sumę 400.000, złotych, w czem roboty rzeźbiarskie 200.000 zł. — odlew w bronzie 80.000 do 100.000 zł., cokół w granicie 40.000 do 50.000 zł., pozostałą zaś sumę przewidziano na projekty, przystosowanie placu i inne.

Wysokość pomnika — 8 mtr., w tem cokół — 3 mtr. 50 cent., figury — 4,50 mtr.

Wpływy kasowe: dla ułatwienia gospodarki kasowej Komitet otworzył swoje konto kasowe w P. K. O. Nr. 14.111, przez które przeprowadza wszelkie wpływy i rozchody.

Początkowo przeprowadzono zbiórkę tylko wśród wojskowych Członków Służby Zdrowia w postaci jednorazowego opodatkowania się członków lub ½% od poborów na pewien określony czas, lub też aż do wybudowania pomnika; zaś po zorganizowaniu się Komitetów Okręgowych rozpoczęto i zbiórkę wśród cywilnych członków Służby Zdrowia na terenie danego Okręgu Komitetu, za pomocą list składkowych. Akcję tę poparło życzliwie kilka Izb Lekarskich, których zarządy ofiarowały jednorazowo większe kwoty. Żywotność Komitetów Okręgowych nie wszędzie okazała się jednakowa.

Na zebraną sumę 81,465 zł. 34 gr. złożyły się następujące ogólne:

Subwencja Min. Ośw. i W. R.	10.000.—
Cywilna Służba Zdrowia	26.362.75
Wojskowa Służba Zdrowia	45.125.39
%% P. K. O.	18.20

Kwota zebrana wśród cywilnej Sł. Zdrowia pochodzi ze składek z całego terenu Rzeczypospolitej zebranych przez Komitety Okr. i Depart. Sł. Zdrowia M. S. Zdrowia M. S. Wewn., Nacz. Wydz. Zdrowia przy województwach i lekarzy powiatowych, z wyjątkiem terenu Okr. Komit. w Łodzi i w Krakowie, gdzie prócz wojskowych składek cywilnych nie uzyskano.

Suma zaś składek wojskowych rozbita na poszczególne Okręgi przedstawia się następująco:

Centrum Wyszkolenia Sanitarnego (Szpit. Ujazd.) W-wa	18.371.58
Szefostwo Sanitarne:	
O. K. I. Warszawa	5.302.18
O. K. II. — Lublin	2.816.67
O. K. III. — Grodno	1.807.56
O. K. IV. — Łódź	678.—
O. K. V — Kraków	598.80
O. K. VI. — Lwów	2.207.41
O. K. VII. — Poznań	4.266.50
O. K. VIII. — Toruń	2.026.99
O. K. IX. — Brześć n/B.	2.025.84
O. K. X. — Przemyśl	2,505,40
Marynarki Wojennej — — W-wa	200.80
Korp. Ochr. Pogranicza W-wa	1.245.16
Departament Zdrowia M. S. Wojsk.— Warszawa	1.072.50

Wykazaną subwencję z Min. Ośw. i W. R. Komitet otrzymał w r. 1930.

Przez niespełna więc cztery lata pracy Komitet budowy uzyskał przy słabej propagandzie budowy prawie ¼ sumy koniecznej na ukończenie budowy pomnika. Obecnie Komitet zwrócił się z prośbą do Naczelnej Izby Lekarskiej o poparcie akcji Komitetu — drogą apelu ze swego urzędu do wszystkich członków Izb Lekarskich, aby ich członkowie na terenie całej Rzeczypospolitej dobrowolnie opodatkowali się na rzecz budowy pomnika w wysokości 45 zł., płatnych w trzech ratach po 15 zł. rocznie, lub też po 1,25 miesięcznie; Komitet wychodzi bowiem z założenia, że tak niska kwota opodatkowania się, nikogo nadmiernie nie obciąży, a pomnik stanie własnemi siłami całej Służby Zdrowia. Równocześnie przyrzekł pomoc Komitetowi w tej akcji przez swoich przedstawicieli, a członków Komitetu Głównego, Związek Lekarzy Państwa Polskiego i Ogólno-Państwowy Związek Kas Chorych, którzy oprócz rozesłania do swoich członków list składkowych, celem jednorazowej zbiórki pieniężnej, zwrócili się z apelem o przeprowadzenie wśród członków stałego opodatkowania miesięcznego 1—3 złotych od poborów na rzecz budowy pomnika przez przeciąg 2—3 lat.

Ta forma zbiórki drogą stałego opodatkowania się na zgóry określony czas jest najważniejszą dla Komitetu budowy, gdyż pozwala mu unormować przedewszystkiem wykonanie zobowiązań w czasie budowy zaciągniętych wobec art. rzeźb. prof. E. Wittiga, jak również umożliwi Komitetowi normalny tok pracy nad pomnikiem. Drogą tej formy stałego podatku udało się wśród nielicznej przecież wojskowej Sł. Zdrowia uzyskać dość pokaźną sumę (45.125 zł. 39 gr.) na budowę pomnika. W takiej też formie Komitet otrzymuje wpływy od farmaceutów, którzy drogą podniesionej nieznacznie prenumeraty „Wiadomości Farmaceutycznych“ opodatkowali się na budowę pomnika do czasu jego ukończenia. Magister Herod, właściciel drukarni, ofiarował Komitetowi Bud. Pomnika wybicie wszelkich druków do 1000 złotych.

Stan robót rzeźbiarskich nad pomnikiem posunięty jest już dość daleko. Obecnie jest na wykończeniu pierwsza faza budowy, to znaczy, pomnik w glinie, w jego naturalnej wielkości. Aby umożliwić ogółowi Sł. Zdrowia zaznajamianie się ze stanem robót nad pomnikiem, Komitet zwrócił się w grudniu 1930 r. do wszystkich urzędów, instytucyj, związków, towarzystw, związanych ze Sł. Zdrowia, aby w czasie Zjazdów, czy też większych zebrań przewidzieli w swych programach godzinę na zwiedzenie pracowni prof. E. Wittiga (ul. Senatorska w oficynie gmachu Min. Rolnictwa). Ma to też i wielkie znaczenie propagandowe, gdyż każdy z członków Sł. Zdrowia, który raz zobaczy to wspaniałe dzieło sztuki, stanie się jego zwolennikiem i jaknajgorliwszym propagatorem, by jaknajszybciej stanęło na odpowiednim placu w Stolicy. Czas robót potrwa, jeśli wszyscy członkowie Sł. Zdrowia chętnie poprą starania Komitetu o uzyskanie koniecznych funduszów, najdalej 2—3 lat.

Jak wspomniano, pomnik ku czci poległych członków Sł. Zdrowia stanie na otwartym placu w stolicy. Sprawę wybrania miejsca ustali powołana przez Komitet specjalna rada artystyczna, złożona z członków Komitetu, prof. E. Wittiga, delegata z Dep. Kultury i Sztuki Min. Ośw. i W. R., delegata m. st. W-wy, przedstawicieli ze sfer artystycznych.

Obecnie mówi się o dwóch placach, na którychby mógł pomnik stanąć, t. j. plac przy ulicy Jasnej i Zgody i plac Starynkiewicza.

Z powodu objęcia przez p. gen. D-ra Hubickiego stanowiska Ministra Pracy i Op. Społ. i w związku z tem niemożności poświęcenia więcej czasu Komitetowi Budowy Pomnika, dnia 15.X.30, przewodnictwo Komitetu Głównego objął gen. Dr. Kołłątaj-Srzednicki, a p. Minister Hubicki pozostał wśród członków Komitetu Głównego.

Podając powyższy szkic pracy Komitetu, trzeba zaznaczyć, że pomnik będzie dumą całego stanu Służby Zdrowia Rzeczypospolitej, a godność tego stanu wymaga, aby rozpoczęte wspaniałe dzieło sztuki i jedyny nasz wspólny wysiłek „Pomnik ku czci Poległych Członków Służby Zdrowia za Ojczyznę“ stanął w stolicy.

Więc apel: współpracujcie z Komitetem budowy przez propagowanie i opodatkowanie się na rzecz budowy pomnika. — Konto nasze — P. K. O. Nr. 14-111.

Wszelkich informacji w sprawie pomnika udziela sekretarz z Komitetu codziennie w godz. 12 — 14; telefon 523-75 (W-wa — Szpital Ujazdowski).

Sprawozdanie kasowe Komitetu Budowy Pomnika dla uczczenia pamięci Członków Służby Zdrowia poległych za Ojczyznę za czas od 1927 do 31.XII.1930 r.

P r z y c h ó d:

Wpływy do dnia:

31.XII.1928 —	32,660.32
31.XII.1929 —	24,250.85
31.XII.1930 —	24,554.17
Razem —	81,465.34

R o z c h ó d:

Zaliczki na budowę prof. E. Wittigowi	80,250.—
Koszta manipulacyjne w P. K. O. od 27 — 30 r.	101.17
Koszta administracyjne	1,068.20
Na koncie w P. K. O.	45.47
Razem	81,465.34

Przewodniczący Komitetu Głównego
Dr. J. Kołłątaj-Srzednicki,
generał brygady.
Sekretarz *Dr. W. Kaliciński.*
Skarbnik *A. Wróblewski.*

K O N K U R S.

Stowarzyszenie lekarzy w Krynicy ogłasza konkurs na pracę z zakresu balneologji krajowej ze szczególnem uwzględnieniem Krynicy na następujących warunkach:

1) Prace mają być nadesłane najdalej do dnia 15 listopada 1931 r. pod adresem Zarządu Stowarzyszenia lekarzy w Krynicy.

2) Praca ma być zaopatrzona godłem, do niej zaś ma być dołączona, zaklejona koperta, oznaczona zewnątrz tem samem godłem, wewnątrz zaś zawierająca imię i nazwisko oraz adres autora.

3) Prace mają być pisane na maszynie w 6 egzemplarzach.

4) Stowarzyszenie wyznacza dwie nagrody za najlepsze prace, a mianowicie w kwocie 1.500 i 1.000 zł.

Stowarzyszenie zastrzega sobie inny rozdział nagród, albo nawet nieudzielenie żadnej nagrody,

gdyby żadna praca nie odpowiadała warunkom podanym lub nie stała na dość wysokim poziomie naukowym.

5) Sąd konkursowy składać się będzie z profesorów i docentów Uniwersytetów polskich i wyda swą opinję do dnia 2 stycznia 1932 r., w którym to dniu nastąpi otwarcie kopert nagrodzonych prac i przyznanie nagród.

Dr. Ludwik Korybut-Daszkiewicz
prezes.
Dr. Daniel Hirszbajn
sekretarz.

*

IV. Zjazd Okulistów Polskich odbędzie w Krakowie w dniach 5, 6, 7 października 1931 roku.

Tytuły referatów oraz wszelkie zapytania uprasza się kierować pod adresem Sekretarza Komitetu: Dr. Kadyi, Kraków, Klinika Okulistyczna U. J. Kopernika 38.

Przewodniczący:
Prof. Dr. Majewski.
Sekretarz:
Dr. Kadyi.

EPILOG KATASTROFY LÜBECKIEJ.

Prof. Calmette — Presse medicale № 2/31.

Dnia 12 i 13 grudnia 1930 r. Naczelna Rada Sanitarna Rzeszy Niemieckiej zebrała się celem omówienia sprawozdań rzeczoznawców w sprawie katastrofalnych wypadków w Lübece, gdzie z ogólnej liczby 249 dzieci szczepionych szczepionką przeciwgruźliczą, przygotowywaną w pracowni prof. Deycke zginęło 67 dzieci (z tej liczby 5 umarło nie z powodu gruźlicy). Rzeczoznawcami byli: prof. Ludwik Lange z Reichsgesundheitsamt'u i prof. Bruno Lange z instytutu Roberta Kocha.

Rzeczoznawcy po przeprowadzeniu całego szeregu badań i doświadczeń doszli do następujących wniosków:

1) Laseczniki wyhodowane z organizmów zmarłych dzieci wywoływały postępujące zmiany u morskiej świnki. Mają one cechy zjadliwości laseczników typu humani, a nie B. C. G.

2) Badanie 2 kultur, które udało się znaleźć w pracowni Deyckiego i które były używane do przygotowania szczepionek, wykazały, że jedna z nich zawierała laseczniki zjadliwe typu humani, a nie B. C. G. Bruno Lange nazwał ją B. C. G.-Deycke. Druga natomiast kultura była nieszkodliwa dla morskich świnek i zawierała jak się zdaje, wyłącznie B. C. G.

3) Zjadliwa kultura typu humani została zidentyfikowana przez prof. Lange z kulturą, którą Instytut Roberta Kocha wysłał do Kilonji, na prośbę prof. Deycke została ona wysłaną w październiku 1929 r. do Lübeki. Kultura ta, na szczęście, posiadała zjadliwość słabą i zmienną, czem się tłomaczy, że u pewnej liczby dzieci zachorowania miały przebieg względnie łagodny.

4) Wbrew niektórym hipotezom, któremi starano się wytłomaczyć wypadki w Lübece, ani doświadczenia, ani obserwacje kliniczne nie dają podstaw do przypuszczenia, że B. C. G. może pod wpływem zmienionych sposobów kultywowania odzyskać pierwotną zjadliwość typu bovini, lub przejść w zjadliwy szczep typu humani.

Należy przypuścić, że zaszło przypadkowe pomieszanie B. C. G. ze szczepem przysłanym z Kilonji, który był hodowany w tem samem pomieszczeniu. Z katastrofy Lübeckiej należy wyciągnąć wniosek, że przygotowywanie szczepionki powinno być wykonywane w niewielkiej liczbie pracowni, znajdujących się pod odpowiedniem kierownictwem i posiadających specjalnie izolowane lokale.

Wypadki śmierci u szczepionych dzieci są jaskrawym dowodem, jak łatwo lasecznik gruźlicy przechodzi przez kiszki, trafiając do obiegu krwi i limfy. Wobec powyższego niema powodu przypuszczać, że nie następuje to i przy doustnych szczepieniach B. C. G.

NOWA PLACÓWKA NAUKOWA.

Studjum nauk emigracyjno - kolonjalnych przy Naukowym Instytucie Emigracyjnym i Kolonjalnym otwiera z dniem 15 marca b. r. kurs bakterjologji, medycyny i higjeny tropikalnej, który będzie drugim z kolei Wydziałem tegoż Studjum, obok istniejącego już i rozwijającego się Wydziału ekonomiczno-administracyjnego.

Kurs bakterjologji, medycyny i higjeny tropikalnej zorganizowany przez Państwową Szkołę Higjeny oraz Sekcję Higjeny Tropikalnej przy Nauk. Inst. Emigr. i Kol. trwać będzie 4 miesiące i wiąże się z wyższym kursem bakterjologji Państw. Szk. Higjeny. Ilość zajęć dziennych 8 godzin.

Program kursu obejmie: bakterjologję i naukę o odporności; ćwiczenia praktyczne z tego przedmiotu; higjenę tropikalną; parazytologję; helmintologję; entomologję; hematologję (z ćwiczeniami); analizy lekarskie; badanie środków spożywczych i wody; klinikę (choroby wewnętrzne, skóry, oczu, chirurgję); jady zwierzęce, rośliny trujące; geografję polityczną krajów podzwrotnikowych; klimat krajów tropikalnych i subtropikalnych.

Wykłady z dziedziny higjeny tropikalnej obejmą następujące problemy: klimat krajów podzwrotnikowych, aklimatyzacja, wpływ wysokiej temperatury i nadmiernej insolacji, porażenie cieplne i słoneczne, higjena osobista, ubranie, pożywienie, tryb życia, mieszkanie w krajach gorących, zaopatrzenie w wodę, usuwanie nieczystości i odpadków, higjena żywności, choroby z niedożywiania — charakterystyczne dla krajów egzotycznych, awitaminozy, nadzór nad żywnością, konserwacja, zaopatrzenie, zatrucie pokarmowe, zdrowie publiczne i administracja sanitarna, konwencje sanitarne międzynarodowe, higjena portowa i nadzór sanitarny w portach.

Wykłady objęli: Doc. Dr. Adamski, Doc. Dr. Anigstein, Prof. Dr. Bassalik, Dr. Brokman, Prof. Dr. Bujwid, Dr. Celarek, Dr. Chodźko, Dr. Eisenberg, Dr. Fejgin, Dr. Freyd, Prof. Dr. Gąsiorowski, Prof. Dr. Gieszczykiewicz, Prof. Dr. Hirszfeld, Prof. Dr. Janiszewski, Doc. Dr. Karwacki, Dr. Karłowski, Doc. Dr. Kapuściński, Prof. Dr. Muszyński, Prof. Dr. Nitsch, Dr. Nowakowski, Dr. Palester, Prof. Dr. Padlewski, Doc. Dr. Przesmycki, Doc. Dr. Raabe, Inż. Rudolf, Doc. Dr. Sierakowski, Prof. Dr. Szenajch, Inż. Szniolis, Doc. Dr. Szulc, Prof. Dr. Szymański, Prof. Dr. Szymanowski, Prof. Dr. Weigl., Dr. Wierzbowska, Prof. Dr. Załęcki (senior), Dr. Zdanowicz, Inż. Żmigrod.

Wpisy w Państwowej Szkole Higjeny, Chocimska 24.

Opłata wynosi za wykłady 100 zł. i za ćwiczenia 150 zł. i może być rozłożona na 5 rat po 50 zł.

Po ukończeniu kursów dla pewnej liczby absolwentów umożliwiony będzie pobyt w jednym ze szpitali chorób podzwrotnikowych zagranicą, celem dokonania stage'u praktycznego.

Kurs powyższy uruchamia Naukowy Instytut Emigracyjny i Kolonjalny w porozumieniu z Min. Pracy i Opieki Społ. (Urząd Emigracyjny) oraz z Min. Spraw Zagranicznych, celem przygotowania polskiego materjału lekarskiego dla służby na podzwrotnikowych terenach kolonizacyjnych, na okrętach, łączących porty polskie z tymi krajami oraz dla ewentualnej walki z chorobami zawleczonemi do Polski z krajów tropikalnych.

POKŁOSIE TERAPEUTYCZNE.

Chlorek wapnia w lecznictwie chorób przewodu pokarmowego.
(La Presse Méd. № 9, 1931).

Dawka maksymalna pro die wynosi 20 g, po jej przekroczeniu mogą wystąpić biegunki, wymioty i bóle głowy.

Działanie przeciwkrwotoczne chlorku wapnia (wrzód, rak, krwotoki durowe, czerwonkowe, colitis haemorrhagica) — do wewnątrz w roztworze 5%, ewentualnie z dodatkiem żelatyny (2%), do 3—4 g pro die; dożylnie 20 cm³ 5% roztworu wodnego; gorące lawatywy z 3—4 g chlorku wapnia na litr wody.

Działanie przeciwbiegunkowe — dowewnątrz 4 do 7 g pro die w roztworze wodnym, ewentualnie z dodatkiem bizmutu, tanniny, opium i t. p.; dożylnie 4 cm³ roztworu 5—10%; trzeba tu zaznaczyć, że duże dawki chlorku wapnia działają odwrotnie, to jest przeczyszczająco.

Działanie przeciwwymiotne — w wymiotach u gruźlików.

Działanie moczopędne — w przypadkach puchliny brzusznej na tle marskości wątroby.

Działanie przeciwwstrząsowe (przeciwanafilaktyczne) — w pokrzywce pokarmowej, chorobie posurowiczej — dowewnątrz (4—8 pro die) lub dożylnie.

Działanie przeciwkurczowe — w tężyczce.

Działanie uwapniające w stanach zubożenia ustroju w wapień — w przypadkach biegunek uporczywych, nieswoistych lub gruźliczych, w których ustrój traci duże ilości wapnia — dowewnątrz 0,5 do 2 g pro die, lub podskórnie (płyn Ringera).

Działanie przyśpieszające ścinanie się mleka — analogicznie do przyśpieszania krzepnięcia krwi.

Redaktor odpowiedzialny: *Doc. Dr. A. Wojciechowski*
Wydawca: Spółka Wydawnicza „Wiedza Lekarska".
Adres redakcji i administracji Warszawa, Kaliska 9. Tel. 420-90.
Prenumerata z przesyłką rocznie zł. 8, kwartalnie zł. 2. Konto **P. K. O. 15.785.**

Ogłoszenia:
zewnętrzna strona okładki . . . . . zł. 450.— 250.— 135.—
bezpośrednio przed tekstem . . . . . „ 350.— 200.— 120.—
2-ga i 3-cia strona okładki . . . . . „ 350.— 200.— 120.—
pozostałe . . . . . „ 300.— 170.— 95.—

ZAKŁ. GRAF. PRAC. DRUK., WARSZAWA, NOWY-ŚWIAT 54, TEL.: 615-56 I 242-40.

CRYPTARGOL LUMIERE

SÓL SREBROWA SIARCZANU SODOWEGO TIOGLICERYDU

OVULES SOLUTION

Do użytku zewnętrznego

Idealny pod każdym względem przetwór srebrowy do użytku w GINEKOLOGJI, UROLOGJI, WENEROLOGJI I CHIRURGJI.

ZALETY:

Wyjątkowo silne działanie **bakterjobójcze** (35% Ag). Wybitne działanie **kieratoplastyczne i zmniejszające przekrwienie. Nie wywołuje podrażnienia** błon śluzowych i skóry. **Nie psuje się** pod wpływem powietrza i światła. **Nie plami** skóry, ani bielizny.

A) **CRYPTARGOL OVULES,** gałki dopochwowe z ustalonej gliceryny (0,25 cryptargol'u w jednej gałce). Działanie wybitnie przeciwgnilne, przeciwzapalne i kieratoplastyczne; nie plamią ani skóry, ani bielizny.

WSKAZANIA:

Nadżerki pochwy, szyjki macicy. Zapalenia macicy, jajowodów, jajników. Owrzodzenia (gruźlica). Upławy (flour albus). Co 2 — 3 dni po 1 gałce.

B) **CRYPTARGOL SOLUTION** stężony rozczyn do przemywań.

WSKAZANIA:

1. Do **przemywań pochwy** rozczyn 1:1000 do 5:1000
2. Do **przemywań pęcherza** rozczyn 1:1000 do 5:1000 w ilości 500 ccm. do 1000 ccm.,
3. w **ostrych zapaleniach pęcherza** moczowego (wkraplanie 20 — 30 kropel rozczynu 1:100),
4. W **leczeniu rzeżączkowego zapalenia** cewki moczowej:
   a) w zapaleniu tylnej części—przemywania rozczynem 1:1000 do 5:1000,
   b) w zapaleniu części przedniej: 2—3 razy dziennie po 3 przestrzykiwania rozczynem 1:100 do 5:100 pierwsze przy otwartej cewce moczowej, drugie i trzecie należy przetrzymać przez 5 minut,
5. Do przemywania ran owrzodzeń w **CHIRURGJI, DERMATOLOGJI** rozczyn 1:1000 do 5:1000.

Skład główny L. Nasierowski Kaliska 9, Warszawa

ROK V WARSZAWA 1931 MAJ ZESZYT V

WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY PRZEGLĄDOWI FRANCUSKIEGO PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO I POTRZEBOM LEKARZA PRAKTYKA

REVUE MENSUELLE CONSACRÉE À LA LITTERATURE MEDICALE FRANÇAISE ET AUX BESOINS DU PRATICIEN

pod redakcją Doc. Dr. Wojciechowskiego

PRACE ORYGINALNE

„Przestrojenie" jako metoda lecznicza choroby Basedowa i stanów pokrewnych.*)

DR. STANISŁAW HIGIER.

Lecznictwo choroby Basedowa i pokrewnych jej stanów dysthyreotycznych opiera się, jak dotychczas, na zupełnie przypadkowych danych empirycznych, mimo iż wyodrębnienie powyższych stanów chorobowych jest zdobyczą ostatnich lat ośmdziesięciu, okresu tedy medycyny nowoczesnej, wyprowadzającej się z przesłanek ogólnych — biologicznych i patologicznych. Wystarczy krótki przegląd najbardziej rozpowszechnionych metod leczenia tych chorób, aby przekonać się, że niewspółmierność powyższa istnieje w całej rozciągłości. Tyle dziś modne leczenie jodem wprowadzane było do terapji Basedowa trzykrotnie, za każdym razem dzięki innego rodzaju przypadkowi, zapominane potem lub odrzucane na łat kilkanaście, aby wypłynąć znów jako zagadnienie medycyny praktycznej. Jest faktem niezbyt znanym, że jod dostał się do arsenału środków przeciwbasedowoidalnych po raz pierwszy dzięki pomyłce jednego z asystentów *Trousseau;* ten ostatni zapisał mianowicie jednemu z pacjentów szpitalnych krople naparstnicowe w celu zwalczenia tachykardji, tego tak banalnego objawu choroby Basedowa, oraz jodynę do użytku zewnętrznego; tymczasem, wskutek niedopatrzenia, pacjent otrzymywał przez kilka dni jodynę do wewnątrz, a smarowany był nalewką naparstnicy. W wyniku — wyraźna poprawa stanu zdrowia pacjenta i dalsze próby stosowania nalewki jodowej per os, próby, które zresztą w całym szeregu przypadków nietylko nie prowadziły do wyleczenia, ale powodowały wzmożenie się objawów chorobowych i wobec tego zaniechane być musiały. Po kilkunastu latach leczenia jodem wraca, tym razem znów wskutek przypadkowo niezłych wyników przy traktowaniu jodem wola basedowoidalnego, fałszywie zróżnicowanego jako wole endemiczne i leczonego wobec tego

*) Praca odznaczona na konkursie „Wiedzy Lekarskiej".

metodą Kochera. I, wreszcie, obecnie w ciągu ostatniego dziesięciolecia wypływa na forum dyskusji jod w dawkach homeopatycznych, wprowadzony naprzód w Ameryce przez lekarzy-praktyków (bardzo pojęciami swemi odległych od współczesnej patologji i patogenezy stanów dys i hyperthyrreotycznych), wkrótce już przyjęty *), ze wszystkiemi restrykcjami, naturalnie, przez medycynę światową.

Zupełnie podobnie przedstawia się sprawa i z innemi metodami leczniczemi omawianych cierpień. Czy to będzie chinina, użyta pierwotnie jako specificum przeciw stanom gorączkowym i podgorączkowym przy Basedowie; czy związki bromowe, wprowadzone jako próba objawowego zwalczania nerwowego niepokoju basedowików, czy aktinoterapja, próbowana w tej dziedzinie z lepszymi lub gorszymi wynikami, jednakże początkowo bez żadnych uzasadnień, czy, wkońcu, zabieg operacyjny, — wszystkie te metody miały naprzód podstawy wyłącznie empiryczne, do których dopiero ex post dorabiane były przesłanki teoretyczne i ogólno-patologiczne.

Sprawa staje się zrozumialsza w związku z nieustalonym dotychczas poglądem na istotę tych zachorzeń. Mimo to, a może właśnie dlatego, dotychczasowa terapja choroby Basedowa daje obfity materjał myślowy zarówno dla szukających nowych sposobów podejścia do zagadnienia stanów basedowoidalnych, jak i nowych dróg leczniczych.

Rzucają się tu bowiem w oczy dwie zasadnicze okoliczności: 1-o) że każdy z wymienionych środków leczniczych jest w stanie w całym szeregu przypadków wpłynąć istotnie, jeżeli nie uzdrawiająco, to w każdym razie, dodatnio na stan chorego, podczas gdy w innych przypadkach najzupełniej zawodzi; nie zdaje się to przytem zależeć ani od długotrwałości i nasilenia choroby, ani od czynników osobistych (konstytucyjnych lub konstelacyjnych) chorego; 2-o) że bardzo często dany środek lub dana metoda lecznicza zawodzi u pacjenta w jednym okresie choroby, podczas gdy później, w innym okresie, przynosi wyniki dodatnie, a nawet uleczenie; i tu również podkreślić trzeba, że zjawisko to nie pozostaje w żadnym związku z nasileniem objawów chorobowych, ani też, wbrew temu, co sądził szereg autorów dawniejszych, z jej długotrwałością.

Mimowoli nasuwa się przypuszczenie, że *wynik działania leczniczego rozmaitych czynników farmakodynamicznych lub fizykalnych przy chorobie Basedowa zależy od chwilowego stanu czynnościowego, od swoistego „nastawienia" organizmu, jego układów lub narządów.*

Ten czynnik *wewnątrzpochodny*, jak wynikałoby z uprzednio powiedzianego, nie jest wartością stałą dla każdego danego indywiduum, ale zmieniać się może w sposób zasadniczy, często nie powodując przytem jednocześnie żadnych swoistych, a łatwych do stwierdzenia zmian w objawach chorobowych.

Dla lecznictwa ważnem byłoby określić ściśle, jakiego rodzaju jest to czynnik oraz, czy byłoby możliwem doświadczalnie wytwarzać go i wpływać nań a przez to i stosować w terapji.

Już dokładna analiza epikrytyczna materjału klinicznego, zarówno własnego, jak i podawanego w piśmiennictwie lekarskiem, prowadzi do ściślejszego oznaczenia powodów, które wywołać mogą zmiany w nastawieniu organizmu na bodźce, jakich używamy w naszej dotychczasowej, empirycznej terapji. Rzuca się przedewszystkiem w oczy fakt, że jakaś dana metoda lecznicza staje się skuteczna po zastosowaniu w okresie poprzedzającym innej określonej metody, która sama przez się nie prowadziła do żadnych dodatnich rezultatów. Przykładami takiej kumulacji działania „dwuokresowego" może służyć: podawanie soli bromu i innych środków grupy „sedativa" po galwanizacjach *(Vinchon)*, leczenie ergotaminą po naświetlaniach *(Merke)*, leczenie jodem po lub równocześnie ze środkami narkotycznymi grupy barbiturowej *(Bansi)* i t. d. Nawet tak popularna obecnie idea „przedoperacyjnego przygotowania" basedowików jodem, według metody *Plummer'a* i *Boothby*, sprowadza się ostatecznie do takiej właśnie, złożonej, „dwufazowej" terapji, gdyż, jak twierdzą autorzy amerykańscy, chodzi tu nietylko o lepsze warunki dla samego zabiegu operacyjnego, ale i o gwarancję, że zabieg będzie skuteczny na dalszą metę, że nie nastąpi po pewnym czasie wznowienie zespołu chorobowego wzgl. zespół hypothyrreotyczny.

*) Głównie dzięki wyczerpującym pracom *Boothby'ego*, *Williamsona* i in.

Ze swej strony przytoczymy dwa przypadki, w których bardzo wyraźnie uwydatnia się moment nowego nastawienia organizmu i zmiana w reagowaniu tego organizmu na ten sam czynnik leczniczy.

Z. K. mężatka, lat 32, u której w ciągu kilku miesięcy rozwija się typowy obraz choroby Basedowa. Objawy, początkowo dyskretne, nasilają się szczególnie w drugiem półroczu choroby, tak, że mniej więcej w półtora roku po zjawieniu się pierwszych objawów, stwierdza się objektywnie co następuje:

Gruczoł tarczykowy powiększony bardzo znacznie, symetryczny, konsystencji dość miękkiej, jednak nierównej; dobrze unaczyniony (szmery naczyniowe) wytrzeszcz miernego stopnia, obustronnie równy; częstoskurcz: tętno — 100 w pozycji leżącej, podnosi się do 120 przy staniu. Oprócz tej zasadniczej triady, szereg objawów drugorzędnych; stany podgorączkowe niestałe; zciemnienie powłok skórnych; wyraźnie zaznaczone objawy Graefego i Möbiusa; pobudliwość naczynioruchowa, przejawiająca się w objawach Maranona i Serejskiego; rozszerzenie amplitudy parcia krwi: 140/60 przy braku jakichkolwiek danych wady aortalnej (objaw Pende); drżenie dłoni i palców; tachypsychizm i wielka pobudliwość duchowa.

(Wywiady, tyczące się lat dawniejszych i dziedziczność — bez znaczenia; RW ujemna; badania Przemiany Spoczynkowej ani morfologicznego badania krwi nie przeprowadzono w tym czasie).

Leczenie *wstrzykiwaniami ergotaminy codziennie w ciągu 2-ch tygodni nie dało żadnych wyników;* stan chorej w ciągu dalszych czterech miesięcy nie zmienia się, jeżeli nie uwzględniać bardzo efemerycznych polepszeń lub pogorszeń. Zastosowano wówczas naświetlania roentgenowskie; w dwuch serjach, w odstępie trzech tygodni, również bez widocznego rezultatu, czy to miejscowego, czy ogólnego. Gdy jednak w sześć tygodni po ostatniem naświetlaniu wrócono z powrotem do *ergotaminy, dała ona wyraźne polepszenie;* już po kilku dniach stosowania. Po dwunastu dniach podawania pacjentce Gynergenu (preparat ergotaminy) naprzemian doustnie i podskórnie stwierdzić można było: wyraźne zmniejszenie się wola z osłabieniem miejscowych szmerów naczyniowych; tętno spadło do 84 — 90 uderzeń na minutę, bez wykazywania znaczniejszych wahań przy zmianie pozycji; parcie krwi wynosiło 130/75, samopoczucie wybitnie poprawiło się, a objawy psychiczne objektywne straciły na wyrazistości. Utrzymał się jedynie wytrzeszcz i zaciemnienie powłok skórnych, które to objawy wraz z umiarkowaną limfocytozą i eozynofilją trwają po dziś dzień. Chora, wykazując obecnie bardzo dyskretne objawy basedowizmu, uważa się za zdrową i zupełnie zdolną do pracy.

S. W., służąca, lat 38-u. Ostro, bo w ciągu dwuch tygodni rozwinął się u niej typowy zespół Basedowa. Chora, nie uskarżająca się do tego czasu na żadne dolegliwości nerwowe, staje się nad wyraz pobudliwą, miewa napady spazmatycznego płaczu niemal codziennie; uskarża się na drżenie rąk, wzmagające się przy wysiłku fizycznym, uczucie palenia i pocenia się dłoni i stóp; temperatura, stale podgorączkowa, podnosiła się kilkakrotnie powyżej 38°; zjawia się wytrzeszcz; „palpitacje serca" zupełnie uniemożliwiają pracę. Rozrostu gruczołu tarczykowego ani wogóle jakichkolwiek zmian w obwodzie szyi chora ani jej otoczenie nie zauważyło, natomiast zjawiły się nie dające się dokładniej określić przeszkody przy łykaniu i kaszlu.

Lekarz, do którego chora w tym czasie się zgłaszała zalecił jej przyjmowanie wyciągów jajnikowych (prawdopodobnie w związku z niedawno przebytem poronieniem samoistnem) oraz mieszanki chinino-bromowej. Dwa tygodnie powyższej kuracji nie wpłynęły dodatnio na stan chorej, u której, przeciwnie, subjektywnie nastąpiło pogorszenie. Chora zostaje umieszczona na jednym z oddziałów szpitalnych. Leczona jest, zresztą dość krótko, małymi dawkami jodu oraz wcierkami rtęciowymi (podejrzenie Lu., nie potwierdzone serologicznie; RW. dwukrotnie ujemna). Oprócz tego chora podlegała próbom farmakologicznym: prawdopodobnie adrenalinowej i atropinowej. Po trzech tygodniach chora wypisuje się na własne żądanie z wyraźnem pogorszeniem.

W tym czasie objektywny stan chorej przedstawiał się jak następuje: T° — 37.5 (w południe); skóra sucha i gorąca, jedynie na dłoniach spocona; wytrzeszcz średniego stopnia; objawy Graefego i Darlymple'a; drżenie języka; szyja o zarysach prawidłowych, bez widzialnego wola, mimo, iż pod powłokami dają się wymacać dość duże, niezbyt unaczynione płaty boczne gruczołu tarczykowego. Tętno — 90 w pozycji leżącej, podnosi się do 100 i wyżej przy wstawaniu, chwilami niemiarowe, szczególnie przy wszelkiej zmianie pozycji; wybitne drżenie palców u rąk; wzmożona pobudliwość mięśni na bodźce mechaniczne; nieznaczne objawy pozapiramidowe (zjawisko „koła zębatego" przy ruchach biernych kończyn górnych i głowy); ogromna pobudliwość psychiczna; wyraźna gonitwa myśli i szybkie zmiany nastroju o typie submanjakalnym.

W oczekiwaniu na możność powtórnego umieszczenia chorej w szpitalu zalecone jej zostaje ut aliquid datur przyjmowanie tej samej mieszanki chinino-bromowej i tego samego preparatu opoterapeutycznego, który pozostał jeszcze z przedszpitalnego okresu choroby. Ku zdumieniu lekarza *objawy chorobowe zaczynają się cofać,* dokładnie od pierwszego dnia tej kuracji, tak, że po dwudziestu dniach leczenia chora zaczyna powoli powracać do swych zajęć zawodowych, a po trzech miesiącach takiej kuracji, wspomaganej jedynie jeszcze ścisłą djetą beztryptofanową i małobiałkową, nie wykazuje już, oprócz przemijających przyśpieszeń tętna i nieznacznego drżenia rąk, żadnych objawów chorobowych.

Powyższe przypadki, ilustrujące w sposób oczywisty zmianę w reagowaniu ustroju na dany czynnik terapeutyczny, nie wyjaśniają naturalnie ani istoty „przestrojenia", któremu uległ chory organizm, ani bezpośredniego powodu tej przemiany. Można przypuszczać, że w pierwszym przypadku momentem przestrajającym były naświetlania roentgenowskie, w drugim —

leczenie jodowo-rtęciowe lub może adrenalina (?); jednakże przypuszczenia te, jakkolwiek prawdopodobne, nie dają żadnych wskazówek, pozwalających uzasadnić swoistą metodę leczniczą. Zresztą, w szeregu innych przypadków mogliśmy stwierdzić, że powyższe momenty „przestrajające" nie wykazują zupełnie podobnego działania, że więc nie mogą być uważane za swoiste nawet w ograniczonym zakresie leczenia dystyrreoz określonego napięcia.

W poszukiwaniu takich, jeżeli nie swoistych, to w każdym razie najskuteczniejszych środków „przestrojenia" ustroju basedowika niepodobna obejść współczesnych koncepcji, tyczących się istoty stanów dys i hyperthyrreotycznych wogóle, a choroby Graves-Basedowa w szczególności.

Niezależnie od różnic w poglądach na patogenezę choroby Basedowa, przyjąć można za dowiedzione istnienie trojakiego rodzaju zaburzeń, które stwarzają złożony obraz symptomatologiczny i kliniczny zachorzenia. Mamy tu przedewszystkiem do czynienia: 1) ze skazą w przemianie, szczególnie przemianie jodowej, tyroxynowej, tryptofanowej i białkowej (dla uproszczenia wyliczamy tu oddzielnie substancje, których przemiana ściśle się zazębia, gdyż jedne mogą być produktami przemiany drugich); 2) z zaburzeniami wewnątrzwydzielczymi, zwłaszcza, ale bynajmniej nie wyłącznie, w zakresie wydzielania wewnętrznego tarczycy (endokrinosis); 3) z zaburzeniami, wreszcie, w układzie nerwowym wegetacyjnym (sympatosis). Wiedza współczesna nie rozstrzygnęła przytem jeszcze, które z tych zaburzeń są pierwotne, a które wtórne, względnie jaki istnieje pomiędzy nimi związek przyczynowy. Wydaje się jednak, że współistnienie tego rodzaju zaburzeń, obejmujących trzy pierwszorzędnej wagi układy organizmu, czyli wyraźny już zespół basedowiczny, prowadzi do pewnego rodzaju błędnego koła. Przebieg i ostateczne zejście choroby Basedowa zależy prawdopodobnie w znacznym stopniu od słabszego lub intensywniejszego pobudzenia mechanizmów regulacyjnych, zdolnych do wyrównania przynajmniej jednego rodzaju z wymienionych zaburzeń.

Z punktu widzenia teoretycznego szukać więc należałoby czynnika „przestrojeniowego" wśród tych bodźców, które są w stanie „wstrząsnąć" czy to mechanizmami przemiany, czy to układem wewnątrzwydzielniczym, czy, wreszcie, całością układu wegetacyjnego. Jest zresztą oczywiste, że każdy bodziec przestrojeniowy działa przedewszystkiem poprzez układ wegetacyjny, jako odpowiednik czynności regulacyjnych; jednakże w pierwszym i drugim wypadku przestrojenie dotyczyć może drobnej tylko części tego układu, podczas gdy w ostatnim — obejmować będzie ono układ ten jako pewną fizjologiczną całość.

Jeżeli chodzi o pierwszą drogę — oddziałanie na mechanizm chorobowy poprzez *przestrojenie w zakresie czynności i mechanizmów przemiany*, to przykładem służyć tu bezwzględnie może kuracja djetetyczna; dla większości autorów jest to jednak leczenie objawowe, wzgl. odciążające, a nie przyczynowe. Pierwiastek „przestrojeniowy" djety basedowików podkreślony został po raz pierwszy bodaj że przez *König'a*, a sprowadzony głównie do alkalizacji, a przez to zobojętnienia pewnych patologicznych produktów przemiany. Po przeprowadzeniu takiej alkalizacji o wiele skuteczniej działać ma cały szereg środków swoistych, w pierwszym rzędzie zaś insulina. Jeżeli sądzić z piśmiennictwa kazuistycznego i przytaczanych danych statystycznych, metoda ta nie może, jak dotychczas, pochwalić się wyraźniejszymi wynikami dodatnimi.

Samo leczenie insuliną bywa również ujmowane jako próba przestrojenia, i to przedewszystkiem w zakresie mechanizmów przemiany. Część zwolenników tej terapji uzasadnia ją istotnie nietyle dążnością przeciwniczą (co jeszcze w stosunku do insuliny bynajmniej nie zostało dowiedzione ostatecznie), ile oddziaływaniem na wątrobę, zwłaszcza zaś na jej czynność syntetyzowania i magazynowania *(Prohazka)*.

W praktyce insulina nie ziściła dotychczas nadziei, jakie w niej można było pokładać, traktując ją z punktu widzenia działania przestrojeniowego. Jeżeli bowiem nawet pewne sukcesy lecznicze insuliny w Basedowie możnaby tłomaczyć takim właśnie mechanizmem jej działania, są one zbyt nikłe i efemeryczne, aby dawały prawo do uznania w niej swoistego środka terapji przestrojeniowej. Pozostaje to, być może, w związku z dawkowaniem, zupełnie

dowolnie zapożyczonem z lecznictwa innych jednostek chorobowych.

Teoretycznie więcej jeszcze zdawała się obiecywać syntalina jako substancja chemiczna, działająca na to samo ogniwo przemiany ustrojowej — wątrobę, w innym jednak kierunku, gdyż hamując przedewszystkiem zbytnią aktywność komórki wątrobowej.

Próby, które przeprowadziliśmy w tym względzie, stosując w 2-ch przypadkach choroby Basedowa niewielkie dawki syntaliny, wypadły ujemnie (również może ze względu na brak racjonalnego dawkowania).

W zakresie leczenia, które skierowane jest całkowicie lub między innymi ku *hormonalnemu przestrojeniu* ustroju, wymienić należy w pierwszym rzędzie podawanie thyreoidyny. Metoda ta przez większość autorów-praktyków uważana jest za niebezpieczną. *Kessel* i *Hyman*, nazywają ją wręcz „heroiczną" i stosują jedynie w przypadkach najcięższych, niemal beznadziejnych, ostrych kryz basedowicznych, ze zdumiewającymi jakoby skutkami. (Wstrzyknięcia dożylne thyreoidyny lub tyroksyny codziennie przez kilka dni). *Rogers* zachwala bardzo równoczesne podawanie tyroksyny i adrenaliny w przypadkach przewlekłych i łagodniejszych.

O pierwiastku „przestrojeniowym" działania insuliny przy Basedowie mówiliśmy już powyżej. Jest rzeczą oczywistą, że dopatrzyć go się można również we wpływie insuliny na przebieg indywidualnej wydzielniczości dokrewnej *(Florentin)*.

Najwięcej podstaw wydaje się mieć jednak dążenie do *bezpośredniego przestrajania układu wegetacyjnego*, zarówno dlatego, że układ ten wciągnięty jest sam bardzo zasadniczo w mechanizm patogenetyczny choroby Basedowa i stanów pokrewnych, jak i dlatego, że zawiaduje on regulacją wszystkich innych układów w grę wciągniętych.

W tym zakresie jednakże dotychczas dokonano bardzo niewiele.

Feldman, Kertesz i inni konsekwentnie podkreślają znacznenie klimatoterapji, a mianowicie powietrza górskiego, jako czynnika przestrojeniowego. Istota tego rodzaju leczenia polegać ma na zmniejszeniu napięcia kwasowęglowego we krwi, a przez to, pośrednio, prowadzić do zakwaszenia ustroju i nowego nastawienia zakończeń układu wegetacyjnego na bodźce wewnątrzpochodne *(Feldman)*. Próby dokonania podobnego „przestrojenia" w kamerze o niskiem ciśnieniu nie wypadają jednak zawsze zachęcająco.

Sprawa bezpośredniego zakwaszenia lub zalkalizowania organizmu środkami chemicznymi lub farmakologicznymi nie weszła jeszcze na tory praktyczne, prawdopodobnie dlatego, że nie jest dotychczas rozstrzygnięte w jakim kierunku zmienia się izojonja ustroju i jego zasoby buforowe w stanach basedowoidalnych; podczas, gdy jedni badacze twierdzą o wyraźnem zakwaszeniu ustroju w Basedowie *(König)*, inni stwierdzają raczej zalkalizowanie, wzgl. tylko większą, niż normalnie niestałość (jakościowe zmiany w zasobie zasad?).

Szereg autorów podkreśla „przestrojeniowy" charakter kuracji jodowych. Odnajdziemy potwierdzenie tego punktu widzenia w doświadczeniach pracownianych. Między innymi *Zondek* i *Behrent* stwierdzili znaczne zmiany w reagowaniu ustroju na adrenalinę po uprzedniem podawaniu mu przez pewien czas małych dawek jodu. Pobudliwość basedowików na adrenalinę, przejawiająca się w znanej i bodaj patognomicznej próbie Goetsch'a (podanie dawki normalnie podprogowej 0,5 ccm roztworu adrenaliny 1 : 10000 podskórnie, która u basedowików powoduje szereg odczynów ze strony układu krwionośnego i psychiki) istotnie ulega przy kuracji jodowej wielkiemu zahamowaniu. Jednakże, cofanie się objawów klinicznych nie idzie zazwyczaj równolegle do tych zmian. Zarówno metoda małych dawek jodu, jak i ‚uderzeń" jodowych *(Neisser, Veill)* znajduje się dzisiaj pod znakiem zapytania jako leczenie swoiste choroby Basedowa. Nie umniejsza to naturalnie w niczem jej znaczenia „przygotowawczego", przedoperacyjnego lub pomocniczego.

Mając wszystko powyższe na uwadze, postanowiliśmy wypróbować, czy nie udałoby się dokonać *leczniczego przestrojenia układu sympatycznego wapnem*. Wapń jest tym pierwiastkiem chemicznym, którego jony bezpośrednio wpływają na stan zakończeń wegetacyjnych; wzajemne ustosunkowanie jonów wapnia i potasu jest przytem czynnikiem decydującym dla stanu czynnościowego zarówno całego układu

wegetacyjnego, jak i dla biochemji komórkowej narządów końcowych, mogących wpływać pośrednio na ten układ.

Z drugiej strony działanie leczniczych dawek wapnia jest tego rodzaju, że wzmagając nieznacznie napięcie układu sympatycznego, zmniejszają pobudliwość zarówno sympatyczną, jak i parasympatyczną na wszelkie bodźce, zarówno zzewnątrzpochodne, jak i dokrewne. W ten sposób można z czystem sumieniem przystąpić do odpowiednich prób leczniczych; gdyby nawet bowiem nie udało się doprowadzić do zasadniczego, uzdrawiającego „przestrojenia“ wapniem, to działanie jego w każdym razie nie mogłoby sprowadzić wzmożenia objawów patologicznych, przyśpieszenia ruchu błędnego koła basedowizmu, jak to czyni w niektórych przypadkach jod.

Co się tyczy postaci, wzgl. preparatu wapnia, to, pragnąc uniknąć przypadkowego działania odpowiedniej substancji na inne mechanizmy równowagi ustrojowej, wykluczyć należało z prób zarówno chlorek wapnia (który powodować ma zakwaszenie ustroju), jak i mleczan (prowadzący do alkalizacji). Ze względu zaś na zarzuty, tyczące się wprowadzania wapna doustnie (mała przyswajalność) i wątpliwości przy wprowadzaniu go dożylnem (kilka zasadniczo przeciwnych faz działania) wybraliśmy drogę wprowadzania wstrzyknięć domięśniowych. Używaliśmy preparatu „Glucalciny“, raz jeden zagranicznej „Kalziny“. Tam, gdzie można było przypuszczać, że, mimo wprowadzanego wapnia *) równowaga jonowa, nie ulega przesunięciu, stosowaliśmy jednocześnie opoterapję przytarczykową w postaci tabletek Parathyroideae. Ogółem leczenie to konsekwentnie przeprowadziliśmy w czterech przypadkach *) z wynikami naogół dodatnimi.

Z. L., urzędnik bankowy, lat 48 wykazuje objawy dysthyrreozy od lat siedmiu: zjawiło się wole, wytrzeszcz, drżenie rąk, okresowe biegunki oraz napady „wilczego“ głodu i wzmożonego pragnienia, szybkie łysienie, wzmożenie pobudliwości psychicznej, zaburzenia w sferze płciowej. Dolegliwości te wzrastały powoli w ciągu dwóch pierwszych lat choroby, potem ustaliły się mniej więcej na jednym poziomie, nie przeszkadzając choremu w jego pracy zawodowej. Od roku — szybko postępujące pogorszenie. Zwłaszcza wzmogły się objawy psychiczne i ze strony układu pokarmowego. Chory musiał kilkakrotnie przerywać swą pracę na czas dłuższy; ostatnio nie pracuje od 2-ch miesięcy.

Stan obecny: wole dość duże, asymetryczne, z wybitniejszym rozrostem płatu prawego, konsystencji chrząstkowej, mało unaczynione; wytrzeszcz wybitny, symetryczny; tętno przyśpieszone: 92 w pozycji leżącej, podnosi się do 108 i wyżej w pozycji stojącej chorego. Poza tem: zciemnienie barwy skóry dokoła oczodołów; na szyi, karku i nad mostkiem skóra wybitnie zaczerwieniona; kilka niewielkich naczyniaków podskórnych na głowie; oczy silnie błyszczące; objawy Graefego, Möbiusa i Darlymple'a silnie wyrażone; serce duże, zarówno wypukowo, jak i roentgenoskopowo; mitralne; wysłuchowo, oprócz wzmożonej siły tonów i przydźwięku metalicznego drugiego tonu nad aortą, żadnych odstępstw od normy nie stwierdza się; parcie krwi 170/80 (amplituda — 90!); wybitnie zaznaczone drżenie palców i dłoni; rzucająca się w oczy zmienność nastroju psychicznego i pobudliwość na bodźce zewnętrzne.

Rw — ujemna. Obraz krwi wykazuje 48% limfocytów przy 8900 c. b. W moczu wzmożona ilość urobilinogenu i urobilina. Przemiana spoczynkowa (badana przed miesiącem w klinice wiedeńskiej) wzmożona o 38%. Próba adrenalinowa Goetsch'a wypada dodatnio.

Choremu zalecono całkowity spokój, leżenie, dyjetę beztryptofanową oraz ergotaminę naprzemian podskórnie i per os. Po dwuch tygodniach stan chorego uległ bardzo niewielkiej zmianie, wykazując jedynie zmniejszenie pobudliwości tętna i amplitudy ciśnienia (140/80).

Wobec czego choremu przepisano *wstrzykiwania wapna domięśniowo*, w postaci Glucalciny, co drugi dzień od 5 ccm. począwszy. Po 12 dniach stan objektywnie i subjektywnie bez zmiany. Próba Goetsch'a wykazuje jednakże wyraźnie zmniejszoną pobudliwość hormono-dynamiczną (podniesienie się tętna o 4, brak odczynu ze strony parcia krwi). Chory otrzymał jeszcze dwa wstrzyknięcia, poczem tygodniowy odpoczynek od wszelkiej kuracji. Po odpoczynku — ergotamina, jak poprzednio. Począwszy od piątego, szóstego dnia stan zaczyna się *wybitnie poprawiać*. Po dwóch tygodniach stwierdza się: wole nieco mniejsze i jakby równiejsze w konsystencji; zaczerwienienie na szyji i mostku znikło zupełnie; tętno spadło do 80 w pozycji leżącej, a 84—88 w stojącej; chory spokojniejszy, o nastroju optymistycznym równym; samopoczucie doskonałe; parcie krwi 140/90. Choremu pozwolono wstawać i powoli przyzwyczajać się do zwykłego trybu życia. Po sześciu tygodniach, podczas których zażywane były jedynie łagodne środki uspakające (brom, adalina, passiflorina) poprawa posuwa się o tyle, że chory wrócić może do swej pracy zawodowej, twierdząc, że czuje się zupełnie zdrów.

Z dodatkowych danych katamnestycznych okazuje się, że w ciągu następnych ósmiu miesięcy

*) Zaznaczyć warto, że zdania co do poziomu Ca we krwi w Basedowie są podzielone. *Montanari* mówi o zmniejszeniu się wapnia, *Waldorp* — przeciwnie.

*) Kwoli ścisłości stwierdzamy, że poza tem w jednym przypadku leczenie zostało przerwane po czwartem wstrzyknięciu na żądanie chorej, w związku z nieznacznem pogorszeniem.

osobnik powyższy żadnych wybitniejszych dolegliwości nie odczuwał: pozostał mu jedynie wytrzeszcz, ciemne zabarwienie dokoła oczu i okresowe biegunki, o wiele słabszego, niż dawniej, stopnia.

K. B., nauczycielka, lat 24, zachorowała mniej więcej przed ośmioma miesiącami, wykazując pierwotnie niemal wyłącznie objawy nadmiernej pobudliwości nerwowej i bóle głowy o charakterze migrenowym. Powoli zaczęło zmieniać się usposobienie na drażliwe i niestałe. Przed 5-oma miesiącami zauważyła nasilający się wytrzeszcz. Od dwuch miesięcy „rośnie jej szyja“.

Częste napady lęku i palpitacji serca; biegunki po spożyciu potraw tłustych; dwukrotnie wymioty, trwające przeszło dobę. Leczona naświetlaniami Roentgena bez dodatniego wyniku.

Matka chorej cierpi oddawna na uporczywe migreny; siostra matki cierpiała na chorobę Basedowa.

Stan obecny wykazuje: wole miękkie, szeroko rozlewające się na boki, nie dające się dokładnie palpacyjnie odgraniczyć; wytrzeszcz średniego stopnia, przyśpieszenie tętna do 100 bez różnicy na pozycję chorej. Pozatem: To 37.2; odżywiania bardzo lichego; skóra na twarzy i na ciele bardzo wiotka, zwisa gdzie niegdzie fałdami (chora, jak się okazuje, straciła w ciągu ostatniego roku koło 10 klg. wagi); zabarwienie powłok skórnych podżółtaczkowe na całem ciele, śluzówek — wybitnie blade; w płucach wypukowo i wysłuchowo objawy przebytej sprawy szczytowej, zwłaszcza w lewem płucu; rozdwojenie pierwszego tonu słyszalne we wszystkich punktach, nad wierzchołkiem cichy szmerek skurczowy, nie przewodzony w żadnym kierunku; (wypukowo serce małe, wątroba niepowiększona, obrzęków niema i nie było, objawów subjektywnych niedomogi sercowej przed obecną chorobą nie było). Parcie krwi 120/80.

Badanie morfologiczne krwi wykazuje m. in.: ciałek czerwonych 4.000000 przy wskaźniku hb. 0,68; ciałek białych 8.200 z 38% limfocytów i 9% monocytów.

Chora otrzymuje *12 wstrzyknięć Glucalciny*, co drugi dzień wstrzyknięcie domięśniowe oraz mieszankę walerjanowo-bromową. Ponieważ po kilku pierwszych wstrzyknięciach stwierdzało się raczej pogorszenie w stanie chorej, a szczególnie wzmogły się objawy pobudliwości mięśniowej i nerwowej (Chvostek!), w myśl koncepcji Collip'a i Csepai'a chorej dodano jeszcze opoterapję przytarczykową w postaci tabletek (Parke, Davies), ogółem 30 tabletek w ciągu 15-u dni. Już w tym okresie stan chorej zaczyna się poprawiać zarówno pod względem subjektywnym, jak i objektywnym. Po ostatniem wstrzyknięciu przerwa kilkodniowa w leczeniu, poczem chora otrzymuje jedynie mieszankę chinino-bromo-walerjanową i djetę mleczno-jarzynową. *Poprawa* idzie w dalszym ciągu szybkiemi krokami naprzód. Po miesiącu stan chorej wykazuje: zmniejszenie się wola; zniknięcie objawów Graefego i Stellwaga; zmniejszenie się wytrzeszczu; tętno 84—88; parcie krwi 120/90; objaw Chvostka ledwie zaznaczony; szmer skurczowy znikł; waga podniosła się o 3½ klg.; obraz krwi zmienił się w zakresie wskaźnika hb., który wzrósł do 0.76 i zmniejszenia się limfocytozy (do 5.800 c. b.). Bole głowy zniknęły niemal całkowicie, napadów lęku nie bywa; subjektywnie chora czuje się doskonale.

Z katamnezy dodać warto, że obecnie chora jest w ciąży, która przebiega zupełnie prawidłowo.

M. J. lat 49, czuje się chorą od pięciu lat. Do ostatnich miesięcy objawy tyczyły się wyłącznie wzmożonej pobudliwości, bezprzyczynowych stanów przygnębienia, przemijających lęków, zrzadka palpitacji serca. Szyja z wygórowaniem w okolicy tarczycy oddawna. Przed pół rokiem u chorej po raz pierwszy nie zjawiły się menses, co podziałało na nią w sposób przygnębiający; objawy nerwowe wybitnie się nasiliły; w następnym miesiącu, mimo prawidłowej miesiączki, stan pogorszył się jeszcze bardziej: subjektywne objawy sercowe wzmogły się, zjawiło się drżenie rąk, silne pocenie się, biegunki. Pozatem chora zaczęła łysieć w niezwykle szybkiem tempie, a wszystkie środki, aplikowane miejscowo okazywały się bezskuteczne.

Stan obecny: T° 37.I. Wole twardawe, niezbyt wielkie, wytrzeszcz małego stopnia. Tętno — 88 w pozycji leżącej, 100 i więcej w pozycji stojącej. Poza tem: skóra na całem tułowiu ciemna, gorąca, na szyi i dłoniach silnie spocona; na głowie, brwiach i na wzgórzu Wenery uwłosienie bardzo rzadkie, natomiast wyraźny meszek nad wargą górną. Objaw Möbiusa. Tony serca bardzo silne; szmer skurczowy nad aortą. Przy zmianie pozycji i po wysiłku fizycznym występuje niemiarowość z wypadaniem pojedyńczych fal na tętnie promieniowem. Parcie krwi 180/100. Drżenie palców u rąk. Wygórowanie odruchów ścięgnistych i okostnych. Clonus pedis.

Obraz morfologiczny krwi wykazuje wyraźną limfocytozę (50% — z czego połowa wielkich limfocytów), oraz eozynofilję (6%). Próba Goetsch'a wybitnie dodatnia (parcie krwi skurczowe podniosło się do 220 !).

Chorą leczono do tego czasu preparatami jajnikowymi, jodem i lekkimi środkami nasercowymi. Po zbadaniu odstawiono jod, dodano natomiast wstrzykiwania fosforowo-arsenowe. Pogorszenie przybiera postać kryzy. Biegunki codzienne. Niemiarowość akcji serca wzrasta, przyjmując chwilami charakter niemiarowości zupełnej. Zjawiają się napady duszności. Chora wybitnie niespokojna, od czasu do czasu bredzi.

Wobec czego chorej zalecono wstrzykiwania digitaliny oraz preparat walerjanowo-bromowy dowewnątrz. Inne leki odstawiono, natomiast przystąpiono (tytułem krótkotrwałej początkowo próby) do *wstrzykiwań wapniowych* **co drugi dzień.** Wynik był nadspodziewany. W ciągu 6 dni kryza minęła całkowicie i chora powróciła do stanu z przed kilku tygodni. W ciągu dalszych wstrzykiwań wapnia — ogółem było 10 wstrzyknięć po 5—8 ccm — poprawa już mniej wyraźna. Jednakże, gdy po odstawieniu wapna wrócono do kuracji poprzedniej: preparatu jajnikowego oraz fosforowo-arsenowego, chora szybko zaczęła wracać do zdrowia. W trzy miesiące po kryzie stan chorej zmienił się, jak następuje: tętno 76, parcie krwi 170/120; niemiarowości akcji serca nie stwierdza się. Odruchy lekko wzmożone. Drżenie palców u rąk minimalne. Samopoczucie bardzo dobre. Obraz krwi wykazuje nieznaczną limfocytozę (38%) i monocytozę. Natomiast wole nietylko nie zmniejszyło się, ale wyraźnie urosło. Miesiączki, jakkol-

wiek skąpe zjawiają się w odstępach prawidłowych. Biegunki zdarzają się sporadycznie w lekkiej postaci.

W. K. artystka lat 30, datuje początek swej choroby przed 8-oma miesiąca. jawiły się biegunki, mdłości, czasami silny głód, który przechodził przy spożywaniu pierwszych kęsów pokarmu, bezsenność, drżenie rąk i nóg. Przed czterema miesiącami chora zauważyła powiększające się wole; mniej więcej w tym samym czasie otoczenie stwierdziło zmiany w oczach: silne błyszczenie i zmniejszoną ruchliwość gałek. Choroba rozwija się powoli, lecz stale. Od trzech miesięcy chora niezdolna jest do pracy; od miesiąca nie wychodzi, gdyż nie może chodzić po schodach. Poza tem od dwuch miesięcy brak miesiączki i wybitne podniecenie płciowe, nie dające się zaspokoić drogą normalną, ani opanować narkotykami.

Stan obecny wykazuje: wole dość duże, symetryczne, miękkie z guzowatościami; wytrzeszcz niewielki, głównie po stronie lewej; tętno koło 100 zarówno w pozycji stojącej, jak i leżącej. Pozatem: skóra gorąca, silnie pocąca się, zwłaszcza na szyi, tułowiu i dłoniach; objaw Möbiusa; drżenie palców u rąk; lekko zaznaczona niezborność w kończynach górnych; powłoki brzuszne nieco napięte; wyczuwa się poprzez nie wzdęte jelita. Wybitna pobudliwość psychiczna i gonitwa myśli o typie submanjakalnym.

Przemiana spoczynkowa wzmożona o 20%. Próba Goetsch'a wypada dodatnio.

Chora, leczona dotychczas środkami uspokajającymi, hydroterapją i djetą, otrzymuje prócz tego jeszcze jod w dawkach homeopatycznych: trzy razy dziennie po 2 krople Lugola. 10 dni tego regime'u nie sprowadza żadnego polepszenia.

Nie odstawiając jodu całkowicie (dla uniknięcia t. zw. odczynu jodowego), a tylko zmniejszywszy do połowy jego dawkę, przystąpiono do *wstrzykiwań wapna* (co drugi dzień po 10 ccm. Glucalciny). Od szóstego zastrzyku począwszy podając równocześnie doustnie tabletki parathyreoideae. Poprawa rozpoczęła się dopiero przy ostatnich wstrzyknięciach. Po zakończonej kuracji wapniowej podawano jod w coraz to mniejszych dawkach oraz preparat fosforowo-arsenowy. Objawy chorobowe zmniejszały się coraz bardziej, tak, że w miesiąc po ostatniem wstrzyknięciu wapnia chora uważała się za zdrową i wróciła do pracy zawodowej.

W tym czasie nastąpiło jednak znów wyraźne pogorszenie pod względem subjektywnym (być może, w związku z przerwaniem kuracji jodowej). Po tygodniu zabroniono chorej pracować i poniekąd na własną jej prośbę przepisano 5 wstrzyknięć Glucalsiny równocześnie z przyjmowaniem wyciągu przytarczycznego doustnie. Po dziesięciu dniach (a więc dopiero po ukończeniu serji wstrzyknięć) poprawa wystąpiła powtórnie, tym razem prowadząc szybkimi krokami do uzdrowienia. W chwili obecnej — 3 miesiące od drugiej serji leczenia wapnem — chora poza słabo wyrażonym objawem Möbiusa i Stellwaga, żadnych odchyleń od normy nie wykazuje. Subjektywnie czuje się zupełnie dobrze. Pracuje zawodowo. Próba Goetsch'a wypada ujemnie.

Powyższe przypadki, jakkolwiek nieliczne, mogą być dowodem pomyślnego wpływu leczenia wapnem średnich i cięższych postaci choroby Basedowa. Przebieg leczenia, zwłaszcza występowanie poprawy w pewien czas po zastosowaniu tego leczenia i dalszy szybki rozwój zdrowienia, już w trakcie kuracji objawowymi, często uprzednio zupełnie nieskutecznymi, środkami przemawiają za tem, że istota kuracji wapniowej polega na czynnościowym przestrojeniu organizmu chorego. Potwierdza to badanie próbą Goetsch'a, której wynik ujemny jest często pierwszym zwiastunem mającej nastąpić wskutek przestrojenia poprawy. Jest przytem rzeczą charakterystyczną, że przy powyższym leczeniu poprawa obejmuje zazwyczaj równocześnie cały zespół objawów patologicznych (a nie, jak to zauważono przy innych metodach leczniczych tylko pewne części tego zespołu, np. głównie nieprawidłową przemianę materji i energji, zaburzenia sercowe, pokarmowe lub miejscowe) z wyjątkiem może trudniej odwracalnych zmian w samym gruczole i ustawieniu gałek ocznych. Przemawia to również za tem, że cały ustrój ulega przy tej kuracji nowemu „nastawieniu", że odnajduje on nową równowagę, przy której szybko uporać się może z chorobowymi mechanizmami, jakie się w nim rozwinęły.

Na zasadzie wszystkiego powyższego wysnuć możemy następujące wnioski zasadnicze:

1) Dotychczasowe, czysto empiryczne, co do pochodzenia, a objawowe pod względem kierunku, lecznictwo choroby Basedowa i stanów pokrewnych dawało wyniki niepewne i przypadkowe. Wyleczenie następowało często po długotrwałych i żmudnych próbach stosowania rozmaitych środków, prawdopodobnie wskutek szczęśliwego zbiegu okoliczności, prowadzących mimowoli do „przestrojenia" chorego organizmu.

2) Dopóki nie będzie nam znana szczegółowo istota dysthyrreoz basedowicznych i basedowoidalnych i ich patogeneza, racjonalnem wydaje się leczenie ich drogą zasadniczego przestrojenia ustroju. W ten sposób doprowadzić można do przerwania błędnego koła chorobowych mechanizmów w zakresie przemiany, wydzielania dokrewnego i układu wegetacyjnego, mechanizmów, które się zazębiają o siebie i wzajemnie się potęgują.

3) Ze wszystkich znanych nam dotychczas sposobów przestrojenia ustroju najbardziej celowem jest bezpośrednie przestrojenie układu nerwowego wegetacyjnego wapniem. Działamy bowiem wtedy na całość mechanizmów patologicznych choroby Basedowa i nie narażamy chorego na szkodliwe działania uboczne.

Kilka leczonych tą metodą przypadków choroby Basedowa potwierdza słuszność powyższych wniosków i upoważnia do dalszego stosowania wapnia w postaci preparatów domięśniowych w tym zachorzeniu. Leczenie takie winno być dopełniane i wzmacniane środkami, działającymi objawowo, lub ogólnie. W wypadku stwierdzonej analitycznie lub klinicznie niedostatecznej przyswajalności wapnia przez organizm chorego, winny być równocześnie podawane wyciągi gruczołów przytarczycznych.

Piśmiennictwo.

1) *Apert E.* w Nouveau Traité de Medecine (Roger - Vidal - Teissier) t. VIII. 2) *Bansi* i *Kretzchmer* — Klin. Woch. 1929. 3) *Dresel, Goldner* i *Himmelweit* — Dtsch. med. Woch. 1929. 4) *Hoff F.* w Umstimmung als Behandlungsweg (Determann) 1930. 5) *Feldmann L.* — D. med. Woch. 1928. 6) *Laroche, Camus* i *Lelourdy* — Rev. franc. d'endocrinologie 1928. 7) *Labbé, Justin - Besancon* — Bull. d. Hop. 1929. 9) *Ptaszek L.* i *Szuderski M.* — Polsk. Arch. Med. Wewn. 1928. 10) *Vignal* i *De Prades* — Evol. med. — chir. 1926. 11) *Boothby* — Endocrinol. 1929 (cefer). 12) *König F.* — Klin. Woch. 1929 (refer.). 13) *Waldorp* i *Trelles* — Cpt: rend. d. biol. (refer.). 14) *Montenari* — Riv. clin. med. 1928 (cit.).

„Z powrotem do Hippokratesa!"

DR. LEON ZAMENHOF.

Z górą dwa tysiące lat upłynęło od czasu założenia podwalin racjonalnej medycyny. Zaiste imponujący był pochód wiedzy naszej przez ten okres czasu. I choć linja jego nieraz załamywała się, naogół kierunek jej, można rzec, był prosty-ewolucyjny.

I oto dziś, po tylu latach, po tylu mozolnie dokonanych zdobyczach nagle rozlega się okrzyk, nawołujący do cofnięcia się do najbardziej odległego czasu naszej nauki — do czasów *Hippokratesa* i jego szkoły. Czy ma być to świadectwem bankructwa naszej całej dotychczasowej wiedzy, czy też aktem zwątpienia o jej istotnej wartości. Odpowiedź na to nie będzie trudna, jeżeli nieco więcej zgłębimy dzieje ostatniego stulecia medycyny.

Przez przeszło dwadzieścia wieków sztuka lekarska była ściśle związana z filozofją i przyrodoznawstwem, które wyryły na niej piętno kierunku witalistycznego. W witalizm wierzył nietylko chory lecz i lekarz, który patrzał na świat z szerszego punktu widzenia, a nie z ograniczonego stanowiska doktryny. Schyłek ubiegłego stulecia, który odznaczył się raptownym zwrotem w kierunku materjalizmu we wszystkich dziedzinach nauk, nie pozostał bez wpływu również na medycynę. Po idealiźmie *Kanta*, zapanował wszechwładnie materjalizm *Vogta, Moleschotta* i innych. Medycyna znalazła dla siebie wybitnego orędownika nowego prądu w osobach *Virchowa*, który swoją teorją komórkową zadał dotkliwy cios witalizmowi. Teorja *Virchowa* wkrótce okazała się zbyt słabą dla obalenia od tysiącleci trwającego prądu w medycynie. Nowowprowadzone pojęcia nie mogły zastąpić starych i wkrótce okazały się niewystarczającemi. *Virchow* sam cofnął się ze swego bezwzględnego stanowiska, wprowadziwszy nowe pojęcie *neowitalizmu*, który obok fizykalno-chemicznej siły w komórkach *(Molekularkraft)* wprowadził drugą, tak zw. siłę życiową *(Lebenskraft)*. Lecz to cofnięcie się *Virchowa* nie uratowało sytuacji. Ideologja lekarska wstąpiła na szerokie tory materjalizmu, który więcej odpowiadał nowym poglądom nauki niż niejasne, mgliste teorje kierunków poprzednich. Medycyna wyzwoliła się zupełnie z więzów naturalistyczno-filozoficznych i stanęła w szeregu nauk ścisłych.

Materjalizm *Virchowa* zachwiał się wprawdzie prędko, lecz pozostawił głęboki osad w umysłowości świata lekarskiego. *„Omnis cellula e cellula"* zwężyła światopogląd lekarzy do wielkości pola mikroskopowego, na którem wciąż usiłuje się rozwiązać wszystkie zagadnienia medycyny. Odrzucono jako balast to, co przez tyle wieków uchodziło za nieodłączny atrybut wykształcenia lekarskiego — jego wiedzę przyrodniczo - filozoficzną. Znikają zupełnie z widowni lekarze myśliciele, społecznicy, miejsce ich zajął wszechwładnie zapatrzony w jeden punkt widzenia nowoczesny badacz laboratoryjny, który znakomicie da się scharakteryzować słowami *Mickiewicza*, że „zna on martwe prawdy, widzi świat w proszku, w każdej gwiazd iskierce, lecz nie zna prawd żywych". Wzrósł do olbrzymiej potęgi gmach nowo-

czesnej medycyny, lecz jednocześnie zmalały zupełnie postacie jego kapłanów.

Rozluźnione cugle materjalizmu, nie zastąpione innemi więzami, musiały sprowadzić ideologję medyczną na bezdroża. Zupełnie niepostrzeżenie dla nas nie *experimentum ac ratio Hippokratesa*, lecz coraz częściej apriorystyczne przesłanki stają się źródłem nowych badań, nowych teoryj. Nic więc dziwnego, że medycyna została zachwaszczona pseudonaukowością, która podrywa zaufanie do naszej nienormalnie wybujałej literatury. Z chaosu tego korzysta coraz więcej do olbrzymich rozmiarów rozwinięta chirurgja, usiłująca rozwiązać wszystko za pomocą cięcia gordyjskiego. Jeżeli dołączymy do tego obraz nowoczesnej farmakoterapji z jej często apriorystycznym kierunkiem, to nietrudno będzie zrozumieć, dlaczego zaczynają rozlegać się coraz częściej głosy, nawołujące do opamiętania się, a nawet do nihilizmu.

Orędownicy odrodzenia medycyny, jak *Aschner*, *Bier* i inni, wysuwają najskrajniejsze hasła — powrotu do ortodoksyjnego humoryzmu. Przypuszczalnie poza defetystami nie porwą oni za sobą szerszych kół, przeciwnie, należy się obawiać, że wytworzą tylko jeszcze większy zamęt.

Medycyna bezwzględnie przeżywa dziś okres depresji. Czy wyjdzie ona zwycięsko z niej i kiedy to nastąpi, trudno przewidzieć. Do odrodzenia potrzebne są nietyle hasła, ile gruntowna zmiana warunków, wśród których dziś nauka nasza z mozołem toruje sobie drogę naprzód. Warunki te są następujące:

uniezależnienie medycyny od bezwzględnie hamującej jej naturalny rozwój praktyki, czyli nadanie jej warunków takich, w jakich znajduje się każda inna niezależna nauka,

odrodzenie duchowe zawodu lekarskiego, czyli rozkrępowanie uwięzionej dziś umysłowości lekarskiej i nadanie jej szerszego światopoglądu. Tylko lekarz o szerokim horyzoncie zdolny jest do prawdziwej twórczości, do obserwowania świata otwartemi oczami.

Nowoczesny genjusz lekarski przypomina rumaka, któremu nałożono z boków na oczy osłonę, aby nie rozpraszał swego wzroku. Idzie on istotnie zawsze przed siebie, ale czy zawsze naprzód? Czy nie w tem tkwi jedna z przyczyn, dlaczego dziś po dwuch tysiącach lat wracamy do tego punktu, z którego wyruszyliśmy?

Dr. L. ZAMENHOF.

Dzieje medycyny

w życiorysach, aforyzmach i anegdotach.

Cena dla czytelników „Wiedzy Lekarskiej“ zamiast **5 zł. — 4 złote,** przy zamówieniu bezpośrednio u autora, Warszawa, Marszałkowska 125.

„...Przyjemnie czyta się krótkie życiorysy wielkich lekarzy..., dowiadując się równocześnie, od kogo pochodzą znane nam niektóre aforyzmy lekarskie... W podręcznikach historji medycyny trudno nam nieraz odnaleźć biografję lekarza, tu następują one niemal chronologicznie po sobie z datami ich odkryć i epokowych dzieł... Książka ta powinna znaleźć się na stole każdego lekarza...“

(Polska Gazeta Lekarska Nr 50, 1930)

W SPRAWIE ZAKAZU KOFEINY U CHORYCH DOTKNIĘTYCH CIERPIENIAMI SERCA I NACZYŃ.

(WYCIĄGI Z PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO).

BUSQUET, H., i TIFFENEAU, M., Paryż: O znaczeniu kofeiny przy działaniu kawy na serce. Compt rend. de l'Acad. des sciences 1913, tom 115, str. 362.

Doświadczenia autorów nad 25%-owym roztworem kofeiny; wyciągi kofeiny i roztworu okazały się bardzo toksycznemi nawet w rozcieńczeniu 1:5000. W doświadczeniach na psach roztwór kofeiny i zwykła kawa wywoływały charakterystyczne przyspieszenie czynności serca, podczas gdy kawa bez kofeiny pozostawała bez wpływu. Wynika z tego, że przy działaniu kawy na serce czynnikiem głównym jest kofeina.

HOFFMANN, August (Tajny radca lekarski, dyrektor kliniki w Düsseldorfie, profesor).

Leczenie dietetyczne chorób sercowych.

Sammlung zwangloser Abhandlg. a. d. Geb. d. Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten, 1921, tom 3, z. 8.

U chorych sercowych należy zwracać uwagę na unikanie tych napojów, które okazują szczególny wpływ na narządy krążenia. Przedewszystkiem wchodzą tu w rachubę kawa i herbata, które spożywane stale w mocnej postaci, nie są obojętne dla serca ze względu na zawartość kofeiny i teiny. Alkaloidy zawarte w kawie i herbacie działają silnie zwężająco na naczynia i przyspieszają czynność serca. „Serce, jakby przynaglane biczem, musi przezwyciężać zwiększone opory“.

W przypadkach schorzeń narządu krążenia alkaloidy te wywołują niepotrzebne zwiększenie pracy serca i z tego względu należy zakazać nadmiernego picia kawy i herbaty. Autor zaleca chorym sercowym bezkofeinową kawę Hag.

Omawiając miażdżycę tętnic, prof. Hoffmann zwraca uwagę na szkodliwe wpływy nieodpowiednich pokarmów. Przy leczeniu miażdżycy należy pomiędzy innemi pamiętać zwłaszcza o unikaniu kawy, mocnej herbaty, alkoholu, tytoniu i t. d. Przy odżywianiu chorych z bezwzględną niedomogą krążenia, lekka kawa i herbata są dozwolone, kawa jednak bez kofeiny jest stanowczo lepsza.

Jeżeli powiemy pacjentowi: „Kawa Hag chroni serce“, to będziemy w stanie z łatwością uchronić przed nadużywaniem kofeiny nawet największych zwolenników kawy. Kawa Hag jest najlepszą prawdziwą kawą ziarnistą pozbawioną kofeiny i wyróżniającą się znakomitym smakiem.

Próby i literaturę wysyła na żądanie bezpłatnie firma Kawa Hag T. z o. p., Gdańsk i Warszawa, Marszałkowska 149.

S T R E S Z C Z E Ń I A

CHOROBY WEWNĘTRZNE

O rozpoznaniu i rokowaniu w nephrosis lipoidica. (Sur le diagnostic et le pronostic de la néphrose lipoïdique. Dissociation du syndrome humoral). A. Codounis.

Soc. Méd. des hôpit. № 1 r. 1931.

W ostatnich czasach wzmogło się znacznie zainteresowanie teoretyczne pewną postacią zapalenia nerek, a mianowicie nefrozą lipoidową. Autor podkreśla, że ta postać powinna zainteresować też i praktyków, gdyż wczesne rozpoznanie i odpowiednie leczenie daje dobre wyniki w tej właśnie postaci zapalenia nerek.

Na początku swej pracy autor zaznacza, że podobnie jak i w innych chorobach tak i w nefrozie lipoidowej spotykamy przypadki lekkie i łatwo uleczalne, lub też ciężkie i postępujące, powikłane i niepowikłane. Dla spopularyzowania tej postaci autor opisuje zasadnicze cechy nefrozy lipoidowej. Ze stanowiska klinicznego spotykamy w niej obrzęki o rozmaitem natężeniu, białkomocz (od 2 do 60 gr. na litr.), oligurję z obecnością wałeczków w osadzie, lub też bez nich, wreszcie istnieć może azotemja i nadciśnienie tętnicze, jeżeli nefroza jest powikłana zapaleniem nerek. Jak widzimy, powyższy obraz nie odróżnia się klinicznie od obrazu innych nefroz, dopiero badanie płynów ustrojowych, w szczególności krwi, pozwala na wydobycie cech częściowo spotykanych i w innych chorobach nerek, częściowo zaś tylko w nefrozie lipoidowej. Zaburzenia te podzielić można na zaburzenia równowagi lipoidowej i białkowej.

Zaburzenia równowagi lipoidowej wyrażają się zwiększeniem ciał tłuszczowatych we krwi wraz ze zmleczeniem surowicy krwi, zwiększeniem ilości cholesteryny, przyczem wskaźnik lipemiczny pozostaje prawidłowy oraz obecnością ciał tłuszczowatych, w osadzie moczu, przy równoczesnej obecności wałeczków, lub bez nich.

Zaburzenia w równowadze białkowej wyrażają się odsetkowem zmniejszeniem się ilości białka w surowicy krwi, szczególnie zaś zmniejszeniem się albumin, a co zatem idzie wskaźnika albuminy (globuliny) obniżeniem się osmotycznego ciśnienia białek oraz obniżeniem się stosunku albuminy — lipoidy.

Powyższe zmiany nie zawsze występują w całości i w jednakowem natężeniu, gdyż zależy to od okresu choroby. W powikłanych przypadkach do powyższych objawów może się dołączyć azotemja i nadciśnienie tętnicze, co dowodzi już powikłania z zapaleniem kłębuszkowem nerek, lecz nie należy do rzadkości. Najbardziej stałym i zasadniczym objawem nefrozy lipoidowej jest zwiększenie się ilości ciał tłuszczowych we krwi. Ilość tych ciał w warunkach prawidłowych wynosi 5 do 7 gr. na litr., w przypadkach nefrozy lipoidowej ilość wzmaga się do 38 gr. (przypadek własny), a nawet do 60 gr. na litr. Ilość cholesteryny, wynosząca prawidłowo około 1 i ½ gr. na litr, wzmaga się znacznie aż do 20 gr. na litr. W następstwie powyższych objawów pojawiają się ciała tłuszczowate w moczu, jako ciała dwułomne (przy oglądaniu zapomocą mikroskopu zaopatrzonego w polaryzator). Autor podkreśla, że stwierdzenie zaburzeń w równowadze lipoidowej jest niezbędnym i kardynalnym warunkiem rozpoznania nefrozy lipoidowej, gdyż inne zaburzenia, a zwłaszcza dotyczące ciał białkowych spotykamy także i w innych chorobach, a zwłaszcza nerek.

Względnie rzadko spotyka się czyste postacie nefrozy lipoidowej, nie mniej jednak takie postacie istnieją i autor przytacza w krótkości historję choroby przypadku, w którym u kobiety 45-cio letniej, z objawami menopauzy (lekkie nadciśnienie tętnicze, czasem extrasystolia, uderzenia krwi do głowy i t. p.), stwierdzono obrzęki powiek i nóg oraz białkomocz. W osadzie moczu powyższej chorej stwierdzono obecność ciał dwułomnych, wałeczków szklistych i ziarnistych oraz kilku leukocytów. Badanie surowicy krwi wykazało jej zmleczenie, przy prawidłowej zawartości białka, stosunku globulin do albumin oraz ciśnienia osmotycznego białek. Natomiast ilość lipoidów była zwiększona, gdyż wynosiła 14.4 gr. na litr, a ilość cholesteryny 3 gr. na litr.

Autor podkreśla raz jeszcze, że zmiany dotyczące równowagi lipoidowej występują najwcześniej ze wszystkich i one to nadają charakterystyczne piętno nefrozie lipoidowej, na nich przeto musi się oprzeć rozpoznanie tego cierpienia. Stwierdzenie obecności ciał dwułomnych w osadzie moczu nie napotyka na żadne trudności przy użyciu odpowiednich instrumentów. Natomiast dla rokowania oraz dla śledzenia wyników leczenia najważniejsze wskazówki otrzymujemy z badania zmian dotyczących równowagi białkowej surowicy krwi. Wystąpienie tych zmian dowodzi dalszego posuwania się choroby; nie ustępowanie ich w przebiegu cierpienia pogarsza rokowanie. Na dowód powyższego autor przytacza, długi czas obserwowane, dwa przypadki nefrozy lipoidowej, w których przy odpowiedniem leczeniu, wyraźnie zaznaczone zmiany w równowadze białkowej powoli ustępowały, przyczem także ogólny stan chorych ulegał znacznej poprawie.

Leczenie nefrozy lipoidowej polega na djecie, z której wykreślono tłuszcze oraz te pokarmy, jakie zawierają lipoidy. Autor podkreśla, że w odpowiednich przypadkach, przy stałej kontroli zawartości mocznika oraz azotu pozabiałkowego w surowicy krwi — można z korzyścią stosować djetę, zawierającą większą ilość pokarmów bogatych w ciała azotowe. Przy tym sposobie odżywiania mierne azotemje mogą nawet ustąpić. Bardzo dobre wyniki daje także ostrożne podawanie wyciągu z tarczycy.

Leczenie zaburzeń serca dożylnem wlewaniem chininy. (La quininothérapie intraveineuse dans la thérapeutique cardiaque). T. Padilla i P. Cossio.

Soc. Méd. des Hôpit. № 2 r. 1931.

Autorowie stosują chinidynę drogą dożylną w rozmaitych zaburzeniach rytmiki serca, a mianowicie w skurczach dodatkowych, pochodzenia komorowego, węzłowego lub przedsionkowego; w częstoskurczu napadowym, a wreszcie w migotaniu i trzepotaniu przedsionków. Chinidynę stosowano jako siarczan chinidyny w rozcieńczeniu 5% w płynie fizjologicznym (sterylizować przed użyciem!). Jako pierwszą dawkę autorowie podawali 0.5 gr. siarczanu chinidyny dożylnie u człowieka wagi 60 do 70 klgr. O ile ta dawka była niewystarczająca, wówczas w 24 lub 48 godzin wstrzykiwano 1 gr. chinidyny. W niektórych przypadkach autorowie wstrzykiwali 0.15 gr. chinidyny na 10 klgr. wagi chorego bez najmniejszych ujemnych objawów. Podczas wstrzykiwania chory powinien zachować bezwzględnie pozycję leżącą, wstrzykiwać należy bardzo ostrożnie i wolno, aby uniknąć objawów miejscowych i ogólnych, które zresztą nie są groźne. Z objawów miejscowych należy przytoczyć ból wzdłuż żyły, z ogólnych — ogólne osłabienie, bladość, poty i t. p., które występują przedewszystkiem u osobników nerwowych. Niekiedy mogą wystąpić objawy ogólne w postaci ostrzejszej, co autorowie odnoszą do nagle zmienionej pod wpływem leku, rytmiki serca. Te objawy polegają na wystąpieniu duszności, zawrotów głowy, zaburzeń słuchu, nudności i wymiotów.

Autorowie podkreślają, że ten sposób stosowania chinidyny daje nieraz wyniki tam, gdzie klasyczny sposób leczenia pozostał bez skutku. Chinidyna, podawana w odpowiedniej dawce zmniejsza pobudliwość, przedłuża okres refrakcyjny i tą drogą sprowadza normalną rytmikę serca; do tego przyłącza się także prawdopodobnie i przedłużenie czasu przewodnictwa.

Na końcu swej pracy autorowie powtarzają wskazówki podane wyżej oraz dodają, że w razie otrzymania dobrego wyniku, należy nadal podawać chinidynę, lecz drogą doustną.

Leczenie bólów u chorych na gruźlicę. (Le traitement des algies chez les tuberculeux). J. Paraf.

Soc. Méd. Hôpit. № 2. r. 1931.

U chorych na gruźlicę w rozmaitych okresach choroby bardzo często spotykamy bóle w zakresie klatki piersiowej, które promieniują do szyi, do ledźwi, lub do kończyn. W znacznym stopniu bóle te pozostają w ścisłym związku ze sprawą gruźliczą w płucach i opłucnej i wówczas, obok środków uspokajających, należy stosować przedewszystkiem leczenie przyczynowe. Autor podkreśla jednak, że poza wyżej wspomnianymi bólami, można spotkać i inne, które bądźto swojem umiejscowieniem, bądź też charakterem lub przebiegiem wskazują na odrębne pochodzenie. Tego samego rodzaju bóle spotyka się także i u ludzi wolnych od gruźlicy.

W tej grupie chorych, wolnych od gruźlicy, znaczną część tworzyły kobiety po połogu i karmiące. Jako przyczynę tych bólów należy wymienić niezbyt znaczne skrzywienia kręgosłupa i jego osłabienie. Bóle były umiejscowione koło kręgosłupa i pod łopatką, w pozycji leżącej nie dawały się odczuwać. Według Sicard'a chodzi tu o zapalenie bursae serosae, która oddziela mięśnie podłopatkowe od żeber. U takich chorych nakłucie tej okolicy pozwalało nieraz na wydobycie surowiczego płynu, zawierającego sporo włóknika o zabarwieniu cytrynowem. Bóle te ustępowały przy stosowaniu diatermji, lub lepiej jeszcze przy wstrzykiwaniu 3 do 5 ccm. lipiodolu między łopatkę a żebra.

Znacznie większa liczba chorych, skarżących się na powyższe bóle, wykazywała zmiany gruźlicze o rozmaitej postaci i natężeniu.

U chorych tego rodzaju należy przedewszystkiem wykluczyć bezpośredni związek między powyższymi cierpieniami a gruźlicą. Trzeba zwrócić uwagę na to, czy nie mamy do czynienia z morbus Potti, z ropniem zimnym, z powiększeniem gruczołów gruźliczo zmienionych i t. p. Po wykluczeniu tych przypadków, pozostała spora liczba chorych, u których, mimo skrupulatnych poszukiwań, nie udało się stwierdzić powyższego związku. W tych przypadkach miejscowe wstrzykiwanie lipiodolu dało bardzo dobre wyniki. Tu należy zaznaczyć, że jod wydziela się z lipiodolu bardzo wolno i w małych ilościach, dzięki czemu autor nigdy nie spostrzegał jakichkolwiek zaostrzeń zasadniczej sprawy gruźliczej. W razie bólów ze strony nerwu kulszowego miejscowe leczenie zapomocą lipiodolu dawało bardzo dobre wyniki.

O leczeniu bólów zapomocą miejscowych wstrzykiwań. (A propos du traitement des algies et des rhumatismes par la méthode des injections locales). F. Coste.

Soc. Méd. des Hôpit. № 3. r. 1931.

Autor zaznacza, że podobnie jak *Paraf*, *) stosuje lipiodol larga manu, idąc za wzorem *Sicard'a*. Poza lipiodolem stosuje często miejscowo novokainę, jodek sodu, alkohol i t. p. Ten sposób leczenia nadaje się przedewszystkiem do wszelkich bólów nerwu kulszowego, w którem to cierpieniu stosuje miejscowe wstrzykiwania w rozmaitych odcinkach tego nerwu. W tym celu wstrzykuje lipiodol lub inne, wyżej wymienione ciała, bądź to w okolice kości siedzeniowej, bądź też drogą epiduralną, do czego lipiodol szczególnie się nadaje. Idąc za radą *Barrégo*, autor wstrzykuje novokainę w przypadkach ischias, w okolicę przykręgową, na poziomie piątego kręgu lędźwiowego. W przypadkach bardzo uporczywych autor wstrzykuje w tę okolicę mieszaninę novokainy i najodyny, a o ile po paru dniach, ból nie ustępuje, wówczas obok ponownego wstrzyknięcia w okolicę przykręgową, stosuje nadto 15 ccm. lipiodolu drogą epiduralną. W rzadkich tylko przypadkach musiał autor zabieg ten powtarzać ponad trzy razy. O ile ten sposób leczenia daje bardzo dobre wyniki, to jednak należy podkreślić konieczność opanowania odpowiedniej techniki.

W przypadkach zwykłej lumbalgji należy stosować wstrzykiwania w bolący mięsień któregokolwiek z wyżej wymienionych ciał, a zwłaszcza lipiodolu.

W przypadkach bólu splotu nerwowego szyjno-ramieniowego autor wstrzykuje lipiodol sposobem

*) Patrz poprzednie streszczenie.

Sicard'a, głęboko w okolicę przykręgową. Przy tym zabiegu należy się starań o nakłucie okostnej wyrostka poprzecznego kręgu, aby zapomocą wstrzykiwanego lipiodolu oddzielić nawet blaszkę okostnową. Autor tłumaczy, że w ten sposób zmieniają się warunki krążenia krwi w okolicy nerwu, znajdującego się w stanie zapalnym, przyczem ta zmiana wpływa korzystnie na przebieg choroby.

W zupełnie podobny sposób autor postępuje, lecząc miejscowo, zapomocą wstrzykiwań lipiodolu, bóle o rozmaitych innych umiejscowieniach. A więc bóle w okolicy łokcia, nadgarstka, okolicy międzykrocza, okolicy pięty, stopy, bóle neuralgiczne w okolicy kości czołowej, potylicznej i t. d.

Należy podkreślić szczególnie korzystne wyniki, otrzymane przy pomocy powyższego leczenia w arthritis sicca stawu kolanowego, czyli w t. zw. lipoarthritis *Weissenbach'a* i *Françon'na,* która tak często pojawia się u kobiet, zwłaszcza po okresie pokwitania. W tych przypadkach należy wstrzykiwać, według Sicard'a, w okostną lub podokostnowo, po stronie wewnętrznej ossis tibiae. Wstrzykiwania te są nieco bolesne, dają jednak tak dobre wyniki, że chorzy sami zgłaszają się dla ponowienia tych wstrzykiwań. Jako uzupełnienie tego sposobu leczenia, należy wstrzykiwać lipiodol także i w miękkie części, otaczając w ten sposób, jakgdyby warstwą, cały staw kolanowy. Autor przestrzega przytem przed wstrzykiwaniem lipiodolu do samego stawu. Znacznie trudniejsze jest stosowanie powyższego sposobu leczenia w morbus coxae senilis.

W dyskusji *Noël Fiessinger* sądzi, że lipiodol wstrzykiwany bądź to w mięsień, bądź też w okolicę nerwu czy stawu zajętego zapaleniem, działa korzystnie dzięki temu, że powoduje on napływ leukocytów, których rola w zapaleniu jest ogólnie znana.

Przypadek ciężkiego tężca wyleczony zapomocą metody Dufour'a. (Un nouveau cas de tétanos grave guéri par la méthode de Dufour). M. Villaret, Hagenau, R. Wallich i Bernal.

Soc. Méd. des Höpit. № 3. r. 1931.

Przypadek obserwowany potwierdza znaczną wartość leczenia zapomocą metody *Dufour'a,* podanej w r. 1925, która to metoda polega na wstrzykiwaniu surowicy przeciwtężcowej do kanału rdzeniowego przy równoczesnem stosowaniu ogólnego znieczulenia zapomocą chloroformu.

Chora lat 35 zgłasza się do szpitala w stanie gorączkowym, wykazując objawy ciężkiego tężca uogólnionego, ze szczękościskiem oraz napięciem niemal wszystkich mięśni i napadami gwałtownych kurczów tężcowych, pojawiających się 12 razy na dzień. Wrót zakażenia nie wykryto. Początkowo leczenie polegało na codzienenm stosowaniu 40 ccm. surowicy przeciwtężcowej dolędźwiowo a nadto 80 ccm tejże surowicy domięśniowo i podskórnie, pozatem stosowano chloral i 5 ccm. somnifenu domięśniowo. Po trzech dniach stan chorej nie tylko nie uległ poprawie, ale nawet pogorszył się, przyczem wystąpiły objawy przeponowe. Wobec tego, obok powyższego leczenia, zastosowano nadto ogólne znieczulenie zapomocą chloroformu. Znieczulenie to przyniosło znaczną ulgę, tak że tego dnia napady tężcowe pojawiły się tylko trzy razy. Następnego dnia powtórzono powyższe leczenie. Po dwóch dniach pojawiły się objawy choroby posurowiczej, jako uogólniona pokrzywka, oraz objawy oponowe. Przy nakłuciu lędźwiowem wydobyto płyn mózgo-rdzeniowy mętny, zawierający zwiększoną liczbę limfocytów oraz białka. Wówczas przerwano podawanie surowicy drogą dordzeniową i znieczulanie chloroformem. Surowicę podawano tylko podskórnie i domięśniowo w dawce 120 ccm. Niebawem jednak napady tężcowe powróciły, wobec czego do wspomnianego leczenia dodano usypianie chloroformem. Odtąd stan chorej zaczął się powoli polepszać a po dalszych dziesięciu dniach leczenia surowicą chora opuściła szpital, w którym przebywała łącznie trzy tygodnie. Podczas tego czasu chora otrzymała 300 ccm. surowicy przeciwtężcowej drogą dolędźwiową, 1 litr tejże surowicy podskórnie i domięśniowo oraz 7 znieczuleń ogólnych zapomocą chloroformu, przyczem każde znieczulenie trwało pół godziny.

Podkreślając skuteczność powyższego leczenia, autorowie sądzą, że objawy anafilaksji, które wystąpiły u chorej należy odnieść do wpływu chloroformu na wątrobę, wskutek czego wystąpiła niedomoga wątroby.

Zaburzenia w odcinku żylnym krwiobiegu ogólnego. (Les desequilibres de la circulation de retour.). K. Laubry i A. Tzanck.

Soc. Méd. des Höpit. № 3. r. 1931.

Autorowie zajmują się w niniejszej pracy patogenezą niektórych omdleń i zapaści, jakie dotychczas mylnie były uważane za skutek osłabienia mięśnia sercowego, podczas gdy w istocie rzeczy chodzi tu o zaburzenia krążenia, a mianowicie o zaburzenia w dopływie krwi do serca. Autorowie zaznaczają, że w stanie prawidłowym istnieje ścisły, korzystny dla ustroju stosunek objętości krwi do objętości naczyń włosowatych i żylnych. Z chwilą, gdy ten stosunek jest zachwiany bądź w jednym bądź w drugim kierunku, wówczas powstają zaburzenia chorobowe.

Do takich zaburzeń należy przedewszystkiem zapaść, wyrażająca się klinicznie obniżeniem ciśnienia tętniczego, znacznem przyśpieszeniem akcji serca a nawet embrjokardją, spadkiem ciepłoty ciała, ochłodzeniem kończyn, zawrotami głowy, dusznością, bladością twarzy i zaostrzeniem rysów twarzy, a zwłaszcza nosa. Za przyczynę tych stanów należy uważać znaczne rozszerzenie się naczyń obwodowych, a zwłaszcza naczyń włosowatych w wątrobie i śledzionie. Za prawdziwością powyższego ujęcia przemawia to, że objawy zapaści znikają, skoro wypełnimy łożysko krwi zapomocą obfitych wstrzykiwań płynu fizjologicznego lub zapomocą przetaczania krwi albo wreszcie, skoro zwęzimy łożysko krwi przy pomocy leków naczyniowych, działających zwłaszcza obwodowo, jak np. adrenalina. Stany zapaści spotykamy szczególnie często w chorobach zakaźnych, jak błonica, dur brzuszny i t. p. Następnie w cierpieniach umiejscowionych, działających odruchowo, jak np. zapalenie otrzewnej. Podobnie też mogą działać silne czynniki nerwowe, emocjonalne i wstrząs anafilaktyczny, lub wreszcie zespół ostrej niedomogi nadnercza. We wszystkich tych przypadkach pierwotną sprawą jest rozszerzenie się naczyń obwodowych, a zatem powiększenie łożyska krwi,

wskutek czego krew dopływa do serca w ilości niedostatecznej (gdyż zalega w rozszerzonych naczyniach), a serce niejako bije naprożno. Autorowie podkreślają, że te stany zapaści dotychczas nieraz są mylnie tłumaczone, jako bezpośrednie objawy zatrucia, podczas gdy w rzeczywistości, wskutek zaburzeń krążenia, dochodzi do niedokrwienia mózgu. Dla tego też w tych przypadkach odpowiednie stosowanie leków (adrenaliny) daje bardzo dobre wyniki.

Niekiedy spotykamy stan chorobowy, będący niejako odwróceniem stanu opisanego powyżej. Wówczas dopływ krwi do serca jest wzmożony, przyczem krew dostaje się w zwiększonej ilości do krążenia małego, a ponieważ naczynia włosowate płuc nie mogą przeciwstawić się w odpowiedni sposób temu wzmożonemu ciśnieniu, przeto następuje przesiękanie do pęcherzyków płucnych i obraz kliniczny obrzęku płuc. Jako przyczynę zmniejszenia się łożyska krwi w krążeniu wielkiem autorowie przytaczają, np. późną ciążę lub większy guz w jamie brzusznej albo wreszcie pewne leki zwężające naczynia, jak np. adrenalina.

Powyższe zagadnienie posiada duże znaczenie praktyczne. Wspomniano już wyżej, że zapaść można skutecznie zwalczać bądź to przy pomocy leków zwężających naczynia, jak adrenalina, bądź też zapomocą dożylnego wprowadzania krwi, albo płynu fizjologicznego.

W ostrym obrzęku płuc znana jest skuteczność upustu krwi, przyczem chodzi nie tyle o usunięcie toksycznych ciał z krwiobiegu, ile o zmniejszenie masy krwi dopływającej do serca. W podobnych przypadkach, które powstają w późnych okresach ciąży, idealnem postępowaniem będzie przyśpieszony poród. Wreszcie w wielu przypadkach można osiągnąć zwiększenie się łożyska krwi i zwolnienie dopływu krwi do serca przez stosowanie morfiny, na co wskazywał już *Vaquez* w czasie, gdy morfinę uważano w tych przypadkach za niebezpieczny lek. Natomiast należy przestrzec przed stosowaniem adrenaliny, która może tylko pogorszyć ten stan. Autorowie przytaczają tu przypadek ogłoszony przez *Pautrier'a,* w którym chodziło o kobietę w siódmym miesiącu ciąży, która cierpiała nadto na kiłę. U tej chorej, po wstrzyknięciu wyższej dawki salvarsanu wystąpił wstrząs, wyrażający się nudnościami zaczerwienieniem twarzy i nastrzykaniem spojówek. Chorej wstrzyknięto adrenalinę, po której wystąpił ostry obrzęk płuc, a wobec niemożności dokonania upustu krwi, gdyż z otwartych żył krew nie wypływała — nastąpiła śmierć.

Przypadek przewlekłej posocznicy z gorączką przerywaną, wyleczony zapomocą Novarsenobenzolu. (A propos d'une septicémie chronique d'allure intermittente guérie par deux injections de novarsénobenzol.). S. Chabrol. Etchegoin i R. Waitz.

Soc. Méd. des Höpit. № 3. r. 1931.

Chory, lat 26, zachorował nagle, wśród dreszczów z wysoką ciepłotą. Mimo podawania chininy, napady gorączkowe pojawiały się początkowo co 5 do 6 dni po czterech miesiącach trwania choroby, tor gorączkowy przypominał ludzącozimnicę z napadami gorączkowymi codzień lub co drugi dzień. Gorączka stale pojawiała się wśród dreszczów a po paru godzinach, wśród obfitych potów, spadała do normy. Skoro chory zgłosił się do szpitala, badanie fizykalne nie wykazało żadnych zmian w wewnętrznych narządach a liczne posiewy krwi i płynu mózgo-rdzeniowego dały wynik ujemny. Obraz krwi wykazał tylko nieznaczną leukocytozę neutrofilną a poszukiwanie pasorzytów zimnicy dało wynik ujemny. Ponieważ w czasie napadów gorączkowych występowały na skórze chorego wykwity guzkowe, przeto powstało podejrzenie, że chodzi tu o erythema nodosum. Wykwity te jednak nie odpowiadały ściśle powyższemu cierpieniu. Ze względu na to, że chory pracował przy budowie kolejki podziemnej i miał styczność ze szczurami, przeto rozpoczęto badania w kierunku poszukiwań za krętkiem Sodoku. I te badania jednak nie dały wyniku. Drogą próby jednak, choremu wstrzyknięto 0,15 novarsenobenzolu a w cztery dni później dawkę tę powtórzono. Od tego czasu gorączka nie pojawiła się więcej a po miesiącu leczenia zapomocą novarsenobenzolu, chorego wypuszczono ze szpitala już jako zdrowego. Jak się okazało w 7 miesięcy później chory znajduje się w zupełnem zdrowiu.

Miedniczkowo-pęcherzowa postać duru brzusznego. (Forme pyélo-cystique de la fiévre typhoïde). Loeper i A. Lemaire.

Soc. Méd. des Hôpit. № 3. r. 1931.

Pyelocystitis należy do rzadkich powikłań duru brzusznego, jeszcze rzadziej pojawia się ona w przebiegu paraduru B. W przypadku autorów chodziło o paradur B, który przebiegał pod postacią pyelocystitis. W moczu tego chorego stwierdzono nieliczne krwinki, leukocyty obojętnochłonne oraz ruchome pałeczki gramujemne. Chory skarżył się tylko na bóle podczas oddawania moczu, język miał obłożony i wątrobę nieco powiększoną wypukiem. Żadnych zaburzeń ze strony przewodu pokarmowego nie stwierdzono. W czasie przebiegu choroby ciepłota okresowo podnosiła się do 40° C. na przeciąg 2 do 4 dni. Z krwi i moczu wyhodowano typowe pałeczki paraduru B. Należy też zaznaczyć, że we krwi stwierdzono leukocytozę neutrofilną (12500 ciałek białych w 74% wielojądrzastych obojętnochłonnych), z komórkami eozynochłonnymi. (2%). Leczenie polegało na podawaniu jodaseptiny a później septiceniny. Wyleczenie nastąpiło szybko.

Dwa przypadki zespołu Chauffard-Still'a. (Deux cas de syndrome de Chauffard-Still (rhumatisme chronique fibreux déformant progressif avec adénopathies et splénomégalie). R. J. Weissenbach, F. Françon, F. Gerbay i F. Robert.

Soc. Méd. des Hôpit. № 4, r. 1931.

Choroba powyższa należy do rzadkich postaci a opisana była po raz pierwszy przez *Chauffard'a* i *Ramond'a* w r. 1896, którzy zwrócili uwagę na tę przewlekłą postać gośćca stawowego, pochodzenia zakaźnego, w jakiej nadto stwierdzono powiększenie gruczołów w sąsiedztwie zajętych stawów. Przypadki spostrzegane przez powyższych autorów dotyczyły osób dorosłych. W rok później *Still* (z Londynu) opisał podobne przypadki, dotyczące jednak dzieci, u których ponadto stwierdził powiększoną śledzionę. Od tego czasu ogła-

szano spostrzeżenia powyższej choroby a raczej zespołu chorobowego. *Chevallier* sądzi, że ogólna liczba znanych przypadków dochodzi do setki.

Przypadki autorów dotyczą dwuch kobiet, lat 33 i 48. Po dokładnem podaniu historji chorób, autorowie omawiają poszczególne objawy.

Objawy zasadnicze.

1. Zmiany stawowe. W przypadku pierwszym początek choroby był łagodny i ograniczył się do prawego stawu barkowego i kręgosłupa. Później dopiero chorobowy proces objął i inne stawy. W przypadku drugim początek choroby był ostry i dotyczył stawów palcowych i nadgarstkowych obu rąk. W dalszym przebiegu choroba postępowała jakgdyby skokami, zwłaszcza w jesieni i na wiosnę. Zazwyczaj zajętych jest więcej stawów i to symetrycznie, wyjątek stanowią stawy biodrowe, które są wolne. W pojedyńczych stawach można niekiedy obserwować hydrarthrosis, zazwyczaj jednak chodzi tu o zapalenie suche. Badanie promieniami Rentgena często nie wykazuje żadnych zmian; wyjątkowo tylko zmiany te mogą wystąpić jak naprz. w przypadku autorów.

2. Powiększenie gruczołów. Chodzi tu o powiększenie tylko gruczołów, sąsiadujących z zajętymi stawami. Powiększenie gruczołów sięga od wielkości grochu do wielkości śliwki, spoistość niekiedy miękka, niekiedy twarda. Gruczoły te są zawsze odosobnione, nie wykazują skłonności do zropienia a skóra nad nimi jest prawidłowa.

3. Powiększenie śledziony. Powiększenie śledziony w obu przypadkach dało się stwierdzić tylko zapomocą wypuku. Bywa jednak macalna.

4. Stan ogólny. Obie chore były bardzo szczupłe, blade i asteniczne. Podczas choroby straciły na wadze.

5. U obu chorych gorączka nie występowała.

Objawy dodatkowe.

1. Krew. We krwi stwierdzano niedokrwistość, ze szczególnem zmniejszeniem się hemoglobiny, lekkie powiększenie ogólnej ilości ciałek białych, z przewagą jednojądrzastych i limfocytów. Chemicznie ilość kwasu moczowego była prawidłowa, podobnie jak i wapnia i fosforu. Szybkość opadania krwinek prawidłowa.

2. W narządach wewnętrznych żadnych zmian nie stwierdzono.

3. Skóra naogół nie wykazywała żadnych zmian, jedynie u drugiej chorej przejściowo wystąpiło erythema nodosum.

4. Mocz. Przejściowo stwierdzano niekiedy ślad białka.

5. Oczy. Już *Still* a potem *Chevallier*, zaznaczali, że w omawianym zespole spotyka się niekiedy mierne wystąpienie gałek ocznych, czego jednak nie można jeszcze było nazwać wytrzeszczem. W przypadku drugim autorów rzecz miała się podobnie; natomiast w pierwszym przypadku można było stwierdzić wszystkie zasadnicze objawy choroby Basedowa, czemu też należy przypisać znaczniejsze wychudzenie tej chorej.

Co się tyczy warunków etjologicznych niestety są one zupełnie nieznane.

Leczenie tego zespołu chorobowego polega na stosowaniu promieni pozafjołkowych i podawaniu atofanu lub salicylowych preparatów. Wyniki nie zawsze są korzystne. *Chauffard, Ramond* i inni podają chętnie jod do wewnątrz. W obu przypadkach autorów leczenie w Aix-les-Bains dało dobre wyniki. Należy podkreślić skłonność do potów występujących u tych chorych.

Czterochlorek węgla, jako środek przeciwko oxyuris verm. i tasiemcowi. (Le tétrachlorure de carbone, reméde efficace contre les oxyures et les taenias). M. Akil-Mouktar.
Soc. Méd. des Hôpit. № 4, r. 1931.

Autor stosował czterochlorek węgla przeciwko nekatorowi. Korzystne wyniki otrzymane przy tym sposobie leczenia skłoniły go do rozszerzenia wskazań.

Dawkowanie: dorosłym podaje się 3 ccm leku w 60 gr. syropu, co należy zażyć w dwuch porcjach z przerwą półgodzinną. W pół godziny po drugiej porcji autor podaje 30 do 40 gr siarczanu magnezji. Dla dzieci od 5-ciu lat w górę, dawka wynosi ⅕ ccm na rok życia. Zamiast siarczanu magnezji podaje się magnezję wapienną w dawce 50 ctgr. na rok życia. Zasadniczym warunkiem jest dobre zmieszanie płynu i całkowite wypicie dawki.

Czterochlorek węgla jest prawie bezskuteczny przeciwko glistom.

W trzydziestu przypadkach taenia mediocanellata autor otrzymał doskonałe wyniki w 28 przypadkach. Odejście pasorzyta następuje w 2 do 3 godzin po środku przeczyszczającym, w rzadkich tylko przypadkach później a niekiedy nawet drugiego dnia.

Nowy etap w sfigmomanometrji. (Une nouvelle étape de la sphygmomanométrie). H. Vaquez, P. Gley i D. M. Gomez.
Presse Méd. № 16, r. 1931.

Na początku swej pracy autorowie omawiają sposoby oznaczania ciśnienia skurczowego i rozkurczowego. Następnie podnoszą, że oznaczanie tych dwuch ciśnień, aczkolwiek pozwala nam bliżej poznać wiele szczegółów dotyczących hemodynamiki, a tem samem wyjaśnia nam także i pewne szczegóły patogenetyczne jakoteż i rozpoznawcze i rokownicze — to jednak z wysokości ciśnienia skurczowego i rozkurczowego nie możemy jeszcze wnosić o „ciśnieniu średniem", które ze stanowiska fizyki jest niezbędne dla odtworzenia pracy serca. Prąd krwi, wychodzący ze serca jest prądem przerywanym, dla poznania zatem ilości krwi, przepływającej w jednostce czasu, należy według praw fizycznych znać „ciśnienie średnie", t. j. takie ciśnienie, które wywiera ta sama ilość przepływającej krwi o prądzie stałym.

Początkowo uważano, że ciśnienie średnie będzie średnią arytmetyczną z ciśnienia skurczowego i rozkurczowego, niebawem jednak okazało się, że istotne ciśnienie średnie należy każdorazowo empirycznie oznaczyć. Dalsze badania wykazały, że do oznaczania wysokości ciśnienia średniego nadaje się tylko oscilometr *Pachon'a*. Oznaczając bowiem zapomocą tego przyrządu wysokość ciśnienia, przy którem wychylenia oscylacji są największe, otrzymujemy tem samem wysokość ciśnienia średniego. W razie gdy największe wychylenia oscylacyjne nie ulegają zmniejszeniu w różnych, sąsiadujących ze sobą wysokościach ciśnienia, wówczas za ciśnienie średnie należy uznać pośrednią między tymi ciśnieniami. W tym celu *Pachon* radził oznaczać wielkość oscylacji, wzmagając ciśnienie n. p. o pół cm Hg. W ten sposób można wykreślić krzywą, na której z łatwością oznaczamy ciśnienie średnie.

Według badań *Pachon'a* u człowieka zdrowego, u którego ciśnienie skurczowe wynosi n. p. 15 cm Hg a ciśnienie rozkurczowe 6,5 do 7 cm Hg, ciśnienie średnie leży zazwyczaj bliżej ciśnienia rozkurczowego i wynosi 8 do 9 cm Hg.

Oznaczanie ciśnienia średniego pozwala na wytłumaczenie wielu zjawisk, dotychczas niedostatecznie jasnych. I tak *Fontan* badał zachowanie się ciśnienią średniego w przypadkach niedomykalności zastawek aorty. Nieraz dziwnem się wydawało, że przy ogromnej różnicy ciśnienia skurczowego i rozkurczowego, co jest cechą patognomoniczną tej wady, serce znosi bardzo dobrze te warunki i często zachowuje się przez długi czas, jak serce prawidłowe. Okazało się, że ciśnienie średnie w tych przypadkach nieraz nie różniło się wysokością od ciśnienia w sercach zdrowych. Już *Pachon* podkreślał, że w nadciśnieniu tętniczem jest bardziej miarodajne dla oceny ciężkości schorzenia zachowanie się raczej ciśnienia rozkurczowego, aniżeli skurczowego. Jeszcze większe znaczenie posiada oznaczanie ciśnienia średniego.

Autorowie przytaczają przypadek chorego, u którego ciśnienie rozkurczowe i skurczowe znajdowało się w granicach prawie normalnych, natomiast ciśnienie średnie wynosiło 13 cm Hg a zatem było co najmniej o 4 cm wyższe ponad normę. U tego chorego można było wykazać wyraźne powiększenie się serca lewego. W innym przypadku, przy zupełnie prawidłowem ciśnieniu skurczowem i rozkurczowem występowała po najmniejszych wysiłkach znaczna duszność a badanie fizykalne stwierdziło powiększenie serca lewego, co dało się wytłomaczyć znacznem podwyższeniem ciśnienia średniego.

Autorowie podkreślają, że *Aubertin* nieraz nie znajdował powiększenia serca w nadciśnieniu tętniczem i sądzi, że w powstaniu nadciśnienia tętniczego, jako jednostki chorobowej grają rolę zmiany w wielu narządach wewnętrznych. W zależności od okresu chorobowego dopiero powstają zmiany, dotyczące narządu krążenia. Może być zatem, że oznaczanie ciśnienia średniego pozwoli nam na dokładniejszą ocenę stanu, w jakim znajduje się narząd krążenia w nadciśnieniu tętniczem w okresach wczesnych.

Oznaczanie ciśnienia średniego tłumaczy nam też powstawanie krwotoków mózgowych u osób z rzekomo zupełnie zdrowym narządem krążenia, jak to było n. p. w przypadku autorów, w którym tylko ciśnienie średnie było znaczenie podwyższone. *Bailliart* i *Gomez* stwierdzili, że w glaucoma ciśnienie średnie jest zawsze podwyższone. Należy też dodać, że obniżanie się ciśnienia średniego, podobnie jak i obniżanie się ciśnienia rozkurczowego u tego samego osobnika, w przebiegu tej samej choroby, świadczy o zmniejszeniu się oporów obwodowych.

Z. Gorecki.

CHIRURGJA

Przyczynek do rozpoznawania i leczenia kiły pęcherza moczowego. (Au sujet de la syphilis vésicale et, en particulier, de son état latent). V a l v e r d e.
Journ. d'Urologie XXX, № 6, grudzień 1930.

Kiła pęcherza moczowego w ostatnich latach przestała już być schorzeniem tak rzadkiem, za jakie uważano ją dawniej, co jest w ścisłym, niewątpliwie, związku z lepszem obecnie rozpoznawaniem tego cierpienia. Rozpoznanie kiły pęcherza opiera się zasadniczo na następujących dwu przesłankach: wyniku badania pęcherza wziernikiem i wyniku przeprowadzonego leczenia swoistego (ex juvantibus).

Na obraz cystoskopowy składają się: owrzodzenia śluzówki (głębokie, o brzegach nieprawidłowych i dnie ciemno-czerwonem, umiejscowione na dolnej ścianie pęcherza i zwłaszcza w okolicy ujścia prawego moczowodu), pasmowate lub rozlane uwypuklenia śluzówki, mniej lub więcej silne jej przekrwienie, obrzęk, wyrośla guzkowate, naloty włóknikowo-ropne, wybroczyny krwawe, plaques muqueuses i t. p.

Krwiomocz spotyka się w przebiegu kiły pęcherza naogół rzadko. Odczyn Bordet-Wassermanna tylko w niewielkiej liczbie przypadków bywa dodatni.

Przebieg kliniczny cierpienia jest naogół skryty, w większości przypadków nie bywa żadnych objawów ze strony pęcherza moczowego, jakkolwiek samo cierpienie nie jest bynajmniej natury dobrotliwej i, nie leczone właściwie, może doprowadzić do powstania przetok pęcherzowo - jelitowych, pęcherzowo - odbytniczych, pęcherzowo - pochwowych i t. p.

Autor, badając wziernikiem pęcherz moczowy u 143 chorych na przewlekły nieżyt cewki moczowej, u 35 z nich stwierdził kiłę pęcherza (potwierdzoną następnie na innej drodze), przyczem wśród tych ostatnich tylko trzech chorych miało uprzednio pewne objawy pęcherzowe, wszyscy pozostali — albo nie mieli żadnych objawów ze strony pęcherza moczowego, albo też objawy te były bardzo nikłe i chorzy nie zwracali na nie żadnej uwagi.

We wszystkich 35 przypadkach zastosowano leczenie swoiste — z wynikiem, zupełnie pomyślnym (zmiany pęcherzowe ustępowały całkowicie); ów pomyślny wynik leczenia przeciwkiłowego potwierdzał tem samem i rozpoznanie.

Cukrzycowe zapalenie tętnic. (L'artérite diabetique). L a b b é.
La Presse Méd. № 15, luty 1931 r.

Zapalenie tętnic cukrzycowe jest nietylko częstem wogóle powikładniem cukrzycy, ale poza tem jest najczęstszą przyczyną śmierci chorych na cukrzycę. Prawie połowa wszystkich chorych na cukrzycowe zapalenie tętnic umiera z tego powikłania, co jest odsetką bardzo wysoką chociażby nawet w porównaniu ze śmiertelnością wskutek śpiączki cukrzycowej, która wynosi 20%.

Schorzenie omawiane ma zupełnie odrębn-

ny obraz kliniczny i anatomopatologiczny i różny od zapalenia tętnic miażdżycowego (starczego) i kiłowego. Od zapalenia tętnic miażdżycowego różni się występowaniem we względnie młodym wieku i odrębnym obrazem histologicznym, od zapalenia kiłowego — tem, że dotyczy najczęściej małych tętnic kończyn, i to szczególnie kończyn dolnych (kiła atakuje przedewszystkiem aortę i duże tętnice), i również obrazem histologicznym.

Częstość powikłania cukrzycowem zapaleniem tętnic nie zależy wcale od ciężkości samej cukrzycy, raczej od wieku chorego, to jest występuje częściej w wieku starszym, tak jakby cukrzyca przyśpieszała starzenie się całego ustroju.

Pod względem klinicznym schorzenie zaczyna się skrycie, dopiero po pewnym czasie zjawiają się drętwienia kończyny, mrowienia, kurcze bolesne, przykre uczucie chłodu — i to zwłaszcza w nocy i wogóle w spoczynku. Później występują silne bóle, typowe dla ostrego niedokrwienia kończyny, objawy chromania przestankowego, zmiany przedmiotowe ze strony skóry i t. d. — aż do obumarcia włącznie.

Najpewniejszym środkiem, służącym do oceny zaburzeń krążenia w zakresie danej kończyny, jest oscyllometrja; z tem jednakże zastrzeżeniem, że obumarcie może tutaj sięgać wyżej, niżby to czasami wypływało z obliczeń oscyllometrycznych. Tłumaczy się to w sposób, następujący: w zapaleniu tętnic miażdżycowem zatkaniu ulegają i główna tętnica kończyny, i wszystkie jej tętnice oboczne, krążenie na danym poziomie ustaje całkowicie; inaczej jest w cukrzycowem zapaleniu tętnic — tutaj tętnice oboczne pozostają drożne przez czas długi (wahania oscyllometryczne są zachowane), ale pomimo to zgorzel kończyny już występuje, a to dzięki przesyceniu tkanek cukrem i ułatwionemu szerzeniu się zakażenia.

Zmiany drobnowidzowe w odnośnych tętnicach polegają na zwyrodnieniu szklistem i zgrubieniu włóknistem błony wewnętrznej, na zwapnieniach błony wewnętrznej i mięsnej i, wreszcie, na objawach procesu miażdżycowego (atheroma), ale bez wytwarzania zakrzepów. Zmiany kiłowe w tętnicach różnią się od powyższych tem, że dotyczą wszystkich trzech warstw ściany tętnicy, a jej nacieczenie cholesteryną i wapnem jest tutaj o wiele słabiej zaznaczone. W chorobie Buergera zmiany naczyniowe dotyczą jednocześnie i tętnic, i żył, a do powstania zakrzepów (thrombosis) dochodzi łatwo.

Co się tyczy wreszcie zaburzeń w chemiźmie ustroju, to z reguły mamy w przebiegu cukrzycowego zapalenia tętnic zwiększenie stężenia we krwi cholesteryny i wapna (hypercholesterinaemia, hypercalcaemia). Mechanizm chorobotwórczy omawianego schorzenia wygląda, według autora, w sposób następujący: nadmierna zawartość cukru we krwi drażni błonę wewnętrzną tętnic i pobudza ją do odpowiedniego odczynu zapalnego; cholesteryna, będąca we krwi w nadmiarze, odkłada się w zmienionych odcinkach ściany tętnicy, powodując jej pęcznienie i znaczne zwężenie światła naczyniowego; skurcz tętnicy ani też procesy zakrzepowe nie grają prawie żadnej roli w powstawaniu zgorzeli kończyny w przebiegu cukrzycowego zapalenia tętnic.

Ostra niedomoga żylna typu napadowego, bolesnego, wywołana przez zaburzenia w zakresie wydzielania wewnętrznego i układu nerwowego roślinnego. (Insuffisance veineuse aiguë paroxystique douloureuse, avec déséquilibre endocrino-neuro-végétatif). Delater i Hugel.

La Presse Méd. № 19, marzec 1931 r.

Autorowie spostrzegali w ostatnich czasach kilka przypadków napadowych zaburzeń czuciowo-naczynioruchowych ze strony odcinków układu żylnego, a będąc zdania, że ogół lekarzy nie docenia znaczenia klinicznego tego rodzaju zaburzeń i zbyt mało poświęca im uwagi, podają opis jednego z tych przypadków chorobowych.

Kobieta, lat 35, zamężna (jedno dziecko), miewa napady silnych bólów kłujących, typu neuralgicznego, w zakresie kończyn dolnych; bóle te, z początku rzadsze, od dwu miesięcy występują codziennie. Zjawiają się one zwykle rano, przy przebudzeniu się chorej, i trwają 15 — 60 minut, szerząc się czasami wzdłuż kończyny aż do serca. Drugi taki napad może wystąpić w ciągu dnia, po większym wysiłku fizycznym, i trwa wówczas trochę dłużej. Bóle te zasadniczo nasilają się w czasie perjodu. W czasie napadu chora spostrzegała występowanie rozszerzonych i uwypuklających się poprzez skórę pni żylnych różnych odcinków kończyn dolnych, rzadziej — górnych; żyły te były wówczas bolesne na ucisk.

Od trzech lat chora miewa różnego typu zaburzenia naczynioruchowe jak migreny, uderzenia krwi do głowy, mrowienia i drętwienia w zakresie stóp, goleni, dłoni, bez wyraźnych zmian w zabarwieniu skóry. Narzeka stale na zimno w nogach i rękach i wogóle łatwo ziębnie. Nigdy się nie poci, narzeka na wypadanie włosów, suchość skóry, łatwo sobie wykręca stopę w kostkach (wiotkość wiązadeł), cierpi na próchnicę wielu zębów. Jest bardzo pobudliwa psychicznie, łatwo się emocjonuje. Objawów nadczynności tarczycy nie stwierdza się. Serce i inne narządy wewnętrzne zmian nie wykazują. Kończyny — bez zmian przedmiotowych. Ciśnienie krwi 120 mm i 80 mm (Pachon). Ogólna otyłość.

Reasumując wyżej powiedziane, mamy tu do czynienia z zaburzeniami w zakresie czucia i zaburzeniami naczynioruchowemi ze strony różnych odcinków całego zasadniczo układu żylnego; jednocześnie stwierdzamy zaburzenia czynnościowe ze strony układu nerwowego roślinnego (vagus-sympathicus) i zaburzenia wydzielania wewnętrznego (tarczycy, nadnerczy i przysadki). Zastosowanie odpowiedniego leczenia, mającego na celu uregulowanie czynności powyższych gruczołów dokrewnych i nerwu współczulnego, sprowadziło znaczną poprawę w stanie chorej, a częściowo i wyleczenie. Bóle i zaburzenia naczynioruchowe ustąpiły zupełnie. Ogólne osłabienie i nerwowość zmniejszyły się znacznie. Jedynie tylko na otyłość i chorobliwą wiotkość wiązadeł stawowych (staw skokowy) leczenie to pozostało bez wpływu. Należałoby tu jeszcze dodać, że ów stan chorobowy układu żylnego — przy niezastosowaniu właściwego leczenia, a czasami i pomimo niego — prowadzi nieuchronnie po latach do powstania żylaków; a z chwilą wykształcenia się zmian żylakowatych w odnośnych żyłach, uregulowanie nieprawidłowej czynności gruczołów dokrewnych i nerwu współczulnego już tutaj nic nie pomoże i zmiany chorobowe w żyłach nie cofną się.

Przyczynek do klasyfikacji różnych typów przewlekłego gośćca stawowego. Zapalenia stawów. (Grands syndromes du rhumatisme chronique des jointures. Les arthrites). Coste i Lacapère.

La Presse Méd. № 20, marzec 1931 r.

Jak dotychczas, panuje pewien chaos w dziedzinie klasyfikacji przewlekłych stanów gośćcowych, chociażby tylko w odniesieniu do gośćca stawowego. Istnieje cały szereg prób sklasyfikowania tego rodzaju stanów. Między innymi, *Teissier* i *Rosque* podają następującą klasyfikację:

I. Przewlekły postępujący gościec zniekształcający, inaczej Artropatja zniekształcająca nerwowo-odżywcza: 1) postać wielostawowa, 2) postać jednostawowa (arthritis sicca), 3) postać kręgowa (rheumatismus osteophyticus).

II. Przewlekły gościec zakaźny (gruźlica, kiła, rzeżączka, płonica, zakażenie gośćcowe) — ze specjalnym poddziałem kręgowym (spondylosis rhizomelica).

III. Przewlekły gościec z zatrucia (skazy różne).

IV. Postacie mieszane, w których łączy się zakażenie z zatruciem np. gościec stawowy w przebiegu dny, choroby Basedowa, gościec starczy *Marie* i *Leri*.

Jednakże, zdaniem autora, podział ten, jako też i szereg innych podobnych, jest daleki od doskonałości, zawiera pewne pomięszanie pojęć (np. dział pierwszy obejmuje również niektóre postacie zakaźne gośćca), dlatego też uważa za celowe podać tutaj swój podział, który jest bardzo prosty, gdyż uwzględnia tylko dwie grupy przewlekłych schorzeń gośćcowych (stawowych), a mianowicie: a) Przewlekłe zapalenia stawów (arthritis) i b) Osteoartropatje odżywcze (arthrosis).

W pracy niniejszej autor zajmuje się wyłącznie tą pierwszą grupą (arthritis).

Stany chorobowe, wchodzące w jej skład, mają cały szereg cech charakterystycznych, odróżniających je od schorzeń drugiej grupy (arthrosis). Etjologja. Występują w każdym wieku, po 50 roku życia również często, jak i w młodości. Tło bakteryjne czasami jest wyraźne (gruźlica, kiła, rzeżączka, zakażenie swoiście gośćcowe, łańcuszkowe), czasami zaś można się go tylko domyślać lub je podejrzewać.

Obraz kliniczny. Objawy kliniczne i przebieg cierpienia noszą wyraźne piętno procesu zapalnego. Przemawiają za tem: umiejscowienie początkowe procesu chorobowego w maziówce, zwiększenie ciepłoty miejscowej, gorączka względnie (w przerwach) stany podgorączkowe, zaburzenia stanu ogólnego (wychudzenie, niedokrwistość), przewaga zmian i w późniejszym okresie głównie w maziówce i tkankach miękkich przystawowych. Badanie krwi wykazuje z reguły zwiększenie liczby białych ciałek i przyśpieszenie opadania krwinek.

Zdjęcie rentgenowskie we wczesnych okresach wykaże co najwyżej lekkie odwapnienie końców stawowych, w późniejszych — zanik chrząstek stawowych, zatarcie zarysów nasad i, wreszcie, zlewanie się powierzchni stawowych, jednakże bez wyraźnego zniekształcenia nasad i bez wyrośli kostnych.

Anatomja patologiczna. Znajdujemy tutaj znaczne zgrubienie maziówki i jej kosmków, które bywają poza tem mocno przekrwione a nawet zmienione nekrotycznie; całokształt zmian spotykanych może nosić charakter surowiczy, zrostowy, zesztywniający, wrzodziejący i gąbczasty (fungus). Chrząstka i kości ulegają zmianom dopiero w późniejszym okresie; chrząstka zostaje zniszczona wskutek bujania narastającej nań maziówki (pannus), zaś istota gąbczasta nasad — przez bujanie tkanki łącznej szpiku kostnego, w rezultacie chrząstka i kość ulegają zanikowi i zastąpieniu przez tkankę ziarninowo-włóknistą, która w końcowym okresie anatomicznie stanowi jedną ciągłość ze zmienioną maziówką. W późnych okresach rozwoju obraz anatomopatologiczny „arthritis“ może przypominać obraz „arthrosis“.

Postacie kliniczne „arthritis“. A więc przedewszystkiem — przewlekłe zapalenia stawów o zupełnie jasnem tle bakteryjnem (np. gruźlica i t. p.), przyczem wykazanie tego tła może być, zresztą, w niektórych przypadkach bardzo trudne; następnie — przewlekłe zapalenie stawów zniekształcające, postępujące, o przyczynie nieznanej, nie odgraniczone bynajmniej ostro od zapaleń stawów wyraźnie zakaźnych; wreszcie — różne zapalenia jedno i wielostawowe, zwłaszcza w zakresie kręgosłupa (spondylosis rhizomelica) — jest to typ arthritis ankylopoetica.

Przewlekły gościec stawowy typu „arthrosis“. (Les arthroses). Coste i Lacapère.

La Presse Méd. № 23, marzec 1931.

Autorowie w swej poprzedniej pracy zajmowali się wyłącznie grupą zapalną różnych postaci przewlekłego gośćca stawowego („arthritis“), obecnie przechodzą do omówienia drugiej grupy— Osteoartropatji zwyrodnieniowych („arthrosis“), mających swoje źródło, w przeciwieństwie do poprzedniej grupy zapalnej, w zaburzeniach odżywczych.

Etjologja. Wiek późniejszy, najwięcej przypadków przypada na wiek starczy (czynnik „zużycia“ stawów). Pewną rolę grają tu: miażdżyca, starcze rozrzedzenie kości, choroby ogólne — zakaźne i inne, przepracowanie, braki w odżywianiu i w higjenie, wreszcie — czynnik o dużem znaczeniu etjologicznem dla różnego typu „arthrosis“ — zaburzenia czynnościowe gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu. Poza tem grają tutaj rolę zaburzenia statyki stawów — wadliwe ustawienie, zesztywnienia stawów sąsiednich, zwiotczenie więzadeł, niedomoga mięśni okolicznych, — powtarzające się urazy lub też jednorazowy silny uraz i zaburzenia rozwojowe danego stawu.

Obraz kliniczny. Ze względu na brak większych zmian w maziówce stawu, nie spotykamy tu zasadniczo obrzmienia okolicy stawu i nacieczenia miękkich tkanek przystawowych, właściwego dla „arthritis". Zato końce stawowe są zgrubiałe i zniekształcone ((guzy, wyrośla kostne). Przy wykonywaniu ruchów słychać trzeszczenie i tarcie, uwarunkowane przez nierówności powierzchni stawowych i obecność wolnych ciał wewnątrzstawowych (ewentualne blokady stawu). Do zesztywnienia nie dochodzi prawie nigdy, ruchy pozostają rozległe pomimo znacznego nieraz zgrubienia i zniekształcenia końców stawowych i głośnego trzeszczenia, co nawet stanowi kontrast uderzający.

Schorzenie to na stanie ogólnym chorych nie odbija się wcale (w przeciwieństwie do „arthritis"), badanie krwi odchyleń od normy nie wykazuje. Zdjęcie rentgenowskie wykazuje zmiany zupełnie odrębne od tych, jakie się widzi w przypadkach „arthritis", a mianowicie: znaczne zniekształcenie końców stawowych, wyrośla kostne (becs de perroquet), brak wyraźnych odwapnień.

Anatomja patologiczna. Proces chorobowy zaczyna się zwykle od chrząstki stawowej — w środkowych jej częściach zjawiają się plackowate ogniska żółtawe, w których chrząstka uległa zwyrodnieniu, a następnie — obumarciu, w miejscach tych zostaje obnażona substancja gąbczasta kości, która ulega uwapnieniu; tymczasem w obwodowych częściach chrząstki powstają wyrośla chrzęstne, które mogą oddzielić się całkowicie i dać początek wolnemu ciału wewnątrz-stawowemu; z bocznych powierzchni nasad wyrastają wyrośla kostne różnego kształtu, które czasami powodują, że powierzchnie stawowe wydają się jakby szersze, rozleglejsze. Maziówka — w przeciwieństwie do postaci chorobowych z grupy zapalnej (arthritis) — ulega zmianom niewielkim, i to dopiero w późnym okresie choroby.

Postacie kliniczne: a) tak zwane suche zapalenia stawów — kolanowego, biodrowego (Malum coxae senile) i innych, b) gościec stawowy kręgów lędźwiowych z wyrośla mi kostnemi (osteophytes), c) gościec guzowaty dłoni (Heberden) i d) gościec zniekształcający stóp i palców.

Podzieliwszy w ten sposób wszystkie objęte dotychczas nazwą przewlekłego gośćca stawowego schorzenia na dwie grupy: przewlekłe zapalenia stawów i osteoartropatje zwyrodnieniowe, należałoby właściwie nazwę „gośćca" zachować wyłącznie dla ostrej postaci zapalenia stawów, rheumatismus articulorum acutus.

Migdałki podniebienne jako punkt wyjścia zakażeń ustroju i wskazania do ich wycięcia. (Le problème amygdalien). Dufourmentel.
Paris Médical № 9, luty 1931.

Na ostatnim Zjeździe Oto-rhino-laryngologicznym we Francji tematem programowym były następujące dwa zagadnienia: rola migdałków podniebiennych w powstawaniu zakażeń ogólnych ustroju i wskazania do całkowitego wycięcia migdałków. Duża większość uczestników Zjazdu wypowiedziała się za przyznaniem migdałkom ogromnej roli w powstawaniu różnych zakażeń ogólnych i przerzutowych ustroju, zwłaszcza przewlekłych zakażeń nerek, przewodu pokarmowego, przydatków i stawów; w związku z tem żądano możliwie szerokiego stosowania doszczętnego wycięcia migdałków. Mniejszość zaś była za tem, że owe wiązanie zakażania ustroju z migdałkami jest co najmniej mocno przesadzone, a wycinanie doszczętne migdałków jest tylko wyjątkowo wskazane; przestrzega jednocześnie przed uważaniem wycięcia doszczętnego migdałków za pewnego rodzaju panaceum na rozmaite schorzenia.

Autor pracy niniejszej staje po stronie tych ostatnich, występując zdecydowanie przeciwko wycinaniu doszczętnemu migdałków wogóle, za wyjątkiem przypadków, w których zakażenie migdałków zdradza znaczne tendencje nawrotowe, i to tylko u dorosłych. Migdałki mają niemałe znaczenie fizjologiczne, grając rolę barjery ochronnej przeciwko zakażeniom u wejścia do gardła, dlatego też ich usunięcie zupełne nie jest bynajmniej obojętne dla ustroju, tembardziej, że w większości przypadków jest naprawdę niepotrzebne, gdyż wystarcza tu dla celów leczniczych zwykłe ich wycięcie niecałkowite (subtotale). Pomijając już względy zasadnicze, zupełne wycięcie migdałków — zabieg technicznie dość trudny i długotrwały — pozostawia w licznych przypadkach bardzo przykre następstwa w postaci stałej suchości w gardle, częstego kaszlu, schorzenia gruczołów chłonnych na szyi, uporczywych nieżytów oskrzeli.

Co się tyczy przypisywanej migdałkom roli w powstawaniu różnych zakażeń ustroju, to ich znaczenie jest tutaj mocno przesadzone, czy to chodzi o zapalenie nerek, stawów, czy też o płonicę. Migdałki u wielu ludzi nawet zupełnie zdrowych są zakażone różnemi drobnoustrojami chorobotwórczemi, tak zresztą, jak i cały odcinek górnych dróg oddechowych, ale zakażenie to pozostaje ściśle umiejscowione, w charakterze poniekąd zakażenia fizjologicznego.

Powtarza się tu to zjawisko, które dotyczyło w swoim czasie wyrostka robaczkowego (profilaktyczne wycinanie wyrostka), a ostatnio — wpływu zakażeń zębów na powstawanie zakażeń ogólnych (Ameryka); wiązanie zakażeń zębowych z powstawaniem całego szeregu odległych zakażeń ustroju, spowodowało masowe wyrywanie zębów obywatelom U. S. A., dopóki nie nastąpił zwrot w odnośnych poglądach i stopniowe wycofywanie się z tej do pewnego stopnia ekstremistycznej pozycji.

Zapalenia żył pooperacyjne. (La phlebite postopératoire). Schwartz, Fischi Schil.
Paris Médical № 9, luty 1931.

Zapalenie żył pooperacyjne jest zasadniczo schorzeniem zakaźnem, w którem udział drobnoustrojów chorobotwórczych jest czynnikiem pierwszorzędnej wagi. Bez udziału drobnoustrojów niema zapalenia żył; inne czynniki jak zastój krwi w danej żyle zwiększenie krzepliwości krwi i zawartości w niej płytek krwi — grają tutaj tylko rolę drugorzędną czynników sprzyjających. Zwiększenie zawartości we krwi płytek i substancji włóknikowej jest następstwem urazu operacyjnego, co się zaś tyczy pochodzenia drobnoustrojów, wywołujących zapalenie żył pooperacyjne, to poza przypadkami, w których żyła odnośna styka się bezpośrednio z zakażonem środowiskiem pola operacyjnego, we wszystkich innych — drobnoustroje owe pochodzą z przewodu pokarmowego; są to — prątki okrężnicy, enterokoki i gronkowce.

Następujące fakty przemawiają za tem, że w przypadkach zapalenia żył drobnoustroje odnośne nie pochodzą z miejsca operacji. Powikłanie to występuje szczególnie często po operacjach wybitnie jałowych i przy gojeniu się rany rychłozrostem, a żyła schorzała jest zwykle położona daleko od pola operacyjnego. Zapalenie żył wikła często przebieg pooperacyjny wycięcia macicy wskutek włókniaków, a rzadko — wskutek zapalenia ropnego jajowodów z zapaleniem otrzewnej małej miednicy.

Zostało stwierdzone wielokrotnie, że pewne drobnoustroje mogą przechodzić ze światła jelit, poprzez ścianę zupełnie nawet zdrową, do krwiobiegu, poczem albo osiedlają się w jednym z narządów, w którym znajdują odpowiednie warunki do rozwoju (żylaki), albo zostają wydzielone przez nerki wraz z moczem. Dlatego też zapalenie pooperacyjne żyły tylko wówczas się rozwija. jeśli drobnoustroje odnośne dostaną się do zmienionej chorobowo żyły. Tem się tłumaczy do pewnego stopnia, dlaczego zapalenie żył umiejscawia się tak rzadko w zakresie kończyn górnych i szyi i tylko wyjątkowo występuje u dzieci.

Reasumując wyżej powiedziane, autorowie twierdzą, że koniecznym warunkiem do tego, żeby powstało pooperacyjne zapalenie żyły, jest osiedlenie się krążących we krwi drobnoustrojów (pochodzenia, jelitowego) w schorzałej uprzednio żyle; czynnikiem sprzyjającym są tutaj: zwiększenie zawartości we krwi — w okresie pooperacyjnym — płytek krwi i substancji włóknikorodnej.

Mniej więcej taki sam jest mechanizm powstawania zapalenia żył w połogu.

Autorowie, mając na celu zwalczanie powyższego powikłania pooperacyjnego, stosowali przez dwa lata w całym szeregu przypadków, przed operacjami brzusznemi, szczepionkę ochronną (bact. coli, enterococcus, staphylococcus). Między innemi, zastosowano leczenie powyższe w 38 przypadkach włókniaków macicy — tylko w jednym rozwinęło się po operacji zapalenie żyły (żyły odpiszczelowej, zmienionej żylakowato), zresztą o przebiegu bardzo łagodnym. Jedna chora na włókniaki macicy była operowana bez uprzedniego szczepienia i chora ta zmarła wskutek zatoru tętnicy płucnej.

Dla orjentacji należy zaznaczyć, że częstość występowania zapalenia żył po operacji włókniaków różni autorowie określają na 15%.

Powikłania pooperacyjne po wycięciu pęcherza żółciowego i sposoby ustrzeżenia od nich. (Les petits accidents de la cholecystectomie). Vander Elst i de Langre.
La Presse Méd. № 23, marzec 1931.

I. Krwawienia pooperacyjne. Rozróżniamy tu dwa rodzaje krwawień: wczesne (w ciągu pierwszych 36 godzin po operacji) i późne (po wyjęciu sączków gumowych lub gazowych). Przyczyną wczesnych krwawień może być albo sączenie się krwi z łożyska wyciętego pęcherza — jest to krwawienie zwykle mało obfite, niegroźne i nie wymagające interwencji, albo z tętnicy pęcherzykowej (wskutek spełznięcia podwiązki) — co daje krwawienie obfite i groźne dla życia i wymagające natychmiastowego puszczenia szwów i podwiązania miejsca krwawiącego.

Przyczyną późnych krwawień jest zawsze sączenie się krwi z łożyska pęcherza (krwawienie włosowate) i jako takie nie wymaga żadnego specjalnego zabiegu. Dużą rolę w powstawaniu tego rodzaju krwawień gra niedomoga wątro-

FRANCUSKIE WODY MINERALNE

Zwracać uwagę na znak ochronny

Zwracać uwagę na znak oChronny

VITTEL

GRANDE SOURCE

Działa leczniczo na **NERKI**

Podagra-dna. Piasek moczowy (Kamienie nerkowe)

Artretyzm.

SOURCE HÉPAR

Obfitość leczniczych składników mineralnych

Działa leczniczo na **WĄTROBĘ**

Kamienie żółciowe

Obstrukcja

Niedomoga Wątroby.

Sezon od 20 Maja — 25 Września.

NOWOCZESNY ZAKŁAD WODOLECZNICZY.

by pod postacią zmniejszonej krzepliwości krwi i nadmiernej kruchości naczyń, co ze swojej strony wymaga odpowiedniego leczenia.

II. Wyciekanie żółci. Jest naogół powikłaniem, względnie dobrotliwem. Może wystąpić w pierwszych dniach po operacji (sączenie się żółci z łożyska pęcherza lub zsunięcie się podwiązki z przewodu pęcherzykowego) lub dopiero po tygodniu — po odpadnięciu podwiązanego kikuta przewodu pęcherzykowego. W jednym i drugim przypadku wyciekanie żółci ustaje samoistnie w ciągu kilku dni. Bądźcobądź jest jednym z motywów, przemawiających za pozostawieniem w ranie po wycięciu pęcherza sączka gumowego.

III. Żółtaczka może zależeć od niedomogi pooperacyjnej wątroby, od ucisku wysięku zapalnego lub wynaczynionej krwi, względnie sączka gumowego na przewody żółciowe, lub wreszcie, od jakiegoś poważniejszego obrażenia tych przewodów (np. podwiązanie przewodu wspólnego) w czasie operacji. Do najczęstszych należy żółtaczka, wywołana przez przejściową niedomogę wątroby; ma przebieg łagodny, bez odbarwienia stolców i mija bez śladu w ciągu kilku dni. Nieco poważniejszy przebieg ma żółtaczka wskutek zapalenia pooperacyjnego przewodów żółciowych (zwykle chodzi tutaj o zaostrzenie procesu zapalnego trwającego już przed zabiegiem) — z gorączką, dreszczami i odbarwieniem stolców; ale jej ostateczne zejście jest również pomyślne i przebieg nie długotrwały.

IV. Zwężenia pooperacyjne odźwiernika i dwunastnicy. Czasami objawy zwężenia występują zaraz po operacji,i wówczas należy je odnieść do ucisku sączków na okolicę odźwiernika; usunięcie sączków usuwa i objawy zwężenia (wymioty). O ile zaś objawy te występują dopiero po pewnym czasie, zależą one wówczas od wytwórczego, zrostowego zapalenia otrzewnej okolicy podwątrobowej, upośledzającej z czasem drożność odźwiernika i dwunastnicy. W tych przypadkach pozostaje tylko wykonanie następowe zespolenia żołądkowo-jelitowego.

Jak ustrzec chorego przed wystąpieniem powyższych powikłań?

W czasie operacji należy bardzo dokładnie zrewidować przewody żółciowe i obmacać okolicę brodawki Vatera, kikut przewodu pęcherzykowego i tętnicę pęcherzykową należy podwiązywać oddzielnie; obszywanie otrzewną kikuta i łożyska pęcherzykowego nie jest konieczne, ale zato pozostawianie w ranie po operacji sączka gumowego (ewentualnie i gazowego) uważają autorowie za bezwzględnie wskazane w każdym przypadku, przyczem koniec sączka powinien się znajdować w najbliższem sąsiedztwie kikuta przewodu pęcherzykowego, ale go nie dotykać.

M. Czyżewski.

POŁOŻNICTWO.

Znaczenie braku vitamin w patologji położnictwa. (Rôle des avitaminoses en physiopathologie obstétricale). Vigues Henri.

Progrés méd. 1930. I, str. 1329.

Kobieta ciężarna potrzebuje więcej vitamin niż osoba poza ciążą się znajdująca, tak ze względu na płód, jak na rozwój własnych narządów rodnych; podobnie sprawa się przedstawia, jeśli chodzi o matki karmiące.

Vitamina A znajduje się w dużej ilości w mleku kobiecem, zwłaszcza w młodziwiu. W doświadczeniach na zwierzętach stwierdzono, że brak vitaminy A odbija się na większej zakaźalności matek, zwłaszcza w połogu, i na ciężkich zmianach patologicznych u noworodka, jak naprz. Xerophthalmja.

Brak vitaminy B wyraża się w zachorzeniu matek na beri-beri, chorobę dla kobiet rzadką. Podobnież niemowlęta zapadają na lekką formę beri-beri, jeśli w mleku im podawanem brak wspomnianej vitaminy.

Gnilec (szkorbut) będący skutkiem braku vitaminy C rzadko występuje w ciąży. Dopiero pod jej koniec brak vitamin C w pokarmie odbija się na zdrowiu ciężarnej, dając objawy skorbutu. Przypuścić należy jakieś ochronne działanie ciąży na organizm matki.

Natomiast dla niemowlęcia brak vitaminy C w pokarmie jest bardzo niebezpieczny, gdyż wywołuje najpierw skłonność do zakażeń, a potem niedokrwistość i wreszcie krwawienia z rozmaitych narządów, jak oczy, nerki, skóra; ponadto występują zaburzenia w rozwoju kośćca.

Tak zwana dystrophia niemowląt zależy prawdopodobnie od braku vitaminy C.

Vitamina D — przeciwkrzywicza jest nieodzownym składnikiem pożywienia dla matki, która inaczej cierpieć zaczyna na rozmiękczenie kości, a dla niemowlęcia brak tej vitaminy w pokarmie jest przyczyną krzywicy, która tylko zapomocą podawania wapna i vitaminy D może być czy zwalczona, czy powstrzymana w rozwoju.

Wreszcie brak vitaminy E (znajdującej się w sałacie świeżej, zbożu, żółtku jaja i w mięśniu) prowadzi do bezpłodności, a może do obumierania płodów w macicy.

Obecność innych vitamin jest również potrzebna do zapłodnienia: mianowicie już zmniejszenie vitaminy A zmniejsza płodność zwierzęcia doświadczalnego, a brak vitaminy B zatrzymuje jajeczkowanie, doprowadzając do zaniku pęcherzyków.

Amerykańska statystyka w sprawie stosunku ciąży do gruźlicy płuc. (Une statistique americaine sur les rapports de la tuberculose pulmonaire et de la grossesse). Le Lorier V.

Bull. méd. R. 1930. II półrocze, str. 701.

Sprawa wpływu ciąży na gruźlicę płuc jest ciągle jeszcze sporna. We Francji panuje dążenie do nieprzerywania ciąży u osób chorych na gruźlicę płuc z tego powodu, że dziecko może urodzić się zupełnie zdrowe, a z drugiej strony nie ma dotychczas żadnego pewnego objawu, na zasadzie którego można było przewidzieć dalszy przebieg gruźliczy pod wpływem ciąży. To też przypuszcza się we Francji, że przerwanie ciąży nie jest bynajmniej zabiegiem koniecznym w stosunku do rozwijającej się gruźlicy.

W Niemczech natomiast wykonywuje się przerwanie ciąży w ciągu pierwszych 4 mies. ciąży, przy czynnej sprawie gruźliczej w płucach.

Statystyka amerykańska, dotycząca omawianej sprawy stwierdza, że z 385 osób chorych na gruźlicę płuc, u których ciąży nie przerwano, 78% wykazało poprawę lub stan bez zmian; w zaawansowanych przypadkach jeszcze 65%, a w ciężkich — 28% wykazało stan bez zmiany, lub poprawę. Z 328 gruźliczek zmarło w czasie ciąży zaledwie 2,1%. Dzieci urodzone były przeważnie zupełnie normalne.

Z drugiej zaś strony przerwanie ciąży dało bynajmniej nie zawsze poprawę stanu płuc, a w 32% przyp. nawet pogorszenie. Oczywista najlepiej skoro gruźliczka wystrzega się ciąży. Oddzielenie dziecka od matki gruźliczki stosują amerykanie głównie dla ułatwienia jej życia; sprawę zakaźalności dziecka traktują oni pobieżnie.

Rozpoznanie różniczkowe pomiędzy guzami w brzuchu, a ciążą. (Diagnostic différentiel des tumeurs abdominales et de la grossesse). Vaudescal R.

Journ. Méd. Franç. I. 20, № 1, 1931.

Aby rozpoznać ciążę tam, gdzie ona jest zamaskowana przez podejrzenie na guz w brzuchu trzeba przedewszystkiem pamiętać o ciąży przy badaniu i szukać wszystkich jej objawów (kurczliwość, objaw Hegara); jeśli w grę wchodzi ewent. rozpoznanie mięśniaka, można wobec stanu wątpliwego spokojnie czekać aż do czasu, kiedy objawy ciąży mogą stać się zupełnie wyraźne.

Macica ciężarna w tyłozgięciu daje asumpt do rozpoznania małej, twardej macicy (w istocie część pochwowa) i guza przydatków, najczęściej torbieli jajnikowej. Obserwacja i odprowadzenie tyłozgiętej macicy ku przodowi może wyjaśnić wątpliwości.

Błąd odwrotny, t. j. uznanie za ciążę guzów w brzuchu, naprz. miękkiego mięśniaka jest trudny do ominięcia, ale też nie jest groźny, gdyż obserwacja wówczas stosowana pomoże z biegiem czasu do wyjaśnienia wątpliwości.

W przypadkach wyjątkowo trudnych autor radzi uciekać się do badań pomocniczych, jak to: próba biologiczna na myszkach (Zondek-Aschheim) badanie rentgenowskie po wprowadzeniu lipiodolu (niebezpieczne dla ciąży) i sposób Reeb'e, t. j. injekcje hypophysyny, pod której wpływem macica ciężarna twardnieje jak deska, macica zaś normalna, lub guz nie reaguje zupełnie lub słabo. Próba ta też może być dla ciąży niebezpieczna, to też winna być stosowana ostrożnie.

Kiedy i jak można rokować o porodzie w czasie ciąży? (Quand et comment, au cours de la grossesse, doit — on faire le prognostic mécanique de l'accouchement). Voron J., H. Pigeand et A. Brochier.

Paris méd. r. 1930. II. półr., str. 81.

Koniec 8-go miesiąca — to czas, w którym określić można położenie płodu, wstawienie się główki w stosunku do wymiarów miednicy. W tym samym czasie należy przeprowadzić badanie ogólnego stanu (badanie serca, płuc, nerek i t. d.). Główka z początkiem 9-go mies. ciąży powinna już zstąpić do miednicy; o ile główka jest nieustalona wykonać można próbę wciśnięcia jej do miednicy małej.

Badanie kostnej miednicy winno mieć na uwadze poza wymiarami położniczemi przedewszystkiem kształt i ustawienie wzgórka kości krzyżowej (promontorjum).

Jeśli chodzi o części miękkie, to wielkiej wagi jest stwierdzenie rozciągnięcia dolnego odcinka już w końcu ciąży obejmującego część przodującą płodu. Objaw ten jest pomyślny dla rokowania o przebiegu porodu.

Rozpoznanie ciąży bliźniaczej. (Le diagnostic de la grossesse gémellaire). Suzor R.

Journ. Méd. Franç. T. 20. № 1, 1931.

W krótkim wykładzie klinicznym autor przypomina najważniejsze podstawy rozpoznania ciąży mnogiej, przedewszystkiem bliźniaczej.

Na wstępie autor przypisuje prawie patognomoniczne znaczenie ostremu wielowodziu, który pozwala rozpoznać ciążę bliźniaczą i to jednojajową.

Przechodząc z kolei do badania klinicznego pamiętać należy: 1) o anamnezie rodzinnej, co do ciąż mnogich, 2) o stosunku wielkości macicy do przypuszczalnego wieku ciąży. Badanie objektywne wykazuje znaczne rozciągnięcie powłok brzusznych, połączone z obrzękiem w dole brzucha i w okolicy sromu, co jest obawem przedewszystkiem zaburzeń w wydzielaniu zwiększanej ilości wydalin płodowych dwu płodów. Wymacanie więcej jak dwu większych części płodu rozpoznanie wyjaśnia, ale nawet tylko dwie większe części płodu wymacane, pozwalają na postawienie rozpoznania ciąży bliźniaczej, o ile są one, albo zbyt oddalone

PERSODINE
Lumière
SWOISTE LECZENIE
BRAKU ŁAKNIENIA
NADSIĄRCZANAMI
DZIAŁA OGÓLNIE **DROGĄ KRWIOBIEGU** ZAPOMOCĄ **TLENU:**
$M_2 S_2 O_3 + H_2 O = M_2 S O_4 + H_2 S O + O_4$
ANALOGJA z DZIAŁANIEM **KLIMATU GÓRSKIEGO.**
PRZYWRACA ŁAKNIENIE NAWET W NAJUPORCZYWSZYCH PRZYPADKACH U DOROSŁYCH I DZIECI.
Łaknienie, w wołane zapomocą PERSODINE jest wyrazem wzmożenia zdolności asymilacyjnej ustroju.
SPOSÓB STOSOWANIA.
Dorośli: 2 razy dziennie po 3 tabletki na godzinę przed jedzeniem.
Dzieci od 8 — 10 lat: 2 razy dziennie po 2 tabletki na godzinę przed jedzeniem.
Dzieci od 2 — 7 lat: 2 razy dziennie po 1 tabletce na godzinę przed jedzeniem
rozpuszczając tabletki w 1/4 szklanki czystej wody bez dodawania cukru lub innych substancyj.

od siebie, albo odwrotnie, leżą do siebie zbyt blisko.

Badanie wysłuchowe dopełnia rozpoznanie. Wreszcie w trudnych przypadkach uciec się należy do badania rentgenowskiego, wyjaśniającego zazwyczaj odrazu sprawę.

O wiele trudniejsze jest rozpoznanie czy mamy do czynienia z ciążą bliźniaczą jedno — czy dwu jajową. Pomocnem może tu być obmacanie dokładne kształtu macicy, który przy ciąży jednojajowej staje się asymetryczny, a to z tego względu, że jeden z płodów, przetaczający krew do drugiego, wywołuje mniejsze napięcie nad sobą ściany macicy. Zresztą ciąża jednojajowa jest uważana przez niektórych autorów, za sprawę patologiczną i to o tle luetycznym, na co ma wskazywać większy odsetek dodatniej reakcji Wassermanna w tych przypadkach.

Dane historyczne i uwagi w sprawie mechanizmu kleszczy, głównie odnośnie modeli o łyżkach nieskrzyżowanych. (Notes d'histoire et de mécanisme sur le forceps, étudié de preference dans ses modèles à branches non croisées). D e m e l i n L. A.

Rev. franç. Gynèc R. 25, str. 289, r. 1930.

Autor daje na wstępie przegląd wszystkich znanych dotychczas modeli kleszczy, omawiając ich wady i zalety i mechanizm ich działania.

Jest on, jak wiadomo, twórcą kilku modeli kleszczy i zaleca gorąco kleszcze o łyżkach nieskrzyżowanych, połączonych poprzeczną beleczką przy trzonkach. Lekko wygięte łyżki chwytają główkę mocno na dużej przestrzeni, co, oczywista, znakomicie wpływa na przebieg operacji kleszczowej.

W sprawie transportu w przypadkach krwotoków śródotrzewnowych w związku z ciążą pozamaciczną. (De la question du transport dans les hémorragies cataclysmiques de la grossesse ectopique). S a n t o s M.

Bull. Soc. Obstetr. Paris. T. 19, str. 472, 1930.

Na zasadzie swych rozważań autor dochodzi do następujących wniosków: leczenie ciąży poza macicznej winno być operacyjne; stronnicy czekania, aż minie okres shock'u są coraz mniej liczni. W klinice sprawa ta jest łatwa do załatwienia, gdyż tam w każdej chwili wykonać można konieczną operację. Natomiast w przypadku, gdzie chora znajduje się w dużej odległości od szpitala, czy kliniki, i do tego dzieli ją od nich zła droga — sprawa transportu chorej staje się kwestją bardzo poważną.

W ciężkim stanie przewiezienie chorej jest b. niebezpieczne, to też raczej winien operator z odpowiednią asystą udać się do niej i na miejscu operację wykonać. Jeśli stan chorej po ciężkim napadzie utrzymuje się bez zmiany, choćby godzinę, bezwzględnie należy od transportu chorej odstąpić.

Badanie wewnętrzne również nie jest bez znaczenia, gdyż może spowodować wzmożenie się krwotoku; to też tam, gdzie jest ono konieczne, należy wykonywać go bardzo ostrożnie i potem chorą b. ściśle obserwować.

Krwawienie wśródotrzewnowe pochodzenia jajnikowego. (Hémorragies intrapéritoneales d'origine ovarienne). H a l l e r M.

Rev. de Chir. T. 49, str. 132, r. 1930.

W związku z 3 przypadkami krwawienia do jamy otrzewnowej o pochodzeniu jajnikowem autor omawia te krwawienia, dzieląc je na następujące grupy: 1 — krwawienie z pękniętego pęcherzyka Graafa, albo, co częściej, z ciałka żółtego; II — t. zw. l'apoplexie ovarienne, czyli infiltracja krwawa tkanki łącznej jajnika; III — kilka krwiaków powstałych z pęcherzyków Graafa, łączy się ze sobą, krew wsiąka do tkanki łącznej i ostatecznie tworzy się torbiel wypełniona krwią; IV — skręcona torbiel jajnikowa pęka i powoduje wylew krwawy.

Rozpoznanie wyżej opisanych stanów jest zazwyczaj niemożliwe przed otwarciem jamy brzusznej; sprawę wyjaśnia dopiero operacja. Oczywista, leczenie polega na usunięciu schorzałego jajnika.

Trzy przypadki krwawień z narządów płciowych po okresie przekwitania o bardzo rozmaitej patogenezie. (Trois observations d'hémorragies génitales post — ménopausiques de pathogénie tres differénte). P e t i t — D u t a i l l i s P.

Bull. Soc. Obstétr. Paris. T. 19, str. 80, r. 1930.

Przypadek I. Twardy nabłoniak, składający się z płodowych niezróżniczkowanych komórek wychodził z jajnika i był przyczepiony do końca strzępków jajowodu; przez tenże jajowód przechodziła krew z nowotworu do macicy i na zewnątrz, dając krwawienie, jako objaw. Śluzówka macicy była w zaniku. Usunięto macicę nadpochwowo wraz z przydatkami.

Przypadek II. Od paru miesięcy krwawi pomimo, że była naświetlana promieniami Roentgena, z powodu tego, że rozpoznawano u niej raka. P.—D. wykonał hystero-salpingografję, stwierdził zamknięcie obustronne jajowodów, rozpoznał zapalenie przydatków, co potwierdzono w czasie operacji. Pyosalpiux po jednej, salpingitis chronica po drugiej stronie.

Przypadek III. 68-letnia kobieta miewa od czasu do czasu obfite ropne, niekiedy cuchnące upławy, niekiedy z domieszką krwi. Wykonano skrobanie i hystero-salpingografję, z wynikiem ujemnym. Wobec tego rozpoznano endometritis senilis.

Skrobanka nawet u osób starszych jest niekiedy nieodzowna, pomimo niezaprzeczalnego, związanego z nią niebezpieczeństwa.

Wpływ siły ciążenia na statykę macicy. (Influence de la pesanteur sur la statique utérine). C a u d a m i n R.

Lyon. méd. 1930. II, str. 217.

Autor stosuje w rozumowaniach swoich szeroko dane z anatomji porównawczej. Przypomina on, że u zwierząt czworonożnych nie znane jest zupełnie wypadanie macicy, wreszcie jej opuszczenie, chyba w nieznacznym stopniu u małp i kóz, które od czasu do czasu właśnie przybierają postawę pionową. Narząd rodny kobiecy i narządy jamy brzusznej opierają się na stosunkowo słabej przeponie miednicowej, osłabionej ponadto przez przebyte porody.

Znaczenie aparatu więzadłowego jest, zdaniem autora, drugorzędne; w znacznej mierze więzadła są tylko rusztowaniem dla nerwów i naczyń krwionośnych. Nie znaczy to jednak, że więzadła nie mają żadnego znaczenia dla utrzymywania macicy w jej prawidłowym położeniu, ważniejsze jednak są następujące czynniki: pochwa z jej mocnem połączeniem z kiszką prostą i z pęcherzem, mięśnie dźwigacze odbytu i przepona moczopłciowa.

Opadanie macicy często jest skutkiem zwolnionego krążenia krwi i zaniku mięśni.

Tętnice, żyły i naczynia chłonne miednicy małej, stanowią rodzaj elastycznego materaca, niepozbawionego działania podtrzymującego narząd rodny. Wnioski lecznicze: położenie kolankowo-łokciowe dla naprawy tyłozgięcia, i od czasu do czasu konieczność wypoczynku kobiety w pozycji leżącej, dla zniesienia siły ciężkości.

Próba klasyfikacji i leczenia zapaleń tkanki łącznej miednicy małej u kobiety. (Essai de classification et de therapeutique des cellulites pelviennes genitales chez la femme). P o u l i o r L.

Revue Franç. Gynec. Obstétr. T. 25, str. 628, 1930.

Klasyfikacja autora nie dość wypracowana, nie wnosi nic nowego.

Leczenie zapaleń tkanki łącznej miednicy małej, zwanej w szkole niemieckiej „parametrium", polegać winna przedewszystkiem na leczeniu przyczyny, wywołującej omawiane schorzenie.

Stanowisko to nie zwalnia nas jednak bynajmniej od leczenia samego zapalnego stanu przymacicza. W okresie początkowym autor poleca: 1) irrygację z dodatkiem rozczynu siarczanu miedzi z 6.0 — 300.0 wody, 2) małe lawatywki z 0,75 antipyriny + 0,25 pyramidonu, 3) czopki z belladonną i maścią rtęciową. Jako środek przeciwbólowy poleca autor lawatywki z dodatkiem 15—20 kropli mieszaniny àà tct. hyosciami, tct. belladonnae.

W przypadkach opornych z twardemi naciekami autor radzi injekcje podskórne 2 cm^3 rozczynu thiosinaminy z antipyriną; w 10 min. po injekcji należy wykonać masaż. Następnym z kolei środkiem leczniczym jest diatermia, względnie kolumnizacja pochwy za pomocą błota radjo-czynnego.

Wreszcie po zupełnym uspokojeniu wskazane są kuracje kąpielowe, solankowe, błotne lub siarczane.

Wyłączne leczenie rentgenowskie raka części pochwowej i nawrotów pooperacyjnych. (Les rayons X employes seuls dans le traitement des cancers du col de l'utérus et des récidives aprés hysterectomie). G u n s e t t A.

Journ. belge. Radiol. T. 19, str. 155, 1930.

Rzadko stosunkowo w literaturze znajdują się dane z leczenia tylko promieniami przypadków raka części pochwowej, nadających się do operacji, t. j. należących do I i II grupy. Autor opisuje jeden taki przypadek wolny od nawrotu już od 5 lat. Przytacza również przypadki gorsze nawet z IV grupy, które już od 3 — 4 — 5 lat czują się dobrze po leczeniu promieniami Roentgena.

Podobnie postępował autor w przypadkach nawrotów raka po operacji usunięcia całkowitego macicy. Przypadków takich było w latach 1922—1927 — 29, z których żyje 12, przyczem 7 z nich jest już od 5 lat bez nawrotów.

Oczywista, naświetlanie zapobiegawcze po operacji daje jeszcze lepsze wyniki, to też winno być szeroko stosowane.

T. Zawodziński.

CHOROBY SKÓRNE I WENERYCZNE

Obecne lecznictwo wyprysku. (Le traitement actuel de l'eczéma). J. D a r i e r i A. T z a n c k.

La Presse Méd. № 5 1931.

Zasadniczem pojęciem, na którem opiera się obecnie istota i lecznictwo wyprysku jest pojęcie wyprysku jako wyrazu nietolerancji skóry. Wyprysk nie jest już schorzeniem spowodowanem jakimś czynnikiem szkodliwym, jest natomiast odczynem skóry na liczne rozmaite czynniki, z których jedne są oczywiście szkodliwe same przez się inne zato wydają się nam zupełnie nieszkodliwe a są przez organizm nietolerowane. Z powyższych przesłanek wynika szereg wskazówek dla leczenia wyprysku. Dawki czynnika szkodliwego, jego istota mają znaczenie drugorzędne. Na pierwszym planie istnieje nietolerancja organizmu na zwykle sumujące się podniety i tą należy zwalczać. Problem więc odczulenia odgrywa w lecznictwie wyprysku dominującą rolę. W przypadkach wyprysku wchodzą w grę trzy zasadnicze momenty. 1) Czynnik wywołujący schorzenie, 2) organizm wrażliwy na ten czynnik t. zn. posiadający pewne właściwości tkanki lub odpowiednie substancje (reaginy), 3) bliżej nieokreślony mechanizm procesu, który zachodzi w organizmie uczulonym. Wobec tego można wytyczyć w lecznictwie wyprysku następujące kierunki:

a) leczenie miejscowe, wpływanie na sam proces powstania zmian wypryskowych,
b) leczenie przyczynowe, działanie na sam czynnik szkodliwy w sensie usuwania go,
c) leczenie przeciwwstrząsowe, unieczynnianie reagin,
d) odczulenie, wpływ na mechanizm reakcji,
e) leczenie zapobiegawcze, wpływ na organizm w sensie czynienia go niezdolnym do uczulenia.

Leczenie miejscowe: pierwszem wskazaniem jest pozostawienie miejsc schorzałych o ile możności w spokoju, aby proces odrodczy mógł odbywać się bez przeszkody (wstrzymanie się od zajęć zawodowych, leżenie w łóżku w przypadkach wyprysków uogólnionych). Drugiem wskazaniem jest oczyszczanie chorej skóry z substancji obcej zwłaszcza strupów przez kąpiele częściowe lub całkowite, zmywanie płynami jałowemi lub lekko antyseptycznemi (woda Aliboura) i szczelne okrywanie powierzchni przez wilgotne okłady aseptyczne. W późniejszych okresach stosuje się maści zawierające dużo wody a względnie mało tłuszczu lub pasty glicerynowe.

W przypadkach wyprysku powstającego na tle zakażenia pasorzytami (grzybice) najlepsze wyniki otrzymuje się, stosując rano nalewkę jodową 3% a na noc maść (3% ac. salic. lub 6% ac benzoic) działającą korzystnie przez swoje właściwo-

ści keratolityczne i przez swoją kwasotę. *Sabouraud* podaje w leczeniu wyprysków pasorzytowych maść chrysarobinową 0,1—0,6%, której stosowanie wymaga bacznej uwagi lekarza. Ponadto powierzchnie skóry zajęte wypryskiem, które ulegają łatwo zakażeniu należy poddać działaniu środków antyseptycznych mało drażniących, pamiętając o tem, że nawet najmniej drażniące środki mogą obudzić nietolerancję organizmu. W tych przypadkach najlepiej stosować w okresie początkowym zmywania rozcieńczoną wodą Aliboura (4 — 8 części wody), w okresie późniejszym maść rtęciową żółtą 5% z dodatkiem ac. salic. lub resorc. *Brocq* radzi zwilżania roztworem arg. nitr. Autorzy z powodzeniem stosowali alkohol 90%. Dla osłony schorzałej skóry najlepiej stosować pasty bogate w obojętne substancje suche (zinc. ox., talc.). W przypadkach przewlekłych, jeżeli mamy do czynienia z zliszajowaceniem skóry (lichenisatio) zaleca się stosowanie maści i past dziegciowych tumenolowych, siarkowych. Nowoczesne prądy w lecznictwie wyprysku usiłując zastąpić leki chemiczne lekami biologicznemi, wprowadziły do lecznictwa wyprysku dla stosowania miejscowego lysaty i filtraty szczepionek. Środki te nie dają lepszych wyników niż np. maść rtęciowa a stosowanie ich powinno się w każdym razie ograniczyć do przypadków wyprysku, w których istnieje wyraźny czynnik etjologiczny bakteryjny. Co się tyczy światłolecznictwa stosowanego miejscowo, to dobre wyniki otrzymuje się tylko po stosowaniu promieni X.

Leczenie przyczynowe polega na odsunięciu czynników zewnętrznych i pokarmów wyraźnie szkodzących w przypadkach wyprysku. Ta wskazówka ma zwykle tylko znaczenie teoretyczne, bo czynniki szkodliwe zwykle są nam nieznane, a jeżeli nawet są znane (wypryski zawodowe), to zmiana zawodu u chorych bardzo rzadko jest możliwa. Często postać wykwitów, ich umiejscowienie i ułożenie nasuwają pewne przypuszczenia co to ich etjologji. Jeżeli w badaniach nie znajdujemy wskazówki co do miejscowego działania szkodliwego jakiegoś czynnika (chemicznego, pasorzytniczego, bakteryjnego), należy zwrócić uwagę czy niema w organizmie jakiegoś odległego ogniska pasorzytniczego lub zakaźnego. Istnieją przypadki wyprysku szerzącego się drogą naczyń kwionośnych i drogą resorbcji z przewodu pokarmowego. Klasycznym przykładem tego drugiego typu są przypadki wyprysku u dzieci żywionych wyłącznie mlekiem. O ile uda nam się nawet stwierdzić jaki jest czynnik szkodliwy to leczenie przyczynowe, polegające na odsunięciu tego czynnika bardzo rzadko daje dobre wyniki. Zwykle organizm z czasem staje się wrażliwy na szereg czynników i usunięcie jednego z nich nie poprawia stanu chorobowego.

Odczulenie czyli walka z nadmierną wrażliwością organizmu będącą podłożem wyprysku może być specyficzne i niespecyficzne. Odczulenie specyficzne można przeprowadzić drogą zewnętrzną (szczepienia, skaryfikacja, okłady, wcierania itp.) i drogą przewodu pokarmowego, stosując coraz większe dawki antygenu. Wyniki leczenia tą metodą były niejednokrotnie dobre, nadzieje jednak pokładane w tej metodzie zwłaszcza w szczepieniach doskórnych, jako metodzie wyjaśniającej czynnik etjologiczny, zupełnie zawiodły, ponieważ wykwitów powstających spontanicznie w przypadkach wyprysku i powstających po szczepieniach nie można identyfikować, ponieważ różne okolice skóry jednego organizmu mogą mieć różną wrażliwość na dany antygen a w końcu ponieważ brak jest stałego związku pomiędzy wrażliwością skóry a wrażliwością innych tkanek organizmu.

Leczenie przeciwwstrząsowe czyli odczulenie nie specyficzne polega na wywoływaniu częstych nieznacznych wstrząsów na krótko przed zetknięciem się organizmu z antygenem szkodliwym. Najpospolitszym sposobem odczulenia nieswoistego jest podawanie doustne peptonu przed spożyciem pokarmu lub doskórne szczepienie peptonu. Tu należy także auto-hemoterapja i wszystkie metody jej pokrewne mające na celu wprowadzenie do ustroju koloidów o ile możności jak najmniej dla organizmu ludzkiego obcych, które, jak to sobie można wyobrazić, wiążą reaginy nagromadzone w organizmie nadczułym. Zaburzenia równowagi układu vago — sympatycznego i wydzielania endokrinów bardzo często daje się stwierdzić u egzematyków. Chcąc leczyć te dolegliwości zdani jesteśmy zwykle na próbowanie różnych leków. U wagotoników można podawać przetwory atropinowe, adrenalinę, ephedrynę, przetwory wapnia: u sympatykotoników pochodne ergotaminy, pilokarpinę, ezerynę itp. Leki ogólnie uspokajające nie wywierają żadnego wpływu korzystnego w przypadkach wyprysku i nawet nie uśmierzają swędzenia, a szczególnie opium i morfina, jako wywołujące samo przez się swędzenie, są przeciwwskazane. Jedynie przetwory bromowe dają niekiedy dobre wyniki.

Odkąd stwierdzono wpływ tarczycy na równowagę układu vago-sympatycznego i na zjawiska anafilaksji wprowadzono do lecznictwa wyprysku preparaty tarczycowe i pokrewne. Ważną rolę w lecznictwie wyprysku odgrywają przetwory jajnikowe, a ostatnio i jądrowe zwłaszcza w okresie dojrzewania i przekwitania. Mniej używane i nie dające się określić w sposobie działania są przetwory przysadki i grasicy. Prawidłowe działanie wątroby, tego filtru wszystkich substancji resorbujących się z kiszek, ma ważne znaczenie ochronne dla organizmu. Do normalnej czynności wątroby konieczny jest pewien stopień nasycenia jej miąższu cukrem. Na tem zjawisku opierając się, zastąpiono w lecznictwie mało skuteczne wyciągi wątrobowe i preparaty żółciowe glukozą w dużych dawkach. Trzustka oprócz insuliny dostarcza hormonu obniżającego ciśnienie krwi (angioxyl) i innych wywierających wpływ na układ vago-sympatyczny i na czynność wątroby.

Leczenie phylaktyczne: Częste spostrzeżenia dowodzą, że liczne substancje niezależnie od swoich właściwości farmakodynamicznych posiadają właściwości odczulające. Niektóre z tych leków znajdują się w grupie leków przeciwkiłowych (głównie arsenobenzole) i tem tłumaczy się niejednokrotne mylne rozpoznawanie wyprysków, świerzbiączek, astmy i t. p., jako schorzeń kiłowych nabytych lub wrodzonych. Leczenie skuteczne przy pomocy leków specyficznych dla innego schorzenia *Milian* nazwał hetero-terapją a tłumaczy to zjawisko tem, że zmiana ogólnych warunków biologicznych sama przez się już może odgrywać rolę czynnika leczniczego. Autorzy proponują nazwać ten sposób leczenia phylaktycznym (phylactisme). Co do mechanizmu działania tej metody istnieje kilka teorji, żadna jednak nie jest dostatecznie uzasadniona. Co do leczenia zapobiegawczego, to obowiązują ogólne zasady higjeny i leczenie wszystkich współistniejących z wypryskiem schorzeń, a przedewszystkiem zaburzeń w przewodzie pokarmowym.

Choroba Nicolas - Favre'a (La maladie de Nicolas - Favre. Lymphogranulomatose inguinale subaiguë). Paul Chevallier, Jean Bernard.

Revue de Méd. 1930 Nr. 10.

W r. 1913 *Nicolas, Durand* i *Favre* zwrócili uwagę na szczególny przebieg niektórych ropnych, podostrych zapaleń gruczołów chłonnych w pachwinie. Od tego czasu poczęto wyodrębniać to schorzenie, któremu nadawano mu rozmaite nazwy. Schorzenie, obecnie prawie przez wszystkich zgodnie nazwane lymphogranulomatosis inguinalis subacuta ma anatomję patol. całkiem odrębną. Gruczoły chłonne tworzą duży, twardy, włóknisty guz, miejscami rozmiękły. Tkanka otaczająca wciągnięta jest do procesu zapalnego. W obrębie guza powstałego ze zlania się zapalnych gruczołów i tkanki otaczającej spostrzegamy wszystkie stadja procesu zapalnego, przyczem późniejsze tworzą ropnie chełbocżące, mogące się zlewać i komunikować ze sobą. Ropa jest gęsta, żółtawa. Obraz histologiczny przypomina każdy proces przewlekły, przebiegający w gruczołach chłonnych, prowadzący do powstawania drobnych ognisk zgorzelinowych. Najbardziej typowy w obrazie histologicznym jest wygląd ropni, których ściankę tworzy prawie zawsze szerszy lub węższy rąbek epitelioidalny. Badania bakteriologiczne wykazały jałowość gruczołów objętych tym schorzeniem. Szereg bakterji i tworów znajdowanych przez niektórych autorów należy uważać za przypadkowe. Schorzenie to daje się przeszczepić na zwierzęta a wśród ludzi szerzy się drogą kontaktu płciowego. Możliwe jest również przeszczepienie sztuczne tego schorzenia na organizm ludzki.

Jak wykazano przez szczepienia skórne odpowiedniego antygenu, lymphogran. inguin. wywołuje odporność długotrwałą (10, 20 i więcej lat). Odporność ta nie jest jednak zjawiskiem stałem w przebiegu tego schorzenia. Z obecnych wyników badań, tyczących się patogenezy tego schorzenia można wnosić, że lymphogran. inguin. jest schorzeniem odrębnem, o dotychczas niewyjaśnionej patogenezie. Schorzenie to spotyka się częściej u mężczyzn i prawie wyłącznie w okresie dojrzałości płciowej. Okres wylegania trwa 10—25 dni. Początek choroby stanowi owrzodzenie pierwotne, czasem drobna nadżerka lub przeczos. Ten pierwszy okres przebiega z powodu bardzo nieznacznych tylko objawów klinicznych zwykle niezauważony. Pierwszemi objawami, które chory spostrzega jest niewielki guz albo ból w pachwinie lub objawy nieznacznego ogólnego niedomagania. Proces chorobowy, kroczący początkowo powoli w kilku etapach, wyraźnie dających się zauważyć, wciąga w stan zapalny sąsiednie gruczoły i tkanki. Bolesność zwiększa się, stan ogólny mało cierpi, zawsze jednak daje się zauważyć okres niedomagania ogólnego, niekiedy bóle w stawach. Ciepłota ogólna bywa nieznacznie podniesiona, wykazuje nieznaczne wahania. Wrotami wejścia bywa t. zw. owrzodzenie pierwotne. Jest to wykwit o wyglądzie zwykle banalnym, drobnej nadżerki, opryszczki, owalnej lub okrągłej, mało sączącej, niebolesnej, krótkotrwałej występującej u mężczyzn zwykle na żołędzi, napletku lub w rowku zażołędnym, u kobiet na wędzidełku. W okresie stwardnienia gruczołów pachwinowych schorzenie jest prawie zawsze jednostronne. Guz może osiągnąć wielkość jaja kurzego i większą, jest mało bolesny i w początkowych okresach daje się na podstawie poruszać. Stopniowo skóra, początkowo niezmieniona, zostaje wciągnięta w proces chorobowy, przybiera barwę czerwono-siną i grubieje z powodu jej naciecżenia. Po pewnym czasie zwykle proces przenosi się i na gruczoły chłonne biodrowe (gl. iliacae) i wtenczas wyczuwa się w głębi guz nieregularny, nieruchomy, nie zrośnięty jednak ze skórą, który może nieraz dojść znacznych rozmiarów. Inne gruczoły chłonne, śledziona i wątroba nie bywają zmienione. Przebieg schorzenia ma charakter podostry, w późniejszych okresach bezgorączkowy. Gruczoły schorzałe nieleczone nigdy nie ulegają resorbcji bez przebicia się nazewnątrz, zwykle po pewnym czasie tworzą się przetoki mnogie, wielkości łepka szpilki komunikujące z oddzielnemi ropniami, skóra w pachwinie przybiera typowy dla tego schorzenia wygląd podziurkowanej. W miejscu przetok nie powstają owrzodzenia, ropa wypływa w ilości niewielkiej, początkowo gęsta, z czasem stopniowo coraz bardziej surowicza. Gruczoły biodrowe nigdy nie przebijają się. W stan zapalny zostają stopniowo wciągnięte sąsiednie gruczoły i tkanki, schorzenie staje się przewlekłem, trwa miesiące, czasem lata, od czasu do czasu ulega zaostrzeniu. Do ropienia przyłącza się proces bliznowacenia. Następstwem tego bywa zmniejszenie guza, bliznowate wciągnięcia. Sprawa stopniowo wygasa, pozostawiając zgrubienia i zniekształcenia pachwiny.

Powikłania, jakie mogą nastąpić, są następujące: zakażenie dodatkowe banalnemi mikrobami (zgorzeli ani flegmony nie obserwuje się nigdy); jako następstwo nacięcia powstaje zwykle rozległe owrzodzenie, na którego dnie widać resztki gruczołów limfatycznych. Jako następstwo obliteracji dróg chłonnych powstają obrzęki i zgrubienia kończyn dolnych, utrzymujące się bardzo długo, czasem nawet trwałe, uniemożliwiające chodzenie. Nawrót schorzenia może wystąpić w kilka miesięcy, nawet i w rok po wygaśnięciu procesu zapalnego a powodem do tego może być jakiekolwiek inne schorzenie infekcyjne. Nawroty zwykle są krótkotrwałe.

Oprócz wyżej opisanego, typowego obrazu klinicznego może schorzenie przybrać i inny przebieg. Postać poronna, najczęstsza od czasu należytego kierunku w lecznictwie lymph. ing. nie doprowadza do powstania przetok, jakkolwiek gruczoły mogą tu i owdzie rozmiękać i skóra ulega zaczerwienieniu. Postać o gwałtownym przebiegu początkowym jest bardzo rzadką, częściej natomiast spotyka się przypadki lymph. ing. o dalszym przebiegu, przypominającym procesy ostre. Lymph. ing. może wikłać lub być powikłaną innem schorzeniem wenerycznem (wrzody miękkie, kiła). Opisano dotychczas jeden przypadek zropienia gruczołów biodrowych, przypadków przebiegających bez zajęcia gruczołów biodrowych dotychczas nie zauwa-

żono. Niektórzy autorowie opisali przypadki lymph. ing. przebiegające z zajęciem wszystkich gruczołów chłonnych. Niemożna zaprzeczyć, że mylnie rozpoznawano lymph. ing. w przypadkach ostrych, dobrotliwych zapaleń grucz. chł. po anginie i innych infekcjach. W ostatnich czasach *Frei* i *Koppel* przy pomocy szczepień odpowiednich antygenów dowodzą łączności pomiędzy lymph. ing. i t. zw. syphiloma anorectale.

W pierwszym okresie schorzenia spostrzega się niekiedy ślady dodatnich odczynów Wasser. a zwłaszcza Hechta. Objaw ten mija szybko. W moczu, krwi i ropie nie znajduje się zmian szczególnych (do znajdowanych w ropie t. zw. ciałek Gamny większość autorów nie przywiązuje żadnej wagi). Choroba Nicolas-Favre'a nie jest niebezpieczną dla życia, jest poważną z powodu swej długotrwałości i następstwa zbliznowacenia. Rozpoznanie jej w okresie ropienia jest łatwe skutkiem charakterystycznych przetok i powolnego postępowania sprawy. W okresie zbliznowacenia należy się w przypadkach wątpliwych uciec do rozpoznawczego szczepienia śródskórnego specyficznego preparatu gruczołowego, do t. zw. odczynu Frei'a, który w przypadkach lymph. ing. jest prawie zawsze dodatni.

Leczenie operacyjne: nacięcie rzadko wystarcza w leczeniu tego schorzenia, sprawa wymaga zwykle usunięcia schorzałych gruczołów, co pociąga za sobą szereg zaburzeń w krążeniu limfy, ponadto po zabiegu chirurgicznym obserwuje się często nawroty skutkiem niedokładnego usunięcia schorzałych gruczołów i długo utrzymujące się przetoki. Leczenie więc chirurgiczne rzadko daje dobre wyniki. Leczenie zachowawcze polega na stosowaniu promieni X i ten sposób daje wyniki zadawalające po jednokrotnem naświetleniu (po naświetlaniach wielokrotnych tworzą się większe blizny). Naświetlania promieniami pozafiołkowemi daje gorsze wyniki. Leczenie miejscowe i wstrzykiwania do gruczołów są bezskuteczne. Leczenie per os sposobem Le Dantec'a polega na pozostawieniu chorego w łóżku, założeniu lekko uciskającego opatrunku w pachwinie, podawaniu w razie zaparcia codziennie siarczanu sodu i zastosowaniu drogą doustną wzrastających dawek jodu. Wyzdrowienie następuje po 4 — 6 tyg. *Ravaut* stosuje dożylne wstrzykiwania roztworu Lugola, codziennie 5 — 10 cm³ w równej ilości soli fizjol. Ten sposób sprowadza zmiany w żyłach, prowadzące aż do ich obliteracji i można tego częściowo uniknąć, rozpuszczając płyn Lugola w roztworze glukozy. Leczenie płynem L. można połączyć ze stosowaniem wstrzykiwań chlorhydr. emetiny (0.06 — 1.0) i wyniki są wtedy lepsze. Dobre wyniki otrzymuje się również, stosując winian antymonu ($^1/_{100}$ w soli fizjol.) w zastrzykach co 3 — 4 dni (5 — 10 cm³) lub inne pochodne antymonu.

Niektórzy autorzy posługują się w leczeniu lymph. wstrzykiwaniami amonjakaln. roztworu siarczanu miedzi $^1/_{100}$, szczepionkami (Dmelcos), tuberkuliną. Autor poleca przedewszystkiem u leżących w łóżku leczenie solami antymonu, w razie niemożności pozostawienia chorego w łóżku leczenie jodem drogą doustną.

Dr. Zofja Jastrzębska.

K R O N I K A

Pod kierunkiem prof. H. L. Rocher odbędzie się w Bordeaux w klinice chirurgji dziecięcej kurs dokształcający, poświęcony chirurgji wieku dziecięcego. Kurs trwa od 1 do 9 czerwca włącznie, wpis wynosi 200 fr. fr. Wobec tego, że u nas ten dział chirurgji naogół jest mniej znany i biorąc pod uwagę nazwisko kierownika kursu, zwracamy szczególnie uwagę naszych Czytelników na kurs powyższy. Szczegółowemi wyjaśnieniami chętnie służymy.

---

18 maja rozpocznie się w Paryżu dwutygodniowy kurs techniki hematologicznej i serologicznej. Wpis 250 fr. fr.

Od 26 do 28 maja odbędzie się w Leiden (Holandja) pod kierownictwem prof. Storm van Leeuwen'a w języku niemieckim kurs p. t. „Djagnostyka i terapja chorób allergicznych". Szczegóły u D-ra Jana Polaka, Łódź, 6-go Sierpnia 22.

Od 27 maja do 6 czerwca odbędzie się kurs dokształcający, poświęcony zaburzeniom rytmiki serca pod kierownictwem D-ra Lian'a. W związku z kursem odbędzie się zwiedzanie uzdrowiska Royat. Wpis 250 fr. fr. za kurs, 100 fr. fr. za wycieczkę.

Staraniem Wydziału lekarskiego uniwersytetu parsyskiego i T-wa dla rozwoju stosunków lekarskich między Francją a krajami zaprzyjaźnionemi prawie bezustannie odbywają się w Paryżu dłuższe i krótsze kursa, odczyty i t. p. we wszelkich specjalnościach. Dla braku miejsca nie możemy podawać tytułów tych wszystkich imprez, ale chętnie służymy Kolegom, chcącym się udać do Paryża bliższemi informacjami.

W lipcu w klinice otolaryngologicznej Uniwersytetu w Strassburgu (Prof. Canuyt), odbędzie się kurs poświęcony technice operacyjnej i terapji chirurgicznej chorób ucha, gardła i nosa. Czas trwania kursu od 16 do 26 lipca.

Jedno z najpoczytniejszych pism lekarskich Belgji, Bruxelles-Médical, wzorem lat ubiegłych urządza dla lekarzy i ich rodzin wycieczkę statkiem „Foucauld" pod kierownictwem wybitnego uczonego badacza krajów polarnych do Norwegji, Spitzbergen, krainy wiecznego lodu i t. d. Wycieczka rozpoczyna się 11 lipca w Dunkerque i kończy się tamże 6 sierpnia. Cena: 1-sza klasa 4.500 fr. fr., 2-ga klasa 1975 fr. fr. od osoby. Osobno za wycieczki 895 fr. fr. Informacji udziela: Section des voyages de Bruxelles-Medical, 29, Boul. Adolphe Max, Bruxelles.

KOMUNIKAT IV-GO ZJAZDU POLSKIEGO TOWARZYSTWA GINEKOLOGÓW.

Krakowskie Towarzystwo Ginekologiczne donosi, że miejscowy Komitet urządzenia IV-go Zjazdu Pol. Tow. Gin. zorganizował się definitywnie. W myśl uchwały Krak. Tow. Gin. z u. b. gospodarzem Zjazdu został prezes Krak. Tow. Gin., obecnie Doc. Dr. January Zubrzycki, sekretarzem **Zjazdu Doc. Dr. Tadeusz Keller.** Inni członkowie Komitetu Zjazdu objęli kierownictwo poszczególnych sekcyj Zjazdu.

IV-ty Zjazd Pol. Tow. Gin. odbędzie się w dniach od 28-go do 30-go czerwca 1931 r. w Krakowie w salach Kliniki neurologicznej U. J.

Tematy programowe w myśl uchwały Walnego Zgromadzenia Tow. Ginek. Pol. są następujące: I. Zaburzenia jajeczkowania i krwawienia miesiączkowe (Kraków). II. Hormony płciowe (Warszawa). III. Czy zachodzi potrzeba rewizji wskazań do cięcia cesarskiego (Lwów).

Wszelkie zgłoszenia referatów na Zjazd, związanych z tematami programowymi i luźnych, proszę kierować do dnia 15-go maja b. r. pod adresem Komitetu IV-go Zjazdu Pol. Tow. Gin. w Krakowie, Klinika położniczo-ginekologiczna U. J. Kopernika 7. Tamże należy kierować wszelkie zapytania.

W dniach Zjazdu, w lokalu zjazdowym urządzona będzie wystawa lekarsko - farmaceutyczna. Zakłady i firmy, reflektujące na uzyskanie miejsc dla swych eksponatów, zechcą również zgłosić się pod adresem Komitetu najpóźniej do dnia 1-go czerwca b. r. Wcześniejsze zgłoszenia pożądane.

Komitet projektuje w ramach Zjazdu cały szereg wycieczek do miejsc klimatycznych, udogodnienia kwaterunkowe oraz zniżki kolejowe.

Równocześnie przypominamy uchwałę Pol. Tow. Gin. z dnia 28-go września 1929, w myśl której skład Wydziału Pol. Tow. Gin. jest następujący:

Prezes: vacat, zastępca prezesa Prof. Dr. Władysław Jakowicki, pierwszy sekretarz Doc. Dr. Tadeusz Keller, drugi sekretarz Dr. Wacław Zaleski, skarbnik Dr. Bruno Wojciechowski, członkowie zarządu: Dr. Ada Markowa, Dr. Jan Szancenbach, Doc. Dr. Józef Szymanowicz, Doc. Dr. January Zubrzycki, członkowie komisji rewizyjnej: Dr. Adam Ackerman, Dr. Ludwik Friedmann, Dr. Tymoteusz Piotrowski.

Poza tem uchwalono, że członkowie Pol. Tow. Gin. zobowiązani są do składania 10 zł. rocznie na rzecz Pol. Tow. Gin. Składkę mają zbierać skarbnicy poszczególnych Towarzystw Gin. i przekazywać skarbnikowi Pol. Tow. Gin.

Prosimy Skarbników poszczególnych Towarzystw Gin., aby składki z roku 1930 i 1931 w łącznej sumie 20 zł. od każdego członka byli łaskawi przesłać do 1-go czerwca 1931 r. na ręce skarbnika Pol. Tow. Gin. D-ra Bruna Wojciechowskiego (Kraków, Siemiradzkiego nr. 1).

Dokładny program Zjazdu rozesłany będzie w odpowiednim czasie.

Gospodarz Zjazdu:
(—) *Doc. Dr. January Zubrzycki.*
Sekretarz Zjazdu:
(—) *Doc. Dr. Tadeusz Keller.*

POKŁOSIE TERAPEUTYCZNE.

W przypadkach bardzo uporczywego zakażenia dróg moczowych gronkowcem, nie poddających się zwykle stosowanemu leczeniu farmakologicznemu i szczepionkami, otrzymywano wyniki bardzo dobre i szybkie po zastosowaniu gonakryny. Wystarcza 1-2-3 wstrzyknięcia dożylne 2% roztworu gonakryny, w ilości 5 cm³ na dawkę.

(Gautier — Journ. d'Urologie Nr. 6, grudzień 1930).

M.

OPOZONES LUMIERE

ORGANOPREPARATY przygotowane specjalną metodą, polegającą na wiązaniu płynów gruczołu w kompleksy krystaliczne, przy pomocy obojętnych związków chemicznych bez ogrzewania, co zapewnia Opozonom zachowanie wszystkich czynnych składników świeżego gruczołu w stanie niezmienionym, a zatem najwyższą aktywność.

KONSERWACJA NIEOGRANICZONA: NAJEKONOMICZNIEJSZA organoterapja dla chorych.

Redaktor odpowiedzialny: *Doc. Dr. A. Wojciechowski*
Wydawca: Spółka Wydawnicza „Wiedza Lekarska".
Adres redakcji i administracji Warszawa, Kaliska 9. Tel. 724-39.
Prenumerata z przesyłką rocznie zł. 8, kwartalnie zł. 2. Konto **P. K. O. 15.785.**

			$^1/_1$ str.	½ str.	¼ str.
Ogłoszenia:	zewnętrzna strona okładki	zł.	450.—	250.—	135.—
	bezpośrednio przed tekstem	„	350.—	200.—	120.—
	2-ga i 3-cia strona okładki	„	350.—	200.—	120.—
	pozostałe	„	300.—	170.—	95.—

ZAKŁ. GRAF. PRAC. DRUK., WARSZAWA, NOWY-ŚWIAT 54, TEL.: 615-56 I 242-40.

CRYPTARGOL LUMIÈRE

SÓL SREBROWA SIARCZANU SODOWEGO TIOGLICERYDU

OVULES SOLUTION

Do użytku zewnętrznego

Idealny pod każdym względem przetwór srebrowy do użytku w GINEKOLOGJI, UROLOGJI, WENEROLOGJI I CHIRURGJI.

ZALETY:

Wyjątkowo silne działanie **bakterjobójcze** (35% Ag). Wybitne działanie **kieratoplastyczne i zmniejszające przekrwienie. Nie wywołuje podrażnienia** błon śluzowych i skóry. **Nie psuje się** pod wpływem powietrza i światła. **Nie plami** skóry, ani bielizny.

A) **CRYPTARGOL OVULES,** gałki dopochwowe z ustalonej gliceryny (0,25 cryptargol'u w jednej gałce). Działanie wybitnie przeciwgnilne, przeciwzapalne i kieratoplastyczne; nie plamią ani skóry, ani bielizny.

WSKAZANIA:

Nadżerki pochwy, szyjki macicy. Zapalenia macicy, jajowodów, jajników. Owrzodzenia (gruźlica). Upławy (flour albus). Co 2 — 3 dni po 1 gałce.

B) **CRYPTARGOL SOLUTION** stężony rozczyn do przemywań.

WSKAZANIA:

1. Do **przemywań pochwy** rozczyn 1:1000 do 5:1000
2. Do **przemywań pęcherza** rozczyn 1:1000 do 5:1000 w ilości 500 ccm. do 1000 ccm.,
3. w **ostrych zapaleniach pęcherza** moczowego (wkraplanie 20 — 30 kropel rozczynu 1:100),
4. W **leczeniu rzeżączkowego zapalenia** cewki moczowej:
   a) w zapaleniu tylnej części—przemywania rozczynem 1:1000 do 5:1000,
   b) w zapaleniu części przedniej: 2—3 razy dziennie po 3 przestrzykiwania rozczynem 1:100 do 5:100 pierwsze przy otwartej cewce moczowej, drugie i trzecie należy przetrzymać przez 5 minut,
5. Do przemywania ran owrzodzeń w **CHIRURGJI, DERMATOLOGJI** rozczyn 1:1000 do 5:1000.

Skład główny L. Nasierowski Kaliska 9, Warszawa

ROK V WARSZAWA 1931 CZERWIEC ZESZYT VI

WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY PRZEGLĄDOWI FRANCUSKIEGO PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO I POTRZEBOM LEKARZA PRAKTYKA

REVUE MENSUELLE CONSACRÉE À LA LITTERATURE MEDICALE FRANÇAISE ET AUX BESOINS DU PRATICIEN

pod redakcją Doc. Dr. Wojciechowskiego

PRACE ORYGINALNE

O indywidualizacji w przewlekłej gruźlicy płuc dorosłego*).

DR. MICHAŁ BLOCH.

I.

Gruźlica płuc u człowieka nie może być rozpatrywana jako jedna jednolita jednostka chorobowa. Każdy lekarz ma możność spostrzegania jej nieskończonej wielopostaciowości i najbardziej krańcowych różnic w jej przebiegu u najrozmaitszych chorych.

Zadaniem też lekarza w klinice tego schorzenia jest umiejętność indywidualnej oceny każdego poszczególnego przypadku. Lekarz nie może się kierować stanem chorego tylko w chwili obecnej (obecnością lub nieobecnością w chwili obecnej podniesionej ciepłoty ciała, przybytkiem lub ubytkiem na wadze, mniejszym lub większym obszarem zajętego płuca i t. p.), a musi umieć tak j a k o ś c i o w o ocenić dany przypadek, aby rozpoznanie zawierało w sobie zarówno rokowanie co do dalszego przebiegu, jak i ścisłe wskazania do racjonalnego leczenia. Jak niżej bowiem zobaczymy, obok przypadków, w których mimo napozór błahych, fizykalnie zaledwie stwierdzalnych, zmian, musi być natychmiast zastosowane jaknajbardziej energiczne leczenie czy to w postaci leczenie chirurgicznego (odmy piersiowej, wyrwania nerwu przeponowego i t. p.), czy też klimatycznego, — jest cały szereg przypadków, gdzie mimo niewątpliwie stwierdzalnych zmian w płucach, lekarz popełni błąd, jeśli przesadnie skieruje na nie uwagę pacjenta, chcąc niby zapobiec rozwojowi choroby, która sama przez się nie ma tendencji do rozwoju; w ten sposób powiększyłby tylko armję hypochondryków.

Obowiązek racjonalnego traktowania poszczególnych przypadków gruźlicy płuc ciąży nietylko na specjaliście - ftizjologu, ale na każdym lekarzu - praktyku. Ten ostatni bowiem ma możność spostrzegania sprawy chorobowej na samym początku jej powstania; od niego też zależy decyzja co do

*) Praca odznaczona na konkursie „Wiedzy Lekarskiej".

tej czy innej kuracji (leczenie chirurgiczne, klimatyczne) wzgl. skierowanie do specjalisty.

II.

Na czem więc powinna być oparta racjonalna ocena poszczególnych przypadków gruźlicy płuc.

Gdyby nam miejsce pozwoliło tu na szczegółowe rozpatrzenie współczesnego stanu teoretyczno-naukowych podstaw naszej wiedzy o gruźlicy płuc *), musielibyśmy dojść do wniosku, że nie są one jeszcze na tyle doskonałe, aby na nich tylko móc opierać orjentację kliniczną w tem schorzeniu.

Anatomja patologiczna nprz., na której opiera się większość uznawanych dziś „oficjalnych" klasyfikacji, ma za podstawę klasyczny podział *Aschoffa* na zmiany wytwórcze i wysiękowe wzgl. wytwórczo - wysiękowe, podczas, gdy dziś z ostatnich badań *Hübschmanna* wiemy, że każda poszczególna zmiana anatomiczna w płucach (a więc i napozór pierwotnie włóknista) zawsze zostaje poprzedzona przez okres wysiękowy. Codzienna też obserwacja kliniczna daje nam możność spostrzegania, jak często sprawy wysiękowe, którym dawniej przypisywano złe rokowanie, przechodzą we włókniste wzgl. ulegają wessaniu; i naodwrót — jak często ustrój, który dotąd oddziaływał wytwórczo, nagle daje zmiany wysiękowe. Zresztą anatomja patologiczna opiera się głównie na danych sekcyjnych, więc przeważnie na okresie, kiedy ustrój uległ już walce; o początkowym zaś — tym najważniejszym dla nas w różniczkowaniu klinicznem — okresie wnioskuje tylko rozumowo i hypotetycznie. Tem też tłomaczy się rozbieżność w poglądach najwybitniejszych anatomo - patologów *(Aschoff, Loeschke, Hübschmann* i in.) na początkowy okres gruźlicy płuc dorosłego, mimo że — zdawałoby się — opierają się oni wszyscy na materjale objektywnym, anatomicznym.

Stąd też wynika, że w klinice gruźlicy płuc nie możemy się już dziś zbytnio opierać na danych anatomji patologicznej.

To samo można byłoby powiedzieć o współczesnej bakterjologji gruźlicy, dla której nawet kwestja samego zarazka nie jest jeszcze rozstrzygniętą. Wiemy bowiem, że lasecznik Kocha cechuje się nietylko wielokształtnością (polimorfizm), ale i zdolnością przeobrażania się w postaci nietypowe, nawet niewidzialne i przesączalne *(Arloing, Dufourt, Vaudremer, Much, Kirchner, Szymański, Sterling-Okuniewski* i in.), i w postaci niekwasoodporne *(Arima i Aoyama, Dostal, Kirchner* i in.). O przeniesieniu więc tych danych bakterjologji do kliniki i opieraniu na nich możności różniczkowania najrozmaitszych przejawów klinicznych gruźlicy płuc dorosłego narazie nie może być mowy.

Również nauka o czynnikach biologiczno-odpornościowych z jej dążnością do uzależnienia formy klinicznego przejawiania się gruźlicy płuc od stanu t. zw. allergji (uczulenia) i od sposobu dostania się zarazka do ogniska chorobowego może być tylko częściowo, jako hypoteza robocza („Arbeitshypotese") — jak to niżej zobaczymy — przeniesiona do kliniki.

Czyli, reasumując, widzimy, że poza anatomją patologiczną, bakterjologją gruźlicy oraz nauką o patogenezie gruźlicy i czynnikach biologiczno - odpornościowych zmuszeni jesteśmy naszą orjentację kliniczną opierać jeszcze na innych momentach.

III.

Za najbardziej celowe uważamy u j ę c i e kliniki gruźlicy z punktu widzenia podziału wszystkich spotykanych chorych na szereg t y p ó w klinicznych, których początek, przebieg, rokowanie, anatomja patologiczna i patogeneza zgóry są nam wiadome.

Pierwsi wysunęli taki podział kliniczny autorzy francuscy *Bard i Pièry*. Nie przyjął on się jednak powszechnie głównie ze względu na „jego zbytnią złożoność, która czyni go przystępniejszym dla lekarzy obytych z metodą, tradycją i subtelnością szkoły francuskiej", jak się wyraził *S. Sterling* w swej przedwojennej pracy.

Zasadniczo słuszną, opartą na wielkiej wiedzy anatomo - patologicznej i głębokiej obserwacji klinicznej, myśl *Bard - Pièry'ego* podjął na nowo w 1920 — 1923 r. *W. Neumann*, z Wiednia, dążąc do usunięcia „zbytniej złożoności" tego podziału (a nie odrzucając go całkowicie, jak to niesłusznie uczynił — naszem zdaniem — *S. Sterling)* za pomocą wprowadzenia do kliniki momentu patogenetycznego wg. *Ranke'go*, uwzględniającego drogę dostania się i szerzenia infekcji gruźliczej w płucach.

Nasz, niżej wyłożony sposób ujęcia kliniki gruźlicy idzie jeszcze dalej. Słuszny w zasadzie podział *Bard — Pièry'ego — Neumann'a* czynimy jeszcze mniej „złożonym" czyli jeszcze bardziej praktycznym i życiowym przez: 1) wysunięcie na pierwszy plan momentów czysto klinicznych, szeroko uwzględniających konstytucjonalny typ chorego, 2) uwzględnienie najnowszych zdobyczy naukowych osiągniętych w dziedzinie rentgenologji gruźlicy płuc, a tem samem, patogenezie tego schorzenia i 3) korzystanie w klinice z momentu patogenetycznego Ranke'go tylko, jako z hypotezy roboczej, a nie prostolinijnie i bezkrytycznie.

*) Uczyniliśmy to w innej pracy.

IV.

Mając do czynienia z dużym materjałem gruźliczym, można łatwo spostrzec, że z pośród chorych tych mogą być wyodrębnione dwie zasadnicze olbrzymie grupy chorobowe.

Jedna cechuje się rażącą sprzecznością pomiędzy dobrym wyglądem zewnętrznym i stanem ogólnym, a złym anatomicznym stanem płuc. Chorzy ci, o cechach zewnętrznych t. zw. „beauté phtisique" (alabastrowa cera, długie rzęsy, gęste brwi i t. p.) tylko od czasu do czasu zapadają na schorzenia imitujące „grypowe", de facto mające za podkład świeże obostrzenia w płucach, po których chorzy ci są skłonni do nader szybkiej ale, niestety, tylko pozornej, złudnej poprawy; koniec końców bowiem, nieraz wcześniej, nieraz dopiero po wielu latach, chorzy ci w większości przypadków giną z suchot płucnych. Na lekarzu ciąży odpowiedzialne zadanie przypadki te jaknajwcześniej rozpoznawać. Należą tu bowiem chorzy, których często trzeba przekonywać — zwłaszcza w okresach mniej posuniętych — o ciężkości ich schorzenia. I nieprzebaczalnym błędem ze strony lekarza będzie, jeśli zaleci choremu tylko leczenie klimatyczne, zadawalniając się szybkim przybytkiem na wadze chorego oraz jego dobrym zewnętrznym wyglądem. U tych chorych bowiem poprawa w stanie płuc niezawsze idzie w parze z poprawą ogólną.

Od lekarzy też zależy, aby chorzy ci, którzy ze względu na zdradliwy, podstępny sposób powstania i rozwoju ich schorzenia wogóle zaczynają się późno leczyć, zostali skierowani do specjalistów wzgl. sanatorjów i szpitali nie wówczas, kiedy choroba jest już tak posunięta, że okazanie właściwej pomocy jest już spóźnione i niemożliwe.

U tego rodzaju chorych choroba zjawia się nieoczekiwanie wśród pełnego zdrowia; z tego wynika, że rozbudowa jaknajwiększej ilości sanatorjów t. zw. zapobiegawczych jest w stosunku do tych chorych rzeczą bezsensowną. Z tego też społecznego punktu widzenia chorzy ci są najbardziej niebezpieczni dla otoczenia, bo zupełnie nie czyniąc na laikach wrażenia „suchotników", stanowią największy kontyngens chorych prątkujących.

Typowym przedstawicielem tej bardzo często w życiu spotykanej grupy chorobowej jest

Phtisis fibro-caseosa-communis

Bard — Pièry — Neumann.

Postać ta, dla której po polsku proponujemy nazwę „właściwych suchot płucnych", w większości przypadków doprowadza w płucach do rozpadu i do wytworzenia się jam; jest to par excellence choroba płuc, jako narządu, odpowiadając pojęciu „isolierte Phtise" *Ranke'go;* do suchot bowiem w sensie wyniszczenia ogólnego dochodzi dopiero później.

Powstaje ona najczęściej u ludzi o wyżej wzmiankowanych cechach „beauté phtisique" dotąd zupełnie zdrowych, nie mających nigdy do czynienia z t. zw. „objawami szczytowemi" (jak stany podgorączkowe, poty nocne i t. p.) w sposób ostry wzgl. podostry, imitując na początku najrozmaitsze schorzenia, najczęściej grypowe. Chory zapada na wysoką ciepłotę ciała (która na początku ma charakter stały), uskarża się na ogólne rozbicie, ból głowy, łamanie w kończynach i t. p. Pobieżne badanie lekarskie nie wykryje nic szczególnego i choroba w przeważającej części przypadków ujdzie też za grypę. Lekarz jednak, znający dyskretny i podstępny początek właściwych suchot płucnych, zauważy nieraz (podkreślamy — niezawsze; zwłaszcza jest to trudne w czasie epidemji grypy) szereg osobliwości klinicznych, które już

w tym najwcześniejszym okresie choroby mogą naprowadzić na słuszne rozpoznanie.

Uderza czysty język przy zupełnym braku łaknienia (w grypie język zawsze jest obłożony), bladość przy rumieńcach i lekkosinawych wargach, duszność przy mówieniu, suchy, krótki kaszel, powodujący podczas jedzenia wymioty, silne poty nocne. Za pomocą badania fizykalnego na początku daje się stwierdzić niewiele, zwłaszcza wypukowo. Lekkie stłumienie z odcieniem bębenkowym nad jednym ze szczytów, lekkie zwężenie pola Kroenig'a z tej samej strony, przyczem opukiwanie szczytu tego jest często bolesne. Ważniejsze zmiany daje się stwierdzić za pomocą wysłuchiwania: obok oddechu zmienionego w kierunku pęcherzykowo - oskrzelowego, mniej lub bardziej zbliżonego do oskrzelowego, wysłuchują się (często dopiero po kaszlu lub przy pierwszym oddechu po dłuższem leżeniu na wznak), rzężenia o charakterze podtrzeszczeń. Według Neumanna rzężenia te mają być najbardziej charakterystycznym przedmiotowym objawem początkujących suchot płucnych. Nasze doświadczenia poucza nas — jak to zresztą niżej zobaczymy, — że niezawsze tak jest. Rzężenia te, o ile występują, wysłuchują się na ograniczonej tylko przestrzeni w jednym z t. zw. punktów Fowlera: w przyśrodkowej części dołka nadgrzebieniowego łopatki, albo w górnej części dołka pachowego , albo też w dołku Mohrenheim'a (rokowanie w tym ostatnim wypadku ma być gorsze). Już w bardzo szybkim czasie rzężenia te zmieniają swój odcień, przybierając charakter t. zw. rzężeń serowatych (Käserasseln — *Neumann'a*, craquement humide — autorów francuskich). Są to pojedyńcze, wyraźnie odcinające się dźwięczne, wilgotne, średnio bańkowe rzężenia. Jeszcze po pewnym czasie na ich miejsce zjawiają się rzężenia przelewające się (Gurgelndes Rasseln — gargouillement — francuzów) jako wyraz tworzącej się jamy. Jak niżej zobaczymy, niezawsze w początkowym okresie właściwych suchot płucnych występują dopiero co opisane za Neumann'em zjawiska wysłuchowe. Neumann bowiem, opierając się w swej monografji na pracach szkoły francuskiej z jej specjalną predylekcją do uwzględniania w pierwszym rzędzie zjawisk auskultacyjnych, kładzie też w rozpoznawaniu początkujących właściwych suchot płucnych największy nacisk na objawy wysłuchowe. Dziś jednak dzięki bardzo szerokiemu stosowaniu w pracy klinicznej promieni rentgenowskich wiemy już, jak niezmiernie często występują początkujące suchoty płucne mimo nieraz zupełnego braku wyżej wzmiankowanych objawów wysłuchowych. Przyczyna tego zjawiska tkwi w tem, że podkładem patomorfologicznym początkujących suchot płucnych jest t. zw. naciek wczesny. Mówiąc o nacieku wczesnym, mamy na myśli nie tylko nacieczenia, opisane w 1922/24 r. przez Assmann'a jako okrągławe ogniska o charakterze broncho - pneumonicznym, umiejscowione w okolicy podobojczykowej, w jej części odśrodkowej, przy wolnym od zmian chorobowych szczycie. Nacieczenia bowiem wczesne, występujące w początkowym okresie właściwych suchot płucnych, mogą mieć najrozmaitszy kształt (najczęściej wachlarzowaty, wyraźnie odcinający się na linji oznaczającej granice płatów — „marginale Infiltrate" — Fleischner'a) oraz moga być umiejscowione w najrozmaitszych okolicach płuc, aczkolwiek najczęściej w okolicy podobojczykowej *). Wynika to zarówno z prac Fleischner'a, Haudek'a, Redeker'a, Ickert'a, Lydtin'a i in., jak i z naszego własnego doświadczenia, z którego kilka charakterystycznych przykładów przytoczymy niżej.

Widzimy więc, że dla wczesnego rozpoznania początkujących suchot płucnych jest jaknajwcześniejsze stosowanie promieni rentgenowskich nieraz ważniejsze, aniżeli badanie fizykalne. Obok tego pierwszorzędną rolę odgrywa wczesne i częste badanie jaknajmniejszych nawet ilości wydobywanej plwociny. Widywaliśmy przypadki, gdzie lekarz, specjalista - bakterjolog, pracujący w swym zawodzie 30 lat, był zdumiony, znajdując w minimalnej ilości śluzowej plwociny liczne prątki.

Wczesne rozpoznanie nacieku wczesnego oparte na wczesnym badaniu rentgenowskiem oraz wczesnem badaniu plwociny, ma olbrzymie znaczenie praktyczne. Daje ono nam możność istotnie wczesnego racjonalnego leczenia suchot płucnych. A leczenie to, o ile ono ma naprawdę być celowem i na czasie stosowanem, powinno polegać na w c z e s n e m, t. zn. w tym

*) O podobojczykowem początku właściwych suchot płucnych wiedział już Dłuski w 1905 r.

właśnie początkującym okresie suchot płucnych, zastosowaniu sztucznej odmy piersiowej. A to z różnych względów. Przedewszystkiem właściwe suchoty płucne należą, jak to niżej zobaczymy, do tego rodzaju spraw w płucach, które w przeważającej części przypadków w bardzo krótkim czasie przechodzą drogą śródoskrzelową na drugą stronę, czyniąc sprawę dwustronną. Powtóre — uciskając wcześnie naciek, zapobiegamy, jak to nas uczy doświadczenie, powstawaniu większego rozpadu, wspomagamy wessanie wzgl. organizację. W przypadkach zaś, gdzie już jama powstała, mamy największe szanse jej dobrego ucisku i zagojenia: brak bowiem jeszcze wówczas większych zrostów, a naokoło jamy nie zdążyła się jeszcze wówczas wytworzyć trudno uciskalna gruba warstwa łącznotkankowa spotykana naokoło starych jam.

Niestety, większość lekarzy, i to uchodzących nieraz za najwybitniejszych specjalistów, zapatruje się jeszcze na te rzeczy inaczej, aczkolwiek z roku na rok widuje się postępy, jakie myśl ta czyni w ich umysłach. Lekarze ci, przeważnie rozumują w sposób następujący: po pierwsze, powiadają oni, i odma sztuczna daje duży odsetek ujemnych wyników, a powtóre, rozumują oni, wszak mamy dopiero do czynienia z początkowym okresem suchot płucnych; a wszak życie uczy nas, ile takich spraw nabiera charakteru włóknistego, dobrotliwego.

Na to można odpowiedzieć, co następuje: jeżeli chodzi o wyniki stosowania sztucznej odmy piersiowej, to wszyscy prawie autorzy *(Saugmann, Dumarest, Rist, Mandel, Szczepański, Lewin* i in.), mimo wysokiego jeszcze odsetku wyników ujemnych, metodę tę uważają za najskuteczniejszą ze wszystkich dotąd stosowanych środków leczniczych w gruźlicy płuc. Jeżeli teraz weźmiemy pod uwagę, że niewątpliwie duży odsetek przypadków, w których powyżsi autorzy stosowali sztuczną odmę piersiową, należał już do okresów dalej posuniętych, w których, jak wyżej uzasadniliśmy, leczenie odmą nie może już być takie skuteczne; jeżeli z drugiej strony weźmiemy pod uwagę, że prawdopodobnie, pewien odsetek chorych tych należał nie do grupy opisywanej przez nas, jako grupy właściwych suchot płucnych, a do innych (Phtisis ulcero - fibrosa lub „gruźlicy młodocianych"—Pubertäts - Phtise, o których szczegółowo niżej), to zrozumiemy, jak wybitne wyniki można osiągnąć, stosując w c z e ś n i e sztuczną odmę piersiową. Nasze doświadczenie umacnia nas w tem coraz bardziej (w przyszłości zamierzamy ogłosić dokładne dane statystyczne; narazie wyniki nasze możemy określić sumarycznie, jako bardzo dobre).

Argument przeciwników stosowania w tym wczesnym okresie suchot płucnych sztucznej odmy, polegający na wyczekiwaniu, czy czasem sprawa nie nabierze charakteru włóknistego, musimy na podstawie naszego doświadczenia odrzucić z całą stanowczością. Mamy bowiem możność zbyt częstego spostrzegania, jak zdradliwe są zarówno w stosunku do chorego, jak i do lekarza, właściwe suchoty płucne. Jak często widujemy chorych, którzy z własnej winy, czy z winy lekarzy nieświadomych rzeczy, nie stosowali na czasie odmy, proszących się o ten zabieg wówczas, kiedy już sprawa stała się dwustronną i skuteczna pomoc zapóźną. Coprawda, bywa, że w pewnym odsetku przypadków sprawa istotnie likwiduje się, i to raz nazawsze, bez stosowania sztucznej odmy. Ale w olbrzymiej większości przypadków chorzy tacy, nieraz wcześniej, nieraz później, czasami dopiero po latach, giną. Albo w najlepszym wypadku powiększają armję inwalidów, pozbawionych możności samodzielnego utrzymywania się, męczących się latami, a co najważniejsze — zakażających otoczenie miljardami wypluwanych prątków. Wczesne natomiast stosowanie, we wcześnie rozpoznanym przypadku właściwych suchot płucnych, sztucznej odmy piersiowej jest w dużej większości przypadków sposobem radykalnego, całkowitego wyleczenia z tej choroby.

I my widujemy przypadki, w których, mimo odmy, chory ginie; i my widujemy i znamy powikłania występujące na skutek stosowania sztucznej odmy piersiowej, z ropnym wysiękiem włącznie, ale jeżeli porównamy to wszystko z tem, co się widuje w następstwie niewczesnego stosowania odmy, to nie można nie stać się gorącym zwolennikiem tej metody leczniczej. Ale — jeszcze raz podkreślamy — pod warunkiem w c z e s n e g o jej zastosowania we w c z e ś n i e rozpoznanym przypadku.

Owszem, przyznajemy, że, gdybyśmy

byli w stanie, w okresie wczesnego nacieku, powiedzieć, w którym przypadku choroba nabierze charakteru włóknistego, a w którym nie, — również wypowiedzielibyśmy się za metodą wyczekującą. Ale wobec tego, że narazie takiej ścisłej metody naukowej nie posiadamy (opieranie się na samym odczynie Biernackiego, jak to czyni wielu lekarzy, uważamy na podstawie naszego doświadczenia za niesłuszne), a z drugiej strony, wiedząc, że w większości przypadków wyczekiwanie jest równoznaczne z utratą możliwości skutecznej interwencji (bądź z powodu przerzutów do drugiego płuca, bądź z powodu zrostów), wolimy we wszystkich rozpoznanych przypadkach nacieku wczesnego stosować odmę, nie licząc się z tem, że pewien odsetek możliwie wyzdrowiałby i bez naszej interwencji. Wystarczy przejrzeć tylko statystyki wielkich sanatorjów, jak nprz. Bligny, skąd nprz. *Guinaud* komunikuje, że po szeregu lat tylko 17% chorych prątkujących pozostało przy życiu (a statystyka ta odnosi się do olbrzymiego materjału, składającego się z dziesiątków tysięcy chorych), albo statystykę Warszawskiej przychodni przeciwgruźliczej, gdzie, jak wynika z pracy *Glassa*, z 785 prątkujących po 8-½ roku tylko 120 osób czyli ok. 15% cieszyło się dobrym stanem zdrowia, podczas, gdy reszta albo zmarła, albo skazana była na wymarcie, — wystarczy to, aby być stanowczym przeciwnikiem biernego zachowania się w tym okresie gruźlicy, kiedy jest możliwa jeszcze czynna interwencja z największym prawdopobieństwem dobrego wyniku.

Ze spokojnym sumieniem można wypowiedzieć zdanie, że jeżeli ktoś zginął z gruźlicy płuc mimo na czasie zastosowanej odmy, to i bez odmy napewnoby zginął. Ale twierdzenie tego naodwrót byłoby wprost nonsensem.

Takie traktowanie właściwych suchot płucnych przez szeroki ogół lekarski miałoby, naszem zdaniem, również olbrzymie znaczenie społeczne. Ze wszystkiego bowiem wyżej powiedzianego wynika, że chorobę tę można racjonalnie zwalczać nie za pomocą rozbudowy jak największej ilości sanatorjów zapobiegawczych, lecz przez świadomy stosunek do niej lekarzy praktyków. W każdym podejrzanym przypadku powinny być jaknajwcześniej zastosowane badanie rentgenowskie oraz badanie plwociny i, w razie dodatniego wyniku, — natychmiast odma sztuczna. W sensie społecznym największą przysługę pod tym względem może okazać rozbudowa jaknajwiększej ilości przychodni przeciwgruźliczych. Ale i to nie rozwiąże sprawy, o ile dokładna znajomość dyskretnego powstania i podstępnego przebiegu właściwych suchot płucnych, nowoczesnych metod ich wczesnego rozpoznania, a ewent. i leczenia nie staną się dobytkiem szerokiego ogółu lekarskiego. Od lekarzy bowiem w pierwszym rzędzie zależy racjonalnie społeczne zwalczanie tej klęski, jaką jest gruźlica płuc.

Przypadki wczesnego nacieku widujemy coraz częściej i w coraz większej ilości, a to głównie dzięki stosowaniu zasady że w każdym „podejrzanym“ co do początkujących suchot płucnych przypadku stosujemy badanie rentgenowskie. Nie tu jest miejsce na przytoczenie licznych ciekawych przypadków z tej grupy chorobowej, ograniczamy się tylko do opisu kilku najbardziej charakterystycznych.

Przypadek I. Chory S. Z., lat 21. Uważa się za chorego od 7 tygodni, kiedy zapadł na grypę. Gorączkował do 39 przez kilka dni, później ciepłota ciała zaczęła opadać, ale ciągle trzymała się jeszcze w granicach stanu podgorączkowego. Podczas „grypy“ kaszel miał być nieduży, z niedużą ilością plwociny; pacjent przytem bardzo się pocił, szczególnie w nocy. Lekarz, mimo kilkakrotnego badania, w płucach nic nie stwierdził. Przed 10 dniami wystąpiło nieznaczne krwioplucie. Zawezwany lekarz stwierdził nieżyt lewego szczytu i zalecił natychmiastowy wyjazd chorego do Otwocka.

Obecnie chory uskarża się na nieduży kaszel, (odpluwa bardzo mało), brak łaknienia i silne poty nocne. Wywiady rodzinne bez znaczenia. Z wyjątkiem odry w dzieciństwie miał nie chorować. Badanie objektywne wykazuje: budowa doskonała, odżywianie niezłe, na policzkach wypieki, język czysty, tętno przyśpieszone — 120 na minutę, nieco miękkie; tętnica promieniowa miękka. Badanie płuc wykazuje: klatka piersiowa dobrze wysklepiona, nieznaczne zwężenie lewego pola Kroeniga, z tyłu nad lewym szczytem stłumienie do połowy łopatki, z przodu do drugiego żebra. Wysłuchowo poza nieco zaostrzonym wdechem i wydłużonym wydechem w lewej „zone d'alarme“ — nic nieprawidłowego nie stwierdza się; ani po kaszlu, ani po dłuższem leżeniu żadnych rzężeń nie wysłuchuje się. W przeciwstawieniu do tak nikłych danych badania fizykalnego, Rentgen wykazuje olbrzymie o kształcie wachlarzowatym nacieczenie w lewej okolicy podobojczykowej; dokonane zdjęcie wykazuje wśród nacieczenia tego rozjaśnienie o niewyraźnych jeszcze konturach, świadczące o poczynającym się już rozpadzie. Badanie plwociny stwierdza obecność prątków od

10 — 20 w polu widzenia. — OB — 55'. Narządy brzuszne, układ nerwowy — s. n., mocz s. n.

Zastosowana natychmiast odma dała doskonały wynik. W ciągu 5 miesięcy choremu przybyło na wadze 20 kl, chory nie kaszle, nie pluje, nie gorączkuje, nie poci się, zdolny do swej pracy zawodowej — biurowej. Choremu co 3 tygodnie dopełnia się odmę.

Z przypadku tego możemy wnioskować, jak nikłe wyniki w początkujących suchotach płucnych może dać badanie fizykalne i jak dużą rolę odgrywa badanie rentgenowskie oraz plwocin. W razie, gdybyśmy ten przypadek na czasie nie rozpoznali i nie zastosowali odpowiedniego leczenia, dalszy jego przebieg wyobrażamy sobie w ten sposób, że poczynający się rozpad doprowadziłby prawdopodobnie do powstania jamy, która albo dałaby fizykalne objawy takowej, albo też, jako „cavum muette“ posłużyłoby za punkt wyjścia do infekowania dalszych części płuc. I wówczas dopiero, kiedy objawy fizykalne wystąpiłyby już bardzo dobitnie, lekarz nieświadomy rzeczy, uważający moment wystąpienia objawów wysłuchowych za równoznaczny z momentem początkowym choroby, byłby dopiero w stanie postawić rozpoznanie, niestety, dla chorego już spóźnione. Nasz sposób postępowania natomiast daje nam możność racjonalnej interwencji na czasie.

Przypadek II. Chora R. G., lat 32, artystka malarka. Zgłasza się w marcu 1928 r. Z rodziny zdrowej, poza chorobami zwykłemi w dzieciństwie miała dotychczas nie chorować. Przed 1-½ rokiem zapadła na grypę, po której się szybko i dobrze poprawiła. Pozostał tylko nieznaczny suchy kaszel i stany podgorączkowe. Udała się wobec tego do lekarza, który stwierdził wówczas, że płuca są w zupełnym porządku; podejrzewając jednak „sprawę gruczołową“, wysłał pacjentkę do Otwocka. Chora tu się doskonale poprawia. Nagle, wśród dobrego samopoczucia, i przybywania na wadze, chora „zaziębia się“. Zapada na gorączkę do 39,4, ogólne łamanie, silny ból głowy i nieznaczny suchy kaszel. Badanie objektywne poza lekkiem przytłumieniem z tyłu nad dolną granicą lewego płuca i ograniczoną ruchomością tegoż płuca nic nieprawidłowego (oddech i nad przytłumieniem — pęcherzykowy, może nieco osłabiony) nie wykazuje. Uderza tylko czysty język, sinawe wypieki, skłonność do pocenia się, duszność przy mówieniu i b. przyśpieszone tętno, — czyli objawy czysto toksyczne. Mocz s. n.. Po kilku dniach ciepłota wraca do poziomu podgorączkowego, chorej polepsza się łaknienie i w krótkim czasie osiąga ona dobrą poprawę. Podejrzana w kierunku płucnym zostaje wysłaną do Warszawy celem dokononia zdjęcia rentgenowskiego. Wraca z orzeczeniem jednego z najbardziej znanych rentgenologów warszawskich, że prześwietlenie klatki piersiowej nic nieprawidłowego poza wzmożonem cieniem wnęk i kilku zwapniałych gruczołów — nie wykazuje. I istotnie widać to wyraźnie na zdjęciu, gdzie szczególnie uwydatniona jest lewa wnęka. Chora nadal miewa stany podgorączkowe, — mimo przestrogi i porady pozostania w Otwocku celem dalszej obserwacji, wyjeżdża do Warszawy, gdzie jeden z wybitnych lekarzy-specjalistów orzeka, że pacjentka nic wspólnego nie ma z gruźlicą i może mimo stanów podgorączkowych powrócić do normalnej pracy.

Mija jednak nie więcej jak 10 tygodni i chora znowu zapada na „grypę“, po której znowu pozostają: osłabienie, utrata łaknienia, schudnięcie i stany podgorączkowe. W tym stanie pacjentka wraca do Otwocka. Badanie objektywne: poza dawniej skonstatowanem przytłumieniem nad dolną granicą lewego płuca i ograniczoną ruchomością tegoż płuca, wykazuje, obok osłabionego nieco oddechu, występujące od czasu do czasu zwłaszcza po kaszlu drobniutkie rzężenia o charakterze rzężeń serowatych (Käserasseln). Rzężenia te wysłuchują się w okolicy przykręgosłupowej na wysokości mniej więcej 7 kręgu piersiowego. Z trudnością wydobyta znikoma ilość plwociny wykazuje obecność 10 — 20 laseczników w p. w.. Prześwietlenie i zdjęcie (wykonane w Briusie przez kol. Glozmana) znowu poza wzmożonem cieniem wnęk wykazuje pola płucne ze szczytami włącznie powietrzne.

Kierując się jednak całym dotychczasowym przebiegiem i poprzedniemi obserwacjami tak bardzo podejrzanemi w kierunku początkujących właściwych suchot płucnych (Phtisis fibro-caseosa), a mając teraz jeszcze stwierdzoną obecność laseczników w plwocinie, jak również rzężenie serowate w okolicy wnękowej lewej, przy wzmożonem rentgenologicznie lewym cieniu wnękowym (przy powietrznych polach płucnych), wysnuliśmy wniosek, że siedlisko chorobowe, (które niewątpliwie musiało być usadowione wmiąższu płucnym) najprawdopodobniej mieści się w okolicy przywnękowej i to prawdopodobnie w ten sposób, że cień tego ogniska płucnego przy kierunku promieni tylno - przednim wzgl. przednio - tylnym sumuje się z cieniem wnęki. I dlatego jest na zdjęciach wykonanych właśnie przy tym kierunku promieni, niewidoczne. Udaliśmy się więc osobiście do Briusu i wspólnie z kol. Glozmanem przy odchyleniu pacjentki nieco lewym ramieniem ku przodowi t. zn. w wymiarze skośnym II stwierdziliśmy w miąższu płucnym tuż przy wnęce, wśród nacieczonej, jamę wielkości małej mandarynki. W tej też pozycji wykonano zdjęcie, które w zupełności potwierdziło obecność jamy. Chorej zastosowałem odmę piersiową, która mimo częściowych zrostów od tyłu dała wspaniały efekt kliniczny. Chora po 5 miesiącach stosowania odmy straciła już laseczniki, przestała kaszlać, pluć, gorączkować, pocić się i była zdolną do 8 godzinnej pracy (malowania). Po 2-½ roku zaprzestaliśmy chorej stosować odmę. Chorą uważamy za zupełnie wyleczoną i zdrową. Od czasu do czasu zjawia się tylko w celach kontrolnych.

Przypadek ten jest niezmiernie ciekawy przedewszystkiem z tego względu, że przebieg jego nietypowemi atakami „grypowemi“ z przewagą objawów ogólnych toksycznych nad objawami lokalnemi w płucach, nasunęły podejrzenie w kierunku początkujących właściwych suchot płucnych; że przeprowadzono badanie nawet znikomej ilości z trudem wydobytej plwociny, jak również dokładne badanie kliniczne (stwierdzenie subtelnych rzężeń serowatych) jeszcze bardziej utwierdziło w tem przypuszczeniu, i że odpowiednie ustawienie chorej przed ekranem rentgenowskim dało dopiero możność wykrycia rozpadłego już ogniska chorobowego i że wreszcie dzięki te-

mu wszystkiemu można było zastosować prawidłową metodę leczniczą (odmę piersiową), która chorą uratowała. Wkażdym razie znamiennym jest fakt, że od owego czasu chora na „grypę“ więcej nie zapadała, przestała pluć i może być uważaną za osobę zdrową. Z punktu zaś widzenia pato-morfologicznego przypadek ten może posłużyć za typowy przykład niepodobojczykowego umiejscowienia się nacieku wczesnego.

Przypadek III. Chory B. F., lat 18, maturzysta. Z rodziny pochodzi zdrowej, z chorób przechodził tylko w dzieciństwie odrę. Przed czterema tygodniami zachorował na wysoką ciepłotę ciała bez jakichkolwiekbądź specjalnych dolegliwości. Odczuwał tylko nieznaczny ból przy połykaniu. Zawezwany lekarz skonstantował anginę. Mija jednak tydzień, drugi — gorączka pozostaje na wysokim poziomie. Mocz nic nieprawidłowego nie wykazuje. Chory ma zupełny brak łaknienia, chudnie, poci się. Zawezwany prof. Z. stwierdza suche zapalenie opłucnej z lewej strony i tem tłomaczy obecność wysokiej ciepłoty ciała. Mija jednak jeszcze tydzień — ciepłota ciała nie opada, chory nie poprawia się. Zostaje wezwany dr. L., który stwierdza u chorego zapalenie opłucnej z prawej strony, jak również „nieco osłabiony“ prawy szczyt. W tym też czasie ciepłota ciała zaczyna się obniżać i w tym stanie chory zostaje przez dr. L. wysłany do Otwocka.

Przy badaniu stwierdza się: budowa prawidłowa, odżywianie nieco upośledzone, skóra i widoczne błony śluzowe — blade. Tętno 100', miękkie, nieźle wypełnione. Chory uskarża się tylko na podwyższoną ciepłotę ciała, która wieczorami sięga 37,5 — 37,6, jak również na brak łaknienia. Przez cały czas choroby chory zupełnie nie kaszle i nic nie odpluwa. Badania płuc wykazuje: dolna granica prawego płuca nieco upośledzona w ruchach; prawe pole Kroeniga zwężone; nad prawym płucem z tyłu stłumienie do kąta łopatki, z przodu do 3-go żebra; drżenie głosowe nieco wzmożone. Wysłuchowo: nad prawym płucem w „zone d'alarme“ wdech zaostrzony, wydech wydłużony, żadnych szmerów dodatkowych; od przodu, pod obojczykiem, oddech pęcherzykowo-oskrzelowy z minimalną ilością subtelnych, występujących po kaszlu podtrzeszczeń. Płuco lewe bez zmian. Serce, narządy brzuszne, układ nerwowy — s. n. Zdjęcie rentgenowskie (kol. Glozman, Brius) wykazuje: pod prawym obojczykiem duży, jednolity, wachlarzowaty cień, wyraźnie odcinający się linją poziomą od dolnego jasnego pola płucnego na wysokości 4 żebra; w jednem miejscu tego jednolitego cienia już widoczne małe przejaśnienie zależne, prawdopodobnie, od poczynającego się rozpadu.

Czyli, że i w tym przypadku, który na początku uchodził za anginę, później zaś przyczyną gorączki miało być suche zapalenie opłucnej to z jednej strony, istotnym substratem pato-morfologicznym sprawy chorobowej był wczesny naciek podobojczykowy, i to znowu nie typowy, Assmann'owski, (t. zn. o charakterze okręgowego odśrodkowo położonego ogniska podobojczykowego), a o charakterze rozległego nacieku podobojczykowego sięgającego i kończącego się na pograniczu płatów. („marginale Infiltrate“ Fleischner'a). Bardzo ciekawe jest przytem to, że przez cały czas choroby, mimo tak rozległych zmian w płucach, chory nie kaszlał i nie pluł.

Jest rzeczą oczywistą, że dawniej, kiedy z przyrządu Rentgena nie korzystano jeszcze w tak szerokiej mierze, przypadek taki nie byłby prawidłowo rozpoznany. Najlepszym dowodem tego może posłużyć fakt nieprawidłowego rozpoznania przypadku przez dwóch wybitnych klinicystów warszawskich, póki zastosowanie przez nas w Otwocku badania rentgenowskiego nie naprowadziło na prawidłowe rozpoznanie.

I, gdyby u tego chorego w przyszłości miało dojść do szerzenia się sprawy chorobowej w płucach i do powstania łatwo już wówczas za pomocą fizykalnego badania stwierdzalnych wyraźnych suchot płucnych, to podczas, gdy dawniej za początek tej choroby uważanoby ten właśnie moment wyraźnie stwierdzalnych objawów fizykalnych, dziś już za początek właściwych suchot płucnych będziemy uważać chwilę stwierdzenia przez badanie rentgenowskie nacieku wczesnego.

Ze względu na szczupłość miejsca, nie możemy tu przytoczyć nawet najbardziej charakterystycznych przypadków początkujących właściwych suchot płucnych, imitujących najrozmaitsze schorzenia. Uchodzą one na początku nietylko, jako angina— jak w dopiero co opisanym przypadku — ale i za zapalenie płuc (widywaliśmy niejednokrotnie przypadki, w których na początku lekarze zalecali stawianie ciętych baniek), i dur brzuszny (nierzadko widuje się ludzi z naciekiem wczesnym, którzy za pomocą ścisłej djety byli leczeni na dur brzuszny wzgl. u których krew była zbadana na odczyn Widal'a). Zresztą niedawno opisał *Keilson* z oddziału Sterlinga w Łodzi, trzy przypadki nacieku wczesnego, które również były traktowane jako dur brzuszny *). Nie wynika jednak bynajmniej z tego, abyśmy mogli stwierdzić, że jedynym sposobem wykrywania nacieków wczesnych jest badanie rentgenowskie, a badanie fizykalne roli nie odgrywa. Wręcz przeciwnie, na pierwszy plan powinno być wysunięte badanie kliniczne. Widzieliśmy wszak, że już same dokładne spostrzeżenie chorego (stwierdzenie charakterystycznych objawów toksycznych, jak: wypieki, czysty język przy wysokiej ciepłocie ciała, obfite poty i t. p.), kieruje naszą myśl w stronę początkujących suchot płucnych. Liczne są też przypadki, w których już badanie fizykalne daje możność stwierdzenia podtrzeszczeń

*) Charakterystycznem jest, że we wszystkich 3-ch przypadkach, w których odma nie była stosowana, wcześniej czy później wystąpiły zdeklarowane obustronne suchoty płucne.

w charakterystycznych punktach Fowler'a. Ale decydującym dla stwierdzenia nacieku wczesnego jest badanie rentgenowskie.

V.

Niestety, jak dotąd, właściwe suchoty płucne stosunkowo rzadko jeszcze bywają należycie rozpoznawane w tym wczesnym swym okresie, najbardziej obiecującym pod względem leczniczym. Najczęściej pierwszy atak chorobowy nie jest odpowiednio rozpoznawany, przyjmowany jest za grypę lub inne schorzenie, tembardziej, że w okresie rekonwalescencji chory nader szybko się poprawia: wraca łaknienie, ginie gorączka i poty nocne, szybko przybywa na wadze, wraca normalna zdrowa cera, a nieraz wprost kwitnący wygląd. I nic dziwnego w tem, że chory b. często zaczyna uważać siebie za zupełnie zdrowego; ale co jest bardzo smutne, ten pozornie świetny stan często wprowadza w błąd nawet i lekarzy. Często bowiem lekarze starym zwyczajem zadawalniają się przybytkiem na wadze, zniknięciem gorączki i potów nocnych i t. p., zapominając, że dla właściwych suchot płucnych najbardziej charakterystycznym jest właśnie ten okresowy, z poszczególnych ataków składających sie, przebieg z jego szybkim, pozornym powrotem do zdrowia. A pozornym on jest dlatego, że po pewnym czasie (nieraz krótkim, innym razem później, nieraz dopiero po latach) znowu znienacka, nagle wśród pełnego zdrowia i dobrego samopoczucia, często bez widocznej zewnętrznej przyczyny (jakże często widuje się to w Otwocku wśród doskonałych warunków klimatycznych u pacjentów, którzy w pierwszym okresie kuracji osiągnęli doskonałą, ale, niestety, pozorną poprawę), chory taki znowu niby „się zaziębia“, znowu niby zapada na „grypę“. Znowu na pierwszy plan wysuwa się ciężki ogólny stan z wybitnemi dolegliwościami podmiotowemi, w zupełności imitujące schorzenie „zaziębieniowe“. Dokładne badanie fizykalne wykryje w płucach nowe swoiste ognisko o charakterze i przebiegu zupełnie analogicznym do opisanego wyżej przy pierwszym ataku chorobowym. Nowe to ognisko, występujące w wyniku drugiego rzutu, nawału, („Schub“), umiejscawia się najczęściej w szczycie dolnego płata tej samej strony t. zn. wysłuchuje się ono nawewnątrz od łopatki na wysokości 3—4 kręgu piersiowego. Ognisko to podlega wszystkim przemianom, jakie wyżej opisaliśmy przy powstawaniu pierwszego ataku chorobowego: znowu w typowych przypadkach na początku wysłuchują się podtrzeszczenia, później na ich miejsce zjawiają się rzężenia serowate, później jeszcze — rzężenia przelewające się, wreszcie już po wydaleniu rozpadłych mas będziemy mieli przed sobą oddech i objawy auskultacyjne charakterystyczne dla jamy lub też blizny. Równolegle z temi przemianami pato - morfologicznemi, klinicznie stwierdzają się odpowiednie zmiany w przebiegu ciepłoty ciała, która z ciepłoty o typie stałym, poprzez ciepłotę o typie remitującym, — w okresie oczyszczania się jamy wzgl. bliznowacenia nabiera charakteru stanu podgorączkowego. Jednocześnie występuje z zadziwiającą szybkością poprawa zewnętrzna, ogólna i podmiotowa, w wyniku której chory znowu wraca do pozornego zdrowia. Badanie fizykalne w tym okresie, w przeważającej części przypadków, umożliwia już prawidłowe rozpoznanie; dokładne zaś badanie nieraz minimalnej ilości plwociny wykaże już obecność laseczników Kocha. Ale narazie przed III-im „rzutem“, póki sprawa, jak to niebawem zobaczymy, nie przeszła jeszcze na drugie płuco, chorego, za *Neumannem*, zaliczamy do grupy Phtisis fibr. - cas. - *incipiens*. Nie jest przytem wykluczone, że sprawa chorobowa na tem stanie; będziemy wówczas mieli Phtisis fibr. - cas. - incipiens — *secundario-fibrosa*. Ale zdarza się to w znikomej mniejszości przypadków. Najczęściej bowiem sprawa chorobowa posiada tendencję do posuwania się dalszemi poszczególnemi atakami.

Trzeci nawał umiejscawia się już nie w tym samem płucu, a często już po stronie przeciwnej, a mianowicie w szczycie dolnego płata płuca dotąd zdrowego. Po ukończeniu ataku tego mamy już, w przeważającej części przypadków przed sobą zdeklarowany typ z grupy właściwych suchot płucnych, o którego cechach już wzmiankowaliśmy ogólnikowo poprzednio. Mianowicie, mamy przed sobą chorego o podkreślonej wyżej sprzeczności pomiędzy wyglądem zewnętrznym, a poważnemi zmianami w płucach. Przy badaniu płuc zwraca uwagę jednoczesna obecność obok siebie najrozmaitszych objawów przysłuchowych: słyszy się obok oddechu oskrzelowego, bez lub z odcieniem dzbanowym, oddech pęcherzy-

kowo-oskrzelowy i pęcherzykowy; obok rzężeń dźwięcznych — najrozmaitszego kalibru rzężenia zwykłe, wilgotne,—czyli t. zw. „Nebeneinander“ zjawisk auskultacyjnych *Neumanna*. Od III-ego „rzutu“ też chorobę uważamy już za Phtisis fibr.-cas. - *confirmata*. Ale i w tym jeszcze okresie jest możliwe uspokojenie się sprawy chorobowej i zaprzestanie dalszego postępowania. Będziemy wówczas mieli Phtisis.-fibr.-cas. confirmata *secundario fibrosa*.

Najczęściej jednak choroba posuwa się nadal skokami aż doprowadza chorego do ostatecznego kresu, kiedy ten rażący dysproporcją objawów chory marnieje i mamy przed sobą już t. zw. *Phtisis desperata*.

Już teraz ten charakter napadowy, okresowy, powstawania nowych ognisk zatraca się, gorączka staje się uporczywą, często o charakterze hektycznym, na pierwszy plan wysuwa się ogólne wyniszczenie (Kachexia), często też w tym okresie dominują powikłania ze strony krtani i jelit.

Ale nawet i w tym ostatnim już tak daleko posuniętym okresie choroby może jeszcze nastąpić remisja na miesiące, a nieraz nawet na lata. Będziemy wówczas mieli Phtis. fibr.-cas.-desperata *sec. fibrosa*.

Z chwilą jednak, kiedy u takich chorych występują obrzęki na nogach można z dużym prawdopodobieństwem przepowiedzieć, że dłużej ponad miesiąc chory żyć nie będzie. Kiedy zaś chory taki w tak daleko już posuniętym okresie zaczyna nagle dobrze jeść, wykazuje bardzo dobre samopoczucie, ciepłota ciała spada, wówczas. według *Marfana*, można z dużym prawdopodobieństwem przepowiedzieć zgon w ciągu tygodnia.

Tak kończą się w olbrzymiej większości przypadków właściwe suchoty płucne już po 2-5-7 latach. W wyjątkowych tylko razach już po jednym wzgl. kilku atakach następuje nieraz chwilowy, trwający krótko, a nieraz przeciągający się na całe lata, spokój; albo też w wyjątkowych razach może nastąpić wyzdrowienie zupełne. Ale, jak już zaznaczyliśmy, większość chorych ginie już po kilku latach, według *Neumanna*, maximum 7 lat. Nakłada to na lekarzy wielki obowiązek i odpowiedzialność w sensie jaknajwcześniejszego rozpoznania początkujących właściwych suchot oraz jaknajwcześniejszego ich racjonalnego leczenia za pomocą odmy piersiowej. Warto przypomnieć tu myśl wypowiedzianą przez *Rist'a* na Zjeździe przeciwgruźliczym w Waszyngtonie w 1926 r., że „większość przypadków gruźlicy, które kończą się śmiertelnie, była przynajmniej przejściowo w takim okresie, że nadawały się do leczenia odmą“. Od siebie możemy dodać, że ten „przejściowy okres“ trwa, niestety, zbyt krótko; i tem większa ciąży na lekarzu odpowiedzialność, jeżeli ten szybko mijający okres choroby nie wykorzysta racjonalnie w sensie rozpoznawczo-leczniczym.

Przypomniemy też zdanie *S. Sterlinga* wypowiedziane na Zjeździe Tow. Int. Polsk. w Wilnie w 1929 r. o odmie, że jest to „jedyna metoda w lecznictwie suchot rozwiniętych, która nie zawiodła pokładanych nadziei“.

Warto też przytoczyć statystykę *Rist'a*, obejmującą przeszło 1000 pacjentów w okresie 1912—1926, leczonych za pomocą odmy, z której wynika, że 25% było wyników pomyślnych t. zn. zupełnie zdrowych, albo zdolnych do pracy, nieprątkujących; podczas gdy w przypadkach, gdzie były zrosty lub gdzie chorzy odmówili stosowania tego zabiegu, niema ani jednego w stanie poprawy; zmarłych zaś lub niezdolnych do pracy z tej kategorji było 91%. Charakterystycznem jest, że Rist wypowiada przytem przypuszczenie, że wyniki byłyby znacznie lepsze, gdyby zabieg był stosowany wcześniej. Czyli że i z tej strony mamy potwierdzenie naszej zasadniczej tezy.

Zresztą, dodatnie wyniki, jakie otrzymuje sie we właściwych suchotach płucnych przez stosowanie sztucznej odmy piersiowej mają poniekąd swe wytłómaczenie w pewnych patogenetycznych właściwościach tego schorzenia. Chodzi bowiem o to, że właściwe suchoty płucne należą do t. zw. „isolierte Phtise“ Ranke'go, będąc par excellence chorobą narządową — płuc. Badania anatomo-patologiczne*, zwłaszcza szkoła Aschoff'a) oraz dane rentgenologiczne *(Haudek, Fleischner* i in.) przemawiają za tem, że w tej postaci chorobowej nowe ogniska powstają w płucach nie na skutek dostania się do nowego miejsca zarazka drogą krwi lub chłonki, a drogą aspiracji, drogą oskrzeli (bronchogen). Przez stosowanie więc w tej postaci chorobowej sztucznej odmy piersiowej ma się możność zamknięcia za pomocą ucisku tych miejsc chorobowych (głównie jam), które służą za punkt wyjścia do infekowania drogą śródoskrzelową dalszych okolic płuc. Dlatego też właściwe suchoty płucne są tą postacią gruźlicy płuc, w której stosowanie odmy piersiowej jest jedyną najskuteczniejszą bronią. Im wcześniej sprawa chorobowa będzie rozpoznana, im wcześniej zabieg ten będzie stosowany, tem lepsze będą wyniki. Wszelkie przesądy, wszelki konserwatyzm musi być pod tym względem odrzucony.

*) Niestety, brak miejsca nie pozwala nam na przytoczenie tu szczegółowych danych.

* * *

W końcu tego rozdziału chcielibyśmy tylko pokrótce wzamiankować o dwóch typach chorobowych z grupy właściwych suchot płucnych, których względnie dobrotliwy charakter powinien być znany i lekarzowi-praktykowi.

1. Tuberculosis (Phtisis) cavitaria stationaris.

Krótka charakterystyka tego typu będzie następująca: stan ogólny i wygląd zewnętrzny doskonały, często cechy „beautê phtisique“. Dolegliwości minimalne, albo prawie żadne. Kaszel prawie żaden, albo tak nieznaczny, że chory na niego prawie nie zwraca uwagi (przyzwyczaja się). Względnie często zapada na nieżyty oskrzeli. Badanie przedmiotowe u tych chorych w jednych wypadkach stwierdzi fizykalne objawy przemawiające za obecnością jamy, w innych zaś przypadkach istnienie jamy może być wykazane tylko rentgenologicznie, badanie fizykalne natomiast stwierdzi tylko obecność rozległej blizny. Ciekawem jest, że najczęściej stwierdza się to w płucu lewem. Chory taki, wobec braku dolegliwości uważa siebie za zdrowego i niejednokrotnie o chorobie swojej dowiaduje się przypadkowo od lekarza wzywanego z okazji jakiegoś przypadkowego nieżytu oskrzeli lub krwioplucia. Plwocina w tych przypadkach, aczkolwiek odpluwana nieraz w minimalnych tylko ilościach, niejednokrotnie zawiera laseczniki Kocha, ale może też ich i nie zawierać. Rokowanie w tych przypadkach jest b. dobre. Chorzy tacy przez długie lata czują się b. dobrze. Jeżeli im coś grozi, to, raczej krwotok, albo wtórna infekcja (do której są skłonni) nprz. nieżyty oskrzeli, aniżeli zwykły. posuwający się pojedyńczemi atakami przebieg właściwych suchot płucnych. Dlaczego w tym przypadku, w którym nawet doszło do rozpadu, i wytworzenia się jamy, ustrój nagle i ostatecznie zareagował wytwórczo, nie dopuszczając do dalszego rozwoju sprawy chorobowej w płucach, narazie odpowiedzieć nie możemy.

2. Phtisis fibr.-cas. corticalis.

Pokrótce typ ten można scharakteryzować w sposób następujący: wygląd zewnętrzny oraz stan ogólny — dobry, a często nawet doskonały (t. zw. „fette Phtisen“— autorów niemieckich, u nas niedawno opisywał je Rudzki, jako „gruźlicę otyłych“). W przeciwieństwie do tego, wybitnie zaznaczone patologiczne objawy fizykalne. Mianowicie na dużej przestrzeni jednego płuca — najczęściej jest sprawa jednostronna, przeważnie po stronie lewej — obok stłumienia występują na dużej przestrzeni jednolite, wyraźne, dźwięczne rzężenia; a co ciekawsze, oddech jest przytem pęcherzykowy. Ten charakter rzężeń można wytłómaczyć tem, że ta postać suchot płucnych zawsze idzie w parze z wybitnie zaznaczonemi zmianami opłucnowemi; często też powstaje ona u fizyków, skłonnych do odczynu ze strony opłucnej w postaci suchego wzgl. wysiękowego jej zapalenia. W tej sprawie chorobowej zmiany w miąższu płucnym nie sięgają głęboko, a usadowione są płytko pod opłucną i dlatego też rzężenia występują tak wyraźnie, dźwięcznie przy mało zmienionym oddechu. Przebieg tej postaci suchot płucnych jest dobrotliwy i, w każdym razie, o wiele łagodniejszy, aniżeli zwykłych suchot płucnych. Czy na dobrotliwszy przebieg tej postaci chorobowej ma wpływ to, że ognisko chorobowe, będąc usadowione blisko opłucnej, wcześnie wciąga ją w grę z jej olbrzymiemi drogami chłonnemi, odgrywającemi dużą rolę uodparniającą, czy też ma tu znaczenie rodzaj zarazka, który będąc mniej jadowitym wykazuje przytem skłonność do wciągania w grę opłucnej, narazie jest nam nieznane.

Te dwie, względnie dobrotliwsze odmiany właściwych suchot płucnych przytoczyliśmy dlatego, że mogą ono łatwo lekarza, nieświadomego rzeczy, wprowadzić w błąd. Mimo bowiem napozór b. daleko posuniętych zmian w płucach, lekarz nie powinien — wbrew temu, co się nierzadko widuje ze strony niektórych lekarzy — chorego takiego uważać za skaza-

nego już w najbliższej przyszłości. Chorzy tacy mogą żyć długiemi, a nieraz nawet b. długiemi latami. Mamy nprz. w obserwacji pacjentkę cierpiącą na Phtis.-f.-cas. corticalis od 32 l., a której stan jest, mimo wielu przejść przez ten czas (krwotoków i t. p.) wcale dobry.

Nie chcąc się powtarzać, powiemy tylko krótko, że odsetek przypadków o dopiero co opisanym względnie dobrotliwym przebiegu w stosunku do olbrzymiej ilości ginących na skutek nieracjonalnego, spóźnionego rozpoznawania i leczenia właściwych suchot płucnych, jest tak nikły, że za jedynie słuszne musimy uważać: wczesne stosowanie odmy piersiowej we wcześnie rozpoznanym przypadku właściwych suchot płucnych.

Grupa gruźlicy krwiopochodnej (haematogennej).

W przeciwieństwie do typów klinicznych z grupy właściwych suchot płucnych, chorzy z tej — drugiej naszej olbrzymiej grupy chorobowej — cechują się klinicznie przewagą dolegliwości podmiotowych i upośledzeniem stanu ogólnego przy znośnym anatomicznym stanie płuc.

Zanim przystąpimy do omówienia tej grupy chorobowej, musimy choćby kilka słów poświęcić jej patogenezie. Już z prac doświadczalnych *Ortha, Rabinowitscha, Schlossmanna, Engla, Besançona, Jousseta, Lesiera, Bongert'a* i in. oraz z nauki *Ranke'go* wiemy, jak olbrzymią rolę odgrywa, w powstawaniu nowych ognisk w gruźlicy płuc, droga krwiopochodna (haematogenna). Z obserwacji klinicznej wiemy, że gruźlica płuc przy jednoczesnych schorzeniach chirurgicznych (które — rzecz jasna — mogły zostać wywołane tylko przez laseczniki przyniesione drogą krwiobiegu), prawie zawsze ma przebieg łagodny. Są jednak i takie postacie kliniczne gruźlicy płuc, przy których w płucach dają się stwierdzić takie same krwiopochodne ogniska, jakie się spotyka w płucach u chorych z t. zw. gruźlicą chirurgiczną, ale bez jednoczesnej gruźlicy chirurgicznej. Takich właśnie chorych uważamy za należnych do grupy krwiopochodnej haematogennej.

Na czele tej grupy chorobowej musimy postawić typ T u b e r c u l o s i s f i b r o s a d e n s a *(Bard-Pièry-Neumann).*

Należą tu chorzy przeważnie asteniczni, wątli, o długiej wąskiej klatce piersiowej i odstających łopatkach; bladzi, o zapadniętych policzkach i uduchowionych oczach. Są to przeważnie chorzy bardzo pobudliwi, podnieceni, zawsze zmęczeni, zawsze pełni skarg na najrozmaitsze dolegliwości ze strony klatki piersiowej (kłócie w piersiach i t. p.), serca i żołądka. Chorzy tacy, przeważnie uskarżają się na brak łaknienia, albo też, mimo nieraz bardzo obfitego odżywiania, pozostają chudzi. Często słyszy się od tych chorych o długotrwałych stanach podgorączkowych, potach nocnych i bezsenności.

Podmiotowe badanie płuc u tych chorych wykazuje prawie zawsze tak nieznaczne zmiany, że z trudnością mogą one nam wytłomaczyć mnogość skarg chorego. Mimo to badanie fizykalne płuc u tych chorych daje bardzo charakterystyczne wyniki. Mianowicie, stwierdza się zawsze dwustronne zwężenie pól Kroeniga oraz dwustronne stłumienie nad szczytami przy nikłych objawach wysłuchowych (oddech pęcherzykowy zaostrzony z wydechem wydłużonym, albo też oddech pęcherzykowo-oskrzelowy z najrozmaitszem nasileniem odcienia oskrzelowego). Jednocześnie u tych chorych b. często stwierdza się, mimo nieraz młodego wieku, rozedma płuc, z obniżonemi, małoruchomemi dolnemi granicami płuc, z przykryciem bezwzględnego stłumienia serca. Najbardziej jednak znamiennem jest to, że u chorych tych, mimo nieraz bardzo młodego wieku, stwierdza się twarde tętnice promieniowe; chorego takiego wystarczy wziąć za tętno i już charakter tętnicy nasunie podejrzenie w kierunku gruźlicy krwiopochodnej z jej dwustronnem stłumieniem nad szczytami. Dość często też u chorych stwierdza się macalna, twarda śledziona.

Ten wynik badania fizykalnego ma swe wytłomaczenie w patogenezie i anatomji patologicznej tego schorzenia, na których szczegółowe rozpatrzenie, niestety, brak nam tu miejsca. Wspomnimy tylko, że anatomo-patologicznie u chorych tych w szczytach stwierdza się guzowate blizny, które na przekroju wykazują powierzchnię szyfrowaną, składającą się z licznych, gęsto ułożonych obok siebie czarnych, szarych i żółtych guzków, które drobnowidzowo przedstawiają się jako zbliznowaciałe gruzełki.

Zasadniczo należy tę postać chorobową zaliczyć do najbardziej łagodnych i dobrotliwych przejawów gruźlicy płuc u dorosłego. Ale z patogenezą tego schorzenia łączy się szereg powikłań, które tu spotykamy, a które w tem miejscu możemy tylko pokrótce wymienić. A więc: 1) „nawał prosówkowy" („miliarer Schub"), polegający na tem, że drogą krwi powstają w płucach umiejscowione na ograniczonej przestrzeni, przeważnie w szczytach, prosówkowe procesy, cechujące się klinicznie często b. wysoką ciepłotą ciała, którą à propos chory znosi tak dobrze, że raczej dowiaduje się o niej z termometru, aniżeli ze swego samopoczucia; nieraz też wysłuchuje się w tych miejscach przez dłuższy czas drobne, wilgotne rzężenia, 2) „gruźlica oponowa" („meningeale Tuberkulose") *Deycke'go,* cechująca się anatomicznie tylko obecnością gruzełków w oponach bez charakterystycznego galaretowatego wysięku, 3) wystąpienie ognisk „chirurgicznych" w najrozmaitszych narządach: nerkach, mózgu (tuberculum solitare), nadnerczach (obrazy adissonoidalne), tarczycy, jako samoistna gruźlica krtani, jako samoistna gruźlica jelit (te ostatnie dwa powikłania, które u typów chorobowych z tej grupy nazwaliśmy za *Deycke'm* „samoistnemi", wykazują zupełnie inny charakter i rokowanie — jako powstałe na drodze krwiopochodnej, aniżeli powikłania ze strony tych samych narządów, występujące drogą śródkanalikową w przebiegu właściwych suchot płucnych.

Wreszcie w pewnych warunkach (u ludzi młodych przy załamaniu się sił odpornościowych ustroju z powodu niedojadania, niedosypiania i t. p.; u osób starszych, kiedy odporność słabnie z powodu wyczerpania sił życiowych komórek ustrojowych) stare blizny szczytowe ulegają rozpadowi, tworzą się jamy, które ze swej strony już mogą służyć i często służą za punkt wyjścia do dalszego szerzenia się gruźlicy w płucach drogą śródoskrzelową. Mamy wówczas przed sobą p h t i s i s u l c e r o - f i b r o s a, czyli rozpadowe suchoty płucne u ludzi, którzy uprzednio cierpieli na t. zw. „sprawy szczytowe", czyli u typów z grupy krwiopochodnej. W przeciwieństwie do pojęcia właściwych suchot płucnych proponujemy tu nazwę s u c h o t w t ó r n y c h. Oczywiście, dużą rolę w prawidłowej ocenie tych przypadków, zwłaszcza jeśli chodzi o stwierdzenie obecności jam, odgrywa tu badanie rentgenowskie oraz rozbiór plwocin; z powodu bowiem zmian rozedmowych objawy wysłuchowe mogą być b. nikłe (b. ważne dla wykrywania gruźlicy u starców, często nieswiadomych siewców prątków).

Jeszcze kilka słów poświęcimy t. zw. „prosówce dyskretnej" (miliaris discreta — „granulie discrète" — *Bard-Neumann).* Jest to dobrotliwa prosówka ogólna, imitująca najrozmaitsze obrazy kliniczne (gorączkę „gastryczną", Typhobacillose *Landouzy'ego,* „maski" *Sokołowskiego* i t. p.): Za życia postawić należyte rozpoznanie jest często bardzo trudno, aż po pewnym czasie nie wystąpią wyraźne objawy, cechujące typ Tbc. fibrosa densa, co dopiero ex post wytłómaczy nam poprzednio nieustaloną przyczynę gorączki. W przypadkach „miliaris discreta' tylko przypadkowa (t. zn. z innych względów dokonana) sekcja wykazuje obecność pojedyńczych gruzełków w najrozmaitszych narządach ze szczególną predylekcją do błon surowiczych (opłucnej, osierdzia, otrzewnej, stawów) oraz gruczołów chłonnych nadnerczy, oczu (gruzełki stwierdzalne za życia w naczyniówce, ciałku rzęsnem), prawie zawsze śledziony, której powiększenie w tych przypadkach często stwierdza się wypukowo, a nawet wymacalnie.

W końcu tego rozdziału o gruźlicy krwiopochodnej wspomnimy pokrótce o jeszcze jednej haematogennej grupie chorobowej, która w zasadzie daje absolutnie dobre rokowanie. Jest to „Pleurite à répétition" — *(Pièry-Neumann),* gdzie, mimo niewątpliwej obecności i łatwej stwierdzalności zmian w szczytach płucnych z całą pewnością chorego uważać można za zabezpieczonego od suchot płucnych.

Znamiennem dla tej postaci jest: klinicznie — okresowe wystąpienie, zwłaszcza na jesieni i wiosnę, w typowych miejscach suchego zapalenia opłucnej z podwyższoną ciepłotą ciała, bólami i t. p.; anatomicznie — brak w ogniskach chorobowych zarówno makro- jak i mikroskopowo typowych zmian gruźliczych, t. zn. komórek olbrzymich, zserowaceń, zwapnień i t. p. Jest to typ gruźlicy t. zw. zapalnej (Tubercu-

lose inflammatoire Poncet'a). Typowe są zmiany spotykane w tej postaci gruźlicy płuc w innych narządach: stawach (choroba Poncet'a), nerkach, (białkomocz *Teissier'a)*, a najbardziej charakterystyczne są zmiany spotykane w oku *(Michel, Stock, Hippel)*.

* * *

Przystępujemy obecnie do krótkiego — na ile nam pozwala tu miejsce — omówienia t. zw. „grupy zespołu pierwotnego". Jak wiadomo zespół pierwotny w płucach, — na który składa się pierwotne miejsce osiedlenia się zarazka w płucach i odpowiednio przynależne drogi i gruczoły chłonne — najczęściej występuje już w wieku dziecięcym. Ale nie w 100%-ach, bo niewątpliwie — jak to wykazali *Ranke, Ghon, Neumann* i in. — zespół pierwotny może wystąpić, powodując odpowiednie objawy kliniczne i u dorosłych, dotąd wolnych od gruźlicy. *Ranke* nprz. opisuje świeży zespół pierwotny spotkany na sekcji u 72-letniego starca, u którego jakiegokolwiekbądź innego dawniejszego, zagojonego ogniska w płucach znaleść nie można było.

Za *Neumann'em* w grupie tej rozróżniamy u dorosłego: „zwykły zespół pierwotny", który wykrywa się przypadkowo przy badaniu chorego z jakichkolwiekbądź innych względów. Stwierdza się mianowicie — zależnie od umiejscowienia ogniska pierwotnego, bądź blisko opłucnej, bądź w szczycie — albo ograniczoną ruchomość dolnej granicy z przodu lub z tyłu, albo też t. zw. obnażenie serca (denudatio), albo też stłumienie nad jednym ze szczytów płucnych (Tbc. abortiva). Klinicznie ten „zwykły" (t. zn. zagojony, nieczynny) zespół pierwotny nie daje żadnych objawów i jest przez chorego zazwyczaj zupełnie nie odczuwany. Inaczej się rzecz ma z t. zw. „zapalnym zespołem pierwotnym" (entzündlicher primärkomplex — *Neumann)*. Tu na pierwszy plan wysuwają się objawy powodowane „zapaleniem okołoogniskowem" (perifokale Entzündung) nie tyle naokoło ogniska pierwotnego, stanowiącego, jak wiadomo, składową część zespołu pierwotnego, ile naokoło jego drugiej składowej części — gruczołów okołoskrzelowych. Niestety, brak miejsca nie pozwala nam tu na zastanowienie się zarówno nad błędami tych, co zbyt często rozpoznają „powiększone gruczoły okołoskrzelowe" — a zwłaszcza tych, co chcą w rozpoznaniu tem opierać się głównie na badaniu rentgenowskiem — jak również do wykazania niesłuszności postępowania tych lekarzy, co wogóle nie uznawają t. zw. „spraw gruczołowych" u dorosłych. Albowiem „zapalny zespół pierwotny" może właśnie klinicznie przejawić się, jako sprawa czysto gruczołowa ze znanemi objawami *(Kraemer'a, Koranyi'ego, Smith'a, Petruschky,ego, D'Espine-Barot'a, Hoffmann'a* i in.), jako anisocoria, striae venosae i t. p. — (przyczem, oczywiście, niezawsze są i muszą być obecne wszystkie wspomniane objawy). Mamy też wówczas stany podgorączkowe, poty nocne, chudnięcie i t. p.

Może też „zapalny zespół pierwotny", wskutek silnego zapalenia okołoogniskowego powodować (wskutek anatomicznego sąsiedztwa), wysiękowe zapalenie opłucnej, szczególnie prawej (która, jak wynika z prac *Sukiennikowa,* stoi w ścisłym związku z prawą przestrzenią tchawiczo-oskrzelową), lub też osierdzia (sąsiedztwo dolnej grupy tchawiczo-oskrzelowej).

Może też „zapalny zespół pierwotny" imitować schorzenia innych narządów (serca, żołądka, przełyku); błędne rozpoznanie wad serca nprz. powstaje w ten sposób, że obnażenie (denudatio) imituje zmienioną konfigurację serca, częste zaś w tych przypadkach szmery czynnościowe — organiczne. W ten sam sposób odbywa się błędne rozpoznawanie t. zw. triady *Zweig'a* (wrzód żołądka, wzgl. dwunastnicy, zapalenie pęcherzyka żółciowego, zapalenie wyrostka robaczkowego): przyczyną dolegliwości w tych przypadkach jest albo usadowienie się zespołu pierwotnego, z jego silnem zapaleniem okołoogniskowem, blisko opłucnej śródpiersiowej, osierdzia wzgl. przepony; albo też zachodzi ucisk ze strony powiększonych gruczołów przywnękowych na nerw błędny *(Potain, Reitter* i *Singer);* albo też wreszcie ma miejsce promieniowanie bólu ze strony nerwu przeponowego w kierunku wyrostka robaczkowego *(Neumann, Kleinschmid)*.

Rozpoznanie w tych przypadkach jest nieraz bardzo trudne, ale o tych rzeczach nie powinno się zapominać, bo zamiast tuczyć chorego można przez długotrwałe stosowanie djety wyrządzić mu dużą krzywdę.

Kończąc rozdział ten o „grupie zespołu pierwotnego" chcielibyśmy jeszcze raz zwrócić uwagę na wzmiankowaną już powyżej Tbc. abortiva, której podkładem anatomicznym jest usadowione w szczycie nieczynne ognisko pierwotne. Znajomość tej postaci chorobowej ma bardzo ważne praktyczne znaczenie, albowiem często występują tu krwawienia płucne, których absolutnie dobre rokowanie i niewinny charakter muszą być dobrze znane każdemu lekarzowi-praktykowi.

* * *

Opisaliśmy więc trzy najważniejsze grupy chorobowe, w jakich przejawić się może gruźlica płuc u dorosłego: 1) grupę właściwych suchot płucnych, 2) grupę gruźlicy krwiopochodnej i 3) grupę zespołu pierwotnego.

Chcielibyśmy jednak tu jeszcze choćby pokrótce wzmiankować o dwóch postaciach klinicznych, nie dających się umieścić we wskazanych grupach, a których znajomość praktyczna posiada jednak ważne znaczenie: 1) *„suchoty nawałowe"* (Phtisis fibr.-cas. congestiva — *Bard-Neumann)*, stojące na pograniczu pomiędzy gruźlicą przewlekłą a ostrą (której to ostatniej nie mamy tu zamiaru opisywać), 2) gruźlica wieku młodocianego — (Pubertätsphtise), którą wcale nierzadko spotyka się już w wieku dalekim od młodzieńczego.

Najbardziej charakterystyczne cechy suchot nawałowych są następujące: początek i fizykalne objawy zwykłego płatowego zapalenia płuc, z charakterystycznym głośnym oddechem oskrzelowym; brak jednak zwykłego przesilenia i przewlekanie się wysokiej ciepłoty ciała przez długie tygodnie; długie utrzymywanie się objawów fizykalnych w stanie niezmienionym; często zadziwiająco dobry ogólny stan, mimo długotrwałych stanów gorączkowych i b. poważnych zmian w płucach; brak leukocytozy we krwi; brak objawu zmniejszenia się ilości chlorków w moczu; stała obecność laseczników w plwocinie. Podkładem anatomicznym jest w tej postaci olbrzymie nacieczenie okołoogniskowe, które w dużym stopniu może uledz wessaniu, aczkolwiek często też z pozostawieniem jamy. B. ważnem jest, że rokowanie w tych przypadkach nie jest b. złe i w każdym razie niewspółmiernie z rozległością i ciężkością schorzenia płucnego.

Gruźlicę wieku młodocianego charakteryzuje jednoczesne szerzenie się sprawy chorobowej drogą chłonki, krwi i oskrzeli, tak że anatomo-patologicznie i rentgenologicznie obok ognisk wysiękowych stwierdza się ogniska typu prosówkowego. Klinicznie mamy tu przed sobą typ chorego z grupy krwiopochodnej (często asteniczna budowa, twarde naczynia obwodowe, powiększona twarda śledziona i t. p.) przy wielodźwięcznych objawach przysłuchowych, spotykanych we właściwych suchotach płucnych. Charakterystycznem dla tej postaci chorobowej jest nieoczekiwane powstawanie nowych ognisk w najrozmaitszych okolicach płuc, tak że stosowanie odmy nie zabezpiecza w tych przypadkach od nagłego powstania ognisk w płucu drugiem. Naogół rokowanie nie jest dobre, i sprawa przebiega dość ostro. Bywa jednak nierzadko, że sprawa się umiejscawia i nabiera przebiegu właściwych suchot płucnych; w tych też przypadkach stosowana odma daje często dobre wyniki.

* * *

Z pracy tej widzimy, że ryczałtowe określenia „suchoty płucne", wzgl. „gruźlica płuc" zupełnie nie mogą być zastosowane w klinice przewlekłej gruźlicy płuc dorosłego. Każdy poszczególny przypadek tego schorzenia musi być traktowany indywidualnie. W chorobie tej lekarzowi nie wolno myśleć statycznie, t. zn. oceniać przypadek tylko według jego stanu chwilowego. Każdy lekarz powinien, zdaniem naszem, umieć tak ująć dany przypadek, aby go móc odnieść (a przynajmniej dążyć do tego) do jednego z wyżej opisanych przez nas, a priori nam, pod względem klinicznym, anatomo-patologicznym i patogenetycznym, znanych typów chorobowych. Dopiero na takiem ujęciu oparte rokowanie i postępowanie lecznicze może być, naszem zdaniem, celowe.

Że proponowany przez nas podział, oparty na znajomości poszczególnych typów klinicznych, powtarzających się w wielkiej ilości przypadków i uwzględniający zarówno dane anatomo-patologiczne jak i najnowsze zdobycze z dziedziny rentgenologji i patogenezy gruźlicy płuc, jest słuszny, do-

wodzi nietylko jego życiowa praktyczność. Ułatwia on nam bowiem również ustosunkowanie się do zawiłych zagadnień teoretycznych z dziedziny patogenezy gruźlicy płuc. Mianowicie, w spornej i tak szeroko dyskutowanej kwestji szczytowego czy pozaszczytowego powstania gruźlicy płuc dorosłego, mamy, dzięki naszemu sposobowi ujęcia kliniki tego schorzenia, możność zajęcia zupełnie określonego stanowiska. Sprowadza się ono ku temu, że u chorych z opisanej przez nas grupy właściwych suchot płucnych gruźlica powstaje w płucach pozaszczytowo, jako naciek wczesny, ostro, wzgl. podostro u osobników, których szczyty były dotąd i często pozostają niezajęte. Natomiast u typów chorobowych z grupy krwiopochodnej, z typem Tbc. fibrosa densa na czele, jeżeli w dalszym przebiegu dochodzi do powstania wtórnych suchot rozpadowych, (w tym wypadku, phtisis ulcero-fibrosa) mielibyśmy do czynienia ze szczytowym początkiem suchot płucnych u dorosłego; albowiem u tych chorych szczyty bywają uprzednio zajęte całemi latami zanim dochodzi do suchot rozpadowych.

W ten sposób, proponowany przez nas podział nabiera, poza jego dużem praktycznem znaczeniem, jeszcze dużego znaczenia teoretyczno-naukowego.

STRESZCZENIA

CHOROBY WEWNĘTRZNE

Napadowe nadciśnienia tętnicze. (Les hypertensions artérielles paroxystiques). M. Villaret. *Presse Méd. № 22 r. 1931.*

Przez napadowe nadciśnienie tętnicze rozumiemy zespół, polegający na znacznem podwyższeniu się ciśnienia skurczowego i rozkurczowego, wraz z szeregiem objawów klinicznych, nieraz bardzo ciężkich. Nadciśnienia napadowe powstają niekiedy w przeciągu paru minut, przyczem ciśnienie skurczowe podnosi się o 100 lub więcej mmHg. Objawy kliniczne mogą być przytem bardzo ciężkie, a nawet bezpośrednio niebezpieczne dla życia. W przypadkach, w których ciśnienie podnosi się łagodniej i nie osiąga zbyt wysokich liczb, objawy kliniczne są znacznie słabsze, napadowe nadciśnienia trwają ograniczony przeciąg czasu, potem ustępują. Napadowe nadciśnienie tętnicze posiada różnorodny mechanizm powstania i różnorodne tło anatomiczne, których poznanie pozwala na zastosowanie odpowiedniego leczenia, dotychczas nie znamy patogenezy wszystkich postaci nadciśnienia napadowego, wobec czego w omówieniu niniejszej sprawy, autor dzieli materjał na dwie grupy, przyczem do grupy pierwszej zalicza nadciśnienie napadowe o znanej patogenezie, do drugiej grupy zaś o patogenezie nieznanej.

I. **Napadowe nadciśnienia tętnicze o znanej patogenezie** powstają przy współudziale hyperadrenalinemji lub też bez niej.

1) Nadciśnienia tętnicze z hyperadrenalinemją. Autor zastrzega się, że w tych przypadkach nie zawsze adrenalina jest tym czynnikiem, który wywołuje nadciśnienie, niekiedy bowiem hyperadrenalinemja tylko towarzyszy nadciśnieniu.

a) Do klasycznych przykładów napadowego nadciśnienia tętniczego powyższej grupy należą nadciśnienia, pojawiające się w przebiegu spraw nowotworowych w nadnerczu, szczególniej zaś chodzi tu o gruczolaki, wychodzące z rdzenia nadnerczy, a zatem gruczolaki wytwarzające nadmiar adrenaliny. Nadmiar ten powstający pod wpływem nie zawsze znanych czynników, dostaje się okresowo do krwiobiegu i wywołuje napady nadciśnienia tętniczego, jakie wznosi się z 12 na 26 cmHg i więcej. Nadto chory taki skarży się na uczucie obawy znacznego stopnia. ociężałość kończyn i sensacje w nosie. Te napady pojawiają się dość regularnie.

b) Podobne napady nadciśnienia możemy nieraz spotykać po zastrzykach adrenaliny, a nawet czasem po doustnem pobraniu adrenaliny, jak to podaje Troisier w jednym przypadku po zażyciu 4 ccm. rozczynu adrenaliny 1 : 1000. Takie napady klinicznie objawiają się bladością twarzy, zwężeniem źrenic, przyczem mogą też wystąpić lekkie porażenia połowicze, niekiedy trwałe.

c) Mniej pewną jest patogeneza nadciśnienia tętniczego, wywołana hyperadrenalinemją, przyczem podrażnienie nadnercza ma dochodzić do skutku drogą humoralną pod wpływem działania pewnych, nieokreślonych bliżej ciał chemicznych, produktów bądźto przemiany materji, bądź też spożytych pokarmów.

d) Napadowe nadciśnienia tętnicze, w których wydzielanie adrenaliny następuje odruchową drogą nerwową. Tu należy zaliczyć odruch, wychodzący z obwodu i odruch ośrodkowy.

Autor w krótkości opisuje przypadek chorej, u której napadowo występowały nadciśnienia z 17/8 na 27/11 cmHg, ze znaczną dusznością i uczuciem obawy. U tej chorej wstrzykiwania acetylocholiny usuwały nadciśnienie, nie wpływały jednak na inne objawy kliniczne. Wstrzykiwanie zaś atropiny usuwało duszność, nie obniżało wszakże ciśnienia tętniczego. Te napady były wywołane, jak to sekcja wykazała, uciskiem guza śródpiersia na nervus pneumogastricus. Podobne przypadki cytują i inni autorowie. Badania doświadczalne potwierdziły również istnienie tego mechanizmu powstawania nadciśnienia tętniczego. *Trésmolières* i *Veran* opisują przypadki nadciśnienia u młodego człowieka, dotkniętego znacznemi zmianami zwojów Gassera. Wreszcie znane są także napadowe nadciśnienia przy całym szeregu rozmaitych cierpień, które charakteryzują się gwałtownymi bólami, jak np. kolka wątrobowa i nerkowa. Także i praca mięśniowa może być przyczyną powstania napadów nadciśnienia. We wszystkich tych przypadkach odruch wzmagający wydzielanie nadnercza pochodził z obwodu.

Jako przykład odruchu, pochodzącego z ośrodków nerwowych, należy przytoczyć spostrzeżenia *Cushing'a*, który dawno już stwierdził, że wzmożone ciśnienie wewnątrzczaszkowe wywołuje podwyższenie ciśnienia tętniczego. *Roger* wykazał, że w emboljach mózgowych dochodzi do nadciśnienia tętniczego przy hyperadrenalinemji, wywołanej drogą odruchową. W doświadczeniach nad mechanizmem śmierci z uduszenia okazało się, że dochodzi do nadciśnienia drogą nerwowego podrażnienia nadnerczy. Być może zatem, że w ostrych uduszeniach krwiotoki i trombozy są skutkiem nadciśnienia, wywołanego w powyższy sposób. Wreszcie wiadomo jest, że podrażnienia psychiczne również wywołują nadciśnienie tętnicze.

2) Nadciśnienia tętnicze bez hyperadrenalinemji. Tu należy zaliczyć:

a) nadciśnienia pochodzenia toksycznego, jak np. po ergotaminie, następnie po pituitrynie. Tu też należą nadciśnienia, które obserwowano pod wpływem pewnych wód mineralnych, jak np. woda Challes.

b) nadciśnienia pochodzenia sercowego, jak np. w przeciągu choroby Basedowa są dostatecznie znane. Podobnie znane też są

c) nadciśnienia, pochodzenia nerkowego.

II. **Napadowe nadciśnienia tętnicze o nieznanej patogenezie.**

1) Napadowe nadciśnienia tętnicze występują w przeciągu przewlekłego zatrucia ołowiem, w któremto zatruciu występują stany skurczowe większych przestrzeni naczyń obwodowych, w sposób bliżej nie znany.

2) Także i w przebiegu rzucawki porodowej spotyka się często napadowe nadciśnienia.

3) Nie wiemy również, czy napadowe nadciśnienie w dusznicy bolesnej i w ostrym obrzęku płuc wywołuje stany powyższe, czy też im tylko towarzyszy.

4) W przebiegu wiądu rdzenia spotykamy także nadciśnienia tętnicze, występujące napadowo, a również i

5) w przebiegu trwałego nadciśnienia występują napady jeszcze wyższego ciśnienia, które mogą dochodzić do cyfr wprost niewymiernych.

Leczenie napadowego nadciśnienia tętniczego.

I. **Leczenie nadciśnienia z hyperadrenalinemją.**

W niektórych przypadkach można zastosować leczenie przyczynowe, szczególnie zaś tam, gdzie przyczyną napadowego nadciśnienia są nowotwory nadnercza. W tych przypadkach kilkakrotnie z powodzeniem dokonywano wycięcia chorego nadnercza. **Laubry** i inni polecają w takich przypadkach naświetlanie nadnercza promieniami Rentgena, wyniki tu są jednak raczej przejściowej natury. Tam, gdzie nadciśnienie jest wywołane przez podawanie adrenaliny, pituitryny, nikotyny, lobeliny i t. p. należy przedewszystkiem usunąć powyższe jady.

W innych przypadkach można mówić o leczeniu przyczynowem, gdy się usuwa powstawanie odruchów, wywołujących hyperadrenalinemję, jak np. leczenie kolki wątrobowej, nerkowej i t. p. W tych przypadkach także podawanie leków przeciwbólowych, aż do morfiny włącznie działa, jako leczenie przyczynowe. W anoksemjach (przy uduszeniu) można polecić wdychiwania tlenu, przedewszystkiem jednak takim chorym należy uregulować fizyczną pracę, względnie ruch. Ponieważ nadciśnienie może też powstawać wskutek odruchu przy zmianach w mózgu, przeto w niektórych przypadkach można stosować leczenie zapobiegawcze, jak np. tam, gdzie sprawy mózgowe powstają wskutek skurczu naczyń mózgowych. Tu podawanie pochodnych choliny jest przedewszystkiem wskazane.

W leczeniu objawowem należy pamiętać, że niektóre nadciśnienia tętnicze towarzyszące sprawom mózgowym (ogniskowe rozmiękninia mózgu) mają na celu wyrównanie krążenia w naczyniach mózgu odruchowo skurczonych. W tych przypadkach leczenie, polegające na obniżaniu ciśnienia krwi może być raczej nawet szkodliwe. *Tournade* wykazał, że w tych przypadkach należy być ostrożnym z upustem krwi, gdyż tego rodzaju zabieg wywołuje stale hyperadrenalinemję, skutkiem czego niedostateczny upust krwi może wywołać przeciwny, od zamierzonego, wynik.

W leczeniu stanów nadciśnieniowych możemy wywoływać spadek ciśnienia zarówno przy pomocy azotynów (amylum lub natrium nitrosum), acetylocholiny (0.4 do 0.6 i więcej pro die), alfa-methylacetylo-choliny (1 do 3 ctgr podskórnie), jak i zapomocą kombinowanego leczenia adrenaliną i yohimbina. Okazało się bowiem, że po poprzedniem podaniu yohimbiny następne wprowadzenie adrenaliny wywołuje nie podwyższenie, ale obniżenie ciśnienia. Ten sposób leczenia jest dotychczas jeszcze w okresie doświadczeń.

II. **Leczenie nadciśnienia napadowego bez hyperadrenalinemji, względnie o nieznanej patogenezie.**

O ile to możliwe, należy przedewszystkiem usunąć przyczyny, wywołujące nadciśnienie, a więc ergotaminę, pituitrynę i t. d. W przypadkach nadciśnienia pochodzenia sercowego należy zastosować odpowiednie leczenie. Do leczenia objawowego należą odpowiednio obfite upusty krwi, podawanie leków rozszerzających naczynia (patrz wyżej), ograniczenie wysiłków fizycznych i zalecenia djetetyczne.

Febris quintana. (La fièvre quintane). M. Monnerot-Dumaine, J. Troisier i S. Develay.
Presse méd. № 22. r. 1931.

Pod nazwą febris quintana rozumiemy gorączkę, występującą napadowo, przyczem pomiędzy poszczególnymi napadami jest trzydniowa przerwa bezgorączkowa. Ten typ gorączki należy odróżnić od gorączki, trwającej bez przerwy przez 5 dni. Typy gorączek jak tertiana, quartana, quintana i t. d. (przyczem pomiędzy poszczególnymi napadami gorączki upływa 1, 2, 3, lub więcej dni), znane są od czasów Hippokratesa. Między innymi Hippokrates także opisuje typ gorączki: febris octana. W czasach średniowiecza podobne typy gorączek były omawiane i przyjmowane bez żadnej dyskusji. W czasach późniejszych, a zwłaszcza w ostatniej dobie zwracano mało uwagi na powyższe typy gorączkowe.

Autorowie opisują dwa przypadki febris quintana. W przypadku pierwszym chodziło o kobietę 32-letnią, u której po przebyciu rzeżączki dróg moczowych i przydatków, wystąpiła febris quintana niewątpliwie na powyższem tle. W drugim przypadku u dziecka 2 i pół letniego, po przebyciu nieustalonej bliżej choroby gorączkowej, wystąpiła febris quintana, jak się później okazało, na podstawie badań bakterjologicznych krwi, że chodziło tu o zakażenie meningokokowe.

Po przejrzeniu odnośnej literatury okazało się, że podobne przypadki febris quintana, były ogłaszane w związku z zakażeniem meningokokowem. Godzi się nadmienić, że w czasie wojny w przebiegu gorączki okopowej stwierdzano także tor gorączkowy o typie febris tertiana, quartana lub quintana.

Czerwienice pierwotne a śródmóżdże. (Erythrémies protopathiques et diencephale). M. Nathan.
Presse Méd. № 22. r. 1931.

Odróżniamy czerwienice pierwotne i wtórne. Do czerwienic wtórnych należą. czerwienice (erythremje), spotykane w chorobie górskiej, u chorych na serce i t. p. Erytremje pierwotne uległy w ostatnich czasach rozczłonkowaniu w miarę bliższego ich poznania. Dzielą się one na: 1) czerwienica prosta, opisana przez *Arnsteina*, 2) czerwienica ze splenomegalią, opisana przez *Vaquez'a*,

3) czerwienica z nadciśnieniem tętniczem, opisana przez *Gaisböcka*, 4) czerwienica z nadciśnieniem tętniczem i splenomeglją, opisana przez *del Castello* i 5) czerwienica z kiłowemi zmianami oskrzeli, zbliżona do choroby *Ayerzy*.

Cechą wszystkich czerwienic jest zwiększenie się ciałek czerwonych we krwi ponad 7 miljonów w 1 mm. Ciałka czerwone są najczęściej zupełnie prawidłowe. Patogeneza tej choroby jest dotychczas nieznana; nie ulega jednak wątpliwości, że szpik kostny w tej chorobie jest podrażniony i produkuje zwiększoną liczbę krwinek, na co wskazują wszystkie dotychczasowe wyniki sekcyjne. Czy równocześnie z tą nadprodukcją krwinek ma też miejsce zmniejszenie się fizjologicznej właściwości śledziony niszczenia krwinek — jest sprawą niewyjaśnioną. Etjologja tego cierpienia jest zupełnie nieznana. Niejednokrotnie podejrzewano kiłę, podkreślano też czynnik rodzinny, gdyż znane są przypadki rodzinnego występowanie czerwienicy.

W ostatniej pracy, dotyczącej powyższego tematu, *Mariano Castex* porusza związek między czerwienicą a gruczołami dokrewnymi. Na podstawie literatury autor ten przytacza, że czerwienice spotykano współcześnie z wolem endemicznem, z infantylizmem pochodzenia tarczycowego i z innymi postaciami hyper lub hypotyroidozy lub z nadczynnością nadnerczy, względnie gruczołów płciowych. Stwierdzano też czerwienice z równoczesną tężyczką, z otłuszczeniem typu eunuchoidalnego i z chorobą Addisona. Niejednokrotnie też chodziło o współczesne schorzenia przysadki mózgowej.

Wobec powyższych obserwacyj powstają dwa problemy a mianowicie pierwszy z nich jest zagadnieniem, czy sprawa dotyczy wszystkich gruczołów dokrewnych, drugie zaś zagadnienie, czy nie chodzi tu raczej o sprawę chorobową, ograniczoną do śródmóżdża, w szczególności zaś do ścian trzeciej komory mózgu, gdzie na małej przestrzeni łączą się ośrodki rozmaitych czynności wkrewnych i wegetatywnych. Rozliczne badania wskazują, że raczej to drugie zagadnienie wydaje się prawdopodobniejsze.

Mariano Castex na poparcie powyższej tezy przytacza, jako argument, częstość występowania zaburzeń nerwowych i umysłowych w przebiegu czerwienicy. *Lhermitte* w artykule omawiającym powyższą sprawę, tłumaczy powstawanie tych zaburzeń nie tylko wpływem gruczołów dokrewnych, ale także warunkami mechanicznymi krążenia krwi tętniczego i żylnego oraz wzmożonem ciśnieniem wewnątrzczaszkowem, co wszystko jest bezpośrednim skutkiem czerwienicy. Istnieją jednak przypadki bardzo charakterystyczne, jak n. p. przypadek *Lhermitte'a* i *Peyre'go*, w którym u młodego człowieka wystąpiły objawy typowej narkolepsji a dopiero po dłuższym przeciągu czasu bezskutecznego leczenia okazało się, że ta narkolepsja była objawem jedynym czerwienicy, gdyż ilość krwinek w tym przypadku wynosiła 7.600.000 krwinek w 1 mm.

Autor słusznie zaznacza, że powyższe spostrzeżenia rzucają nowe i ciekawe światło na istotę czerwienicy, niewątpliwie jednak wymagają jeszcze dalszych badań dla ich potwierdzenia.

Ilość krwi w niedokrwistości złośliwej i jej wahania w przebiegu leczenia metodą Whipple'a. (La masse sanguine dans l'anémie pernicieuse et ses modifications au cours du traitement par la méthode de Whipple). J. Brumlik i B. Janousek.
Arch. des Mal. du coeur. Nr. 2, r. 1931.

Prawie we wszystkich podręcznikach znajdujemy wzmiankę, że w niedokrwistości złośliwej, obok innych, znanych cech tej choroby, ma miejsce też zmniejszenie się też ogólnej masy krwi. Badania jednak za życia takich chorych z jednej strony były nieliczne, z drugiej zaś niedokładne, wobec czego autorowie poddali ten problem nowym badaniom przy pomocy metody Haldana i Smith'a. W ten sposób autorowie zbadali 14 przypadków niedokrwistości złośliwej, 4 przypadki niedokrwistości wtórnej i 2 przypadki niedokrwistości chlorotycznej, połączonej z bezsocznością żołądka. Chorzy ci byli badani zarówno przed leczeniem, jak i podczas i po leczeniu, polegającem na podawaniu wątroby. Obok badania zawartości hemoglobiny i ilości krwinek, autorowie oznaczali też objętość krwinek oraz pojemność ich wobec tlenu oraz ilość osocza.

Badania te wykazały, że w niedokrwistości złośliwej, obok całego szeregu znanych zmian, ogólna ilość krwi jest istotnie zmniejszona. Leczenie zapomocą podawania wątroby, sprowadza nie tylko ustąpienie różnych objawów hematologicznych, ale także i zwiększenie ogólnej ilości krwi. Te zmiany pod wpływem leczenia nie występują równolegle, lecz indywidualnie. Zwiększenie się ogólnej ilości krwi pod wpływem tego leczenia następuje przedewszystkiem kosztem powiększenia się odsetkowej objętości krwinek.

W niedokrwistości wtórnej ogólna ilość krwi jest prawidłowa w porównaniu do ilości krwi ludzi zdrowych, ze względu jednak na zmniejszoną liczbę krwinek ogólna ilość krwi jest utrzymana wskutek zwiększenia się ilości osocza. Dwa przypadki niedokrwistości chlorotycznej z bezsocznością żołądka wykazywały znacznie zmniejszoną ogólną ilość krwi, podobnie, jak to spostrzegano w przypadkach niedokrwistości złośliwej. Różnica między tymi dwiema postaciami chorobowymi polega na tem, że w niedokrwistości złośliwej ogólna liczba krwinek i ich objętość w stosunku do osocza jest zmniejszona, podczas gdy w niedokrwistości chlorotycznej liczba krwinek i stosunek objętości krwinek do ilości osocza są prawidłowe.

Hepatitis icterogenes kamicy żółciowej. (Les hépatites ictérigènes de la lithiase). P. Harvier i J. Caroli.
Paris Médical Nr. 13, r. 1931.

Autorowie podkreślają, że nie wszystkie żółtaczki, występujące w przebiegu kamicy żółciowej, są wywołane bezpośrednio przez zamknięcie dróg żółciowych. Przytem nie chodzi tu nietylko o zatkanie dróg żółciowych przez kamień, przez zapalne zmiany wspólnego przewodu żółciowego, przez ucisk, wywołany zmianami w trzustce, ale nawet przez zmiany w drogach żółciowych samej wątroby, czyli przez t. zw. angiocholitis ascendens, względnie cholangia. W niniejszej pracy autorowie pragną wykazać, że w przebiegu kamicy żół-

ciowej mamy nieraz do czynienia ze zmianami w samych komórkach wątrobowych, które wystarczają, aby wywołać żółtaczkę, przy braku jakichkolwiek zmian w drogach żółciowych, Tę to postać chorobową autorowie nazywają hepatitis icterogenes w kamicy żółciowej.

Hepatitis icterogenes klinicznie przebiega pod dwiema postaciami. Postać o ciężkim przebiegu występuje u osobników, cierpiących na ciężką kamicę żółciową a wyraża się powstaniem żółtaczki, która swem natężeniem i trwałością przypomina zatkanie wspólnego przewodu żółciowego. W istocie rzeczy chodzi tu o zmiany w wątrobie typu zwyradniającego, podobnego do ostrego zaniku wątroby. Ta postać jest rzadka. W postaci dobrotliwej zmiany wątrobowe są podobnej natury, ale znacznie słabiej wyrażone a stwierdzić się dają łatwo na wycinkach wątroby, zdobytych podczas zabiegu operacyjnego. Należy zaznaczyć, że zupełnie podobne zmiany można stwierdzić w żółtaczce, wywołanej przez istotne zatkanie wspólnego przewodu żółciowego.

C i ę ż k a p o s t a ć hepatitis icterogenes w kamicy żółciowej znana jest we Francji i zagranicą od bardzo niedawna. Klinicznie występuje u ludzi cierpiących długo na kamicę żółciową, pod postacią żółtaczki, której intensywność zupełnie odpowiada zatkaniu wspólnego przewodu żółciowego. Żółtaczka ta trwa 2 do 4 miesięcy, przyczem nieraz ulega dłużej trwającym przerwom (do 1 miesiąca). Gorączka występuje napadowo, podczas gdy między napadami istnieje tylko stan podgorączkowy. Bóle również występują napadowo, współcześnie z pojawieniem się lub wzmożeniem żółtaczki. Autorowie sądzą, że napady bólów i gorączki nie zależą w tych przypadkach od kamicy żółciowej, ale od sprawy chorobowej, toczącej się w samym miąższu wątroby, jak to w Niemczech opisano pod postacią cholangia lenta, lub też w zaniku wątroby o przebiegu podostrym. Wobec tego podobieństwa do objawów zatkania wspólnego przewodu żółciowego, niema w tem nic dziwnego, że tych chorych poddawono zabiegowi chirurgicznemu, z wynikiem bardzo często śmiertelnym, gdyż tacy chorzy wskutek ciężkiego stanu wątroby zupełnie nie znoszą wstrząsu operacyjnego.

W rozpoznaniu różniczkowem między zatkaniem wspólnego przewodu żółciowego a hepatitis icterogenes, należy uwzględnić przedewszystkiem wielkość wątroby, która w hepatitis icterogenes jest albo nie powiększona albo tylko nieznacznie powiększona a w każdym razie istnieje niestosunek między wielkością wątroby a nasileniem żółtaczki.

Zmiany anatomiczne w omawianej sprawie chorobowej dotyczą komórek wątrobowych dośrodkowej części zrazika wątrobowego. Zmiany te są typu zwyradniającego. Uderza też ciężkość tych anatomo-patologicznych zmian, wobec względnie dobrego ogólnego stanu tych chorych, którzy za życia nie zdradzają całej powagi swego cierpienia. Tego rodzaju niestosunek spotyka się też nieraz w przebiegu żółtaczki, t. zw. nieżytowej, którą słusznie *Eppinger* uważa za postać łagodną ostrego zaniku wątroby. Należy też pokreślić, że *Herxheimer* nieraz spostrzegał przypadki ostrego i podostrego zaniku wątroby, które klinicznie przebiegały, jak żółtaczka nieżytowa.

FRANCUSKIE WODY MINERALNE

Zwracać uwagę na znak ochronny

Zwracać uwagę na znak oChronny

VITTEL

GRANDE SOURCE

Działa leczniczo na **NERKI**
Podagra-dna. Piasek moczowy (Kamienie nerkowe)
Artretyzm.

SOURCE HÉPAR

Obfitość leczniczych składników mineralnych

Działa leczniczo na **WĄTROBĘ**
Kamienie żółciowe
Obstrukcja
Niedomoga Wątroby.

Sezon od 20 Maja — 25 Września.

NOWOCZESNY ZAKŁAD WODOLECZNICZY.

P o s t a ć l e k k a hepatitis icterogenes klinicznie przypomina przebieg czasowego i niezupełnego zatkania wspólnego przewodu żółciowego. Występują wówczas napady bólowe, gorączka, żółtaczka, ale o krótkim przebiegu. W przerwach między napadami może być brak nawet lekkiego zażółcenia spojówek. Anatomopatologicznie można stwierdzić zupełnie podobne, do wyżej opisanych, zmiany komórek wątrobowych, jednakowoż w znacznie słabszym stopniu, przyczem te zmiany dotyczą przedewszystkiem środka zrazika.

Wreszcie autorowie podkreślają, że podobne zmiany spotyka się również w żółtaczkach pochodzenia mechanicznego, jak n. p. przy zatkaniu wspólnego przewodu żółciowego. Być może zatem, że i przy zatkaniu wspólnego przewodu żółciowego, jakoteż innych żółtaczkach pochodzenia mechanicznego, istota żółtaczki polega nie tylko na utrudnieniu odpływu żółci, lecz także i na współczesnych zmianach w komórkach wątrobowych. Wiemy także, że w sporadycznych przypadkach zatkania wspólnego przewodu żółciowego może być niekiedy wyraźny brak żółtaczki, co częściej się spotyka przy częściowych zatkaniach. Poza czynnikiem mechanicznym przy powstawaniu żółtaczki, konieczny jest także inny czynnik, mogący uszkodzić wątrobowe komórki a czynnikiem tym jest prawdopodobnie zakażenie.

W l e c z e n i u ciężkich postaci hepatitis icterogenes, niektórzy autorowie sądzą, że może być skutecznym zabieg chirurgiczny, polegający na wycięciu woreczka żółciowego, względnie na założeniu zgłębnika do wspólnego przewodu żółciowego i odprowadzeniu tą drogą żółci nazewnątrz. Zdaje się jednak, że w tych przypadkach zabieg chirurgiczny daje, sam dla siebie, bardzo złe wyniki, gdyż n. p. w wszystkich 5-ciu przypadkach autorów po zabiegu chirurgicznym nastąpiła śmierć. Także i Kappis podaje 7 przypadków śmierci na 21 operacyj. Wobec powyższego autorowie odradzają chirurgiczne zabiegi w tych przypadkach, zalecają natomiast, uwzględniając patogenezę schorzenia, możliwe oszczędzanie wątroby przedewszystkiem drogą wzbogacenia jej w glykogen. Do tego celu nadaje się obfite podawanie węglowodanów a zwłaszcza cukru w połączeniu z insuliną. Obok tego należy stosować zgłębnikowanie dwunastnicy zapomocą sondy Eichhorna.

W leczeniu postaci dobrotliwych stosowanie insuliny i bogatego dowozu węglowodanów jest przedewszystkiem wskazane. Poza tem jednak, wobec współczesnego schorzenia woreczka żółciowego, autorowie zalecają zabieg chirurgiczny, polegający na wycięciu woreczka oraz na chirurgicznem zgłębnikowaniu wspólnego przewodu żółciowego. Zgłębnikowanie to, mimo braku utrudnienia w odpływie żółci, daje według autorów dobre wyniki, gdyż drogą odruchu wzmaga wydzielanie żółci, podobnie jak zgłębnikowanie moczowodów wzmaga wydzielanie moczu.

Leczenie dychawicy oskrzelowej zapomocą znieczulenia ogólnego. (Traitement de l'asthme par l'anesthésie générale). J. T r o i s i e r i Y. B o q u i e n.
Soc. Méd. des Hôpit. Nr. 7, r. 1931.

Między licznymi środkami, stosowanymi w zwalczaniu dychawicy oskrzelowej, należy wymienić przedewszystkiem zabiegi chirurgiczne, mające na celu usunięcie tych zmian chorobowych, które drogą odruchu wywołują napady dychawicy. Do tego rodzaju zabiegów należy n. p. wycinanie polipów nosa, usuwanie guzów jajnika i macicy, wycięcie wyrostka robaczkowego i t. p. Te zabiegi stosowane oddawna bardzo często usuwają napady dychawicy. Ponieważ napady dochodzą do skutku z powodu zaburzeń w zakresie układu wegetatywnego, przeto zaproponowano ze strony szeregu autorów i wykonano z dobrym skutkiem zabiegi, polegające na wycięciu szyjnego nerwu współczulnego, nieraz z równoczesnem usunięciem zwoju gwiaździstego. *Kappis* z dobrym skutkiem wyciął nervus pneumogastricus dexter.

Autorowie opisują przypadek młodej kobiety, która od trzech lat cierpi na bardzo silne napady astmy, początkowo pochodzenia pokarmowego (przed trzema laty po spożyciu jaj, później czekolady) a następnie bez wyraźnych przyczyn. Od szeregu miesięcy nie opuszcza zakładów leczniczych, w których przeprowadzono rozmaite sposoby leczenia bez żadnego, wyraźnego skutku. U chorej stwierdzono guz na macicy, który usunięto drogą operacyjną, bez żadnych powikłań ani w czasie ani po zabiegu. Od tego czasu napady astmy ustąpiły o po paru miesiącach chora przeszła poważną grypę ze zmianami w płucach, przyczem napady nie pojawiły się. Jakkolwiek powyższy przypadek należy do klasycznych przykładów dychawicy pochodzenia odruchowego, w którym po usunięciu przyczyny odruchu, napady ustały, to jednak autorowie, kierując się z góry powziętą myślą, przypisują ustąpieniu napadów dychawicy raczej ogólnemu znieczuleniu, aniżeli zabiegowi operacyjnemu.

Dlatego też w przypadku mężczyzny 28-letniego, który po przebyciu gruźliczej sprawy w płucach, wykazywał ciężkie napady dychawicy (status asthmaticus) i u którego rozmaite sposoby leczenia, łącznie z odczulaniem, nie dały żadnego wyniku — autorowie zastosowali ogólne znieczulenie. Stan chorego przed zabiegiem był tak ciężki, że kilkakrotnie musiano mu wstrzykiwać evatminę (hypophysina i adrenalina) a nawet tuż przed znieczuleniem wstrzyknięto ten środek. Znieczulenie utrzymywano przez 45 minut, przyczem chodziło to o uśpienie głębokie zapomocą mieszaniny eteru i chloroformu (aetheris sulph. 60 gr. + chloroformi 20 gr. + chlorethyli 10 gr.). Chory ten natychmiast po obudzeniu czuł się zupełnie dobrze i aż do chwili ogłoszenia niniejszej pracy, t. j. przez dwa i pół miesiąca, nie tylko nie miał żadnego napadu, ale uważa się nawet za zupełnie zdrowego i pełni swój zawód szofera, tak nieodpowiedni dla tego rodzaju chorych.

Powyższym przypadek przemawia, według autorów, za tem, że nie zabieg chirurgiczny w operowanych przypadkach dychawicy oskrzelowej, ale znieczulenie ogólne usuwa napady dychawicy. Tego rodzaju hipoteza znajduje swe potwierdzenie w badaniach doświadczalnych Richet'a, który już w swych pierwszych doświadczeniach nad anafilaksją mówi o ostrej intoksykacji układu nerwowego. W dalszych badaniach Besredka pierwszy wykazał, że u zwierzęcia uczulonego nie można wywołać objawów ostrej anafilaksji, nawet zapomocą bardzo dużej dawki wyzwalającej śmiertelny wstrząs anafilaktyczny, jeżeli tę dawkę zwierzęciu wprowadzimy w uśpieniu eterowem. Roux stwierdził również, że można zapobiec wystąpieniu wstrząsu anafilaktycznego, obniżając znacznie nerwową wrażliwość zwierzęcia.

Autorowie podkreślają też, że nie uważają powyższego sposobu leczenia, t. j. znieczulenie ogólne, za metodę odpowiednią dla w s z y s t k i c h przypadków dychawicy oskrzelowej, gdyż bądź co bądź jest to zabieg tem poważniejszy, że chodzi tu o głębokie uśpienie w ciągu dłuższego przeciągu czasu. Nie mniej jednak należy zabieg ten stosować w c i ę ż k i c h przypadkach a zwłaszcza w status asthmaticus. Co się tyczy wyboru środka usypiającego, autorowie zalecają powyżej wspomniany, ze względu na znaczną zawartość eteru, który według badań doświadczalnych na-

daje się szczególnie do zwalczania wstrząsów anafilaktycznych.

Dziś niepodobna jeszcze odpowiedzieć na pytanie, jak długo trwa dobry skutek powyższego leczenia, niewątpliwie chodzić tu będzie tylko o wynik czasowy, różny w rozmaitych przypadkach. Badania autorów wykazały, że w przypadkach wyżej opisanych eozynofilja we krwi chorych utrzymuje się długi czas, co świadczyło by za tem, że ustrój chorych przedstawia zawsze dogodny teren do powstania nowych napadów dychawicy oskrzelowej.

Dla oświetlenia tego punktu autorowie przytaczają historję choroby chorego lat 22, który od piątego roku życia cierpi na napady dychawicy oskrzelowej. Choć te napady w ostatnich czasach są bardzo częste, a od trzech tygodni są szczególnie ciężkie, to jednak zastrzykiwanie evatminy daje choremu znaczną ulgę. U tego chorego zastosowano 40-minutowe znieczulenie ogólne, po którem napady dychawicy zupełnie ustąpiły, ale tylko na 2 tygodnie. Chociaż ten przypadek bardzo przypominał przypadki poprzednio opisane, to jednak był od poprzednich o tyle lżejszy, że evatmina zupełnie usuwała napady. Może być zatem, że znieczulenie ogólne daje tem lepsze wyniki, im cięższy jest stan chorych w chwili znieczulenia ogólnego.

Dyskusja.

Pasteur Vallery-Radot podkreśla, że wielokrotnie stwierdzał ustąpienie napadów dychawicy oskrzelowej po zabiegach chirurgicznych, bez względu na ich rodzaj.

Flandin zwraca uwagę, że trudno jest odmawiać cierpieniom jamy brzusznej jak myoma uteri, cystis ovarii, rozmaite guzy i przewlekłe zakażenia przewodu pokarmowego, — roli w powstawaniu napadów dychawicy. Jako przykład podaje chorą, u której wycięcie woreczka żółciowego pełnego kamieni, usunęło zupełnie napady dychawicy. Co się tyczy ogólnego znieczulenia, to godzi się podkreślić, że chorzy na dychawicę znoszą bardzo dobrze ten zabieg. W ciężkich przypadkach dychawicy tylko zapomocą uśpienia można usunąć napad i to bez względu na rodzaj środka usypiającego; a nawet bez znieczulenia ogólnego, zapomocą morfiny, można ten sam skutek osiągnąć.

Rivet przytacza przypadek, w którym po licznych zastrzykach evatminy, wytworzył się duży ropień i chora, której evatmina niewiele pomagała, pozbyła się napadów dychawicy po przecięciu ropnia, co uczyniono bez żadnego znieczulenia.

Sézary przytacza przypadek dychawicy bardzo uporczywej, w którym żaden sposób leczenia nie dał wyników. U tego chorego dokonano nawet operacyjnego zabiegu a mianowicie wycięcia 2, 3 i 4 chrząstki żebrowej, poczem chory czuł tylko nieznaczną i przejściową ulgę. Natomiast leczenie przeciwkiłowe, od samego początku poprawiło ogólny stan a niebawem zupełnie usunęło napady astmy na przecig 3 lat. Wówczas autor sądził, że wynik ten przemawiał za kiłowem pochodzeniem dychawicy oskrzelowej, obecnie mniema, że leczenie przeciwkiłowe przeprowadzone przez niego wpłynęło tylko na zmianę ogólnych warunków biologicznych ustroju a być może, że i ogólne znieczulenie w podobny działa sposób.

PERSODINE

Lumière

SWOISTE LECZENIE

BRAKU ŁAKNIENIA

NADSIARCZANAMI

DZIAŁA OGÓLNIE **DROGĄ KRWIOBIEGU** ZAPOMOCĄ **TLENU:**

$$M_2 S_2 O_3 + H_2 O = M_2 S O_4 + H_2 S O + O_4$$

ANALOGJA z DZIAŁANIEM **KLIMATU GÓRSKIEGO.**

PRZYWRACA ŁAKNIENIE NAWET W NAJUPORCZYWSZYCH PRZYPADKACH U DOROSŁYCH I DZIECI.

Łaknienie, w wcłane zapomocą PERSODINE jest wyrazem wzmożenia zdolności asymilacyjnej ustroju.

SPOSÓB STOSOWANIA:

Dorośli: 2 razy dziennie po 3 tabletki na godzinę przed jedzeniem.

Dzieci od 8 — 10 lat: 2 razy dziennie po 2 tabletki na godzinę przed jedzeniem.

Dzieci od 2 — 7 lat: 2 razy dziennie po 1 tabletce na godzinę przed jedzeniem

rozpuszczając tabletki w 1/4 szklanki czystej wody bez dodawania cukru lub innych substancyj.

O wpływie zabiegów chirurgicznych na napady dychawicy oskrzelowej. (De l'influence des interventions chirurgicales sur les crises d'asthme). P a s t e u r V a l l e r y - R a d o t, P. B l a m o u t i e r i F. C l a u d e.

Soc. Méd. des Hôpit. Nr. 10, r. 1931.

W związku z pracą J. Troisier'a (patrz wyżej) autorowie przytaczają w skróceniu 11 historji chorób, dotyczących dychawicy oskrzelowej, przeważnie bardzo ciężkiej, w których napady dychawicy ustąpiły pod wpływem różnorodnych zabiegów chirurgicznych. Należy podkreślić, że ustąpienie napadów dychawicy było natychmiastowe, trwało jednak przez ograniczony przeciąg czasu od 15-tu dni do kilku miesięcy. Tylko w 2 przypadkach chorzy nie zgłosili się ponownie, tak, że obserwacja ich przerwana po dziesięciu, względnie po dwunastu miesiącach, nie pozwala na stwierdzenie ciągłości uzyskanych wyników. Zabiegi chirurgiczne były rozmaite, często podejmowane dla usunięcia przyczyny występowania napadów astmy, częściowo zaś dokonywane były z przyczyn okolicznościowych. Zabiegi te polegały na operacji w nosie, na wyrostku robaczkowym, na dwunastnicy (z powodu wrzodu), na usunięciu lewej piersi, na oku, na zabiegach ginekologicznych.

Autorowie sądzą, że te zabiegi, które polegają na usunięciu przyczyny odruchu, wywołującego napady dychawicy, przeważnie nie spełniają swego zadania, gdyż przerwa w występowaniu napadów, trwająca nawet parę miesięcy, nie pozwala na podobne tłumaczenie. Z drugiej strony zaś tłumaczenie *Troisier'a*, że chodzi tu o korzystny wpływ samego znieczulenia ogólnego, jest również niezadawalające, choćby dlatego, że napady ustępują nieraz po zabiegach, wykonanych w miejscowem znieczuleniu. Jeżeli nawet ogólne znieczulenie może istotnie działać w myśl twierdzeń *Troisier'a*, to jednak to tłumaczenie może się tylko odnosić do przypadków dychawicy oskrzelowej, polegającej na anafilaksji, czyli na stanie uczuleniowym. W przypadkach autorów tylko 3 obserwacje wykazywały uczulenie na pióra, kurz, jajka, względnie na czynniki miejscowe (klimatyczne?), w innych przypadkach nie było żadnych objawów uczulenia. W niektórych rzadkich przypadkach można przyjąć jeszcze inny mechanizm leczniczy chirurgicznych zabiegów, a mianowicie upływ krwi, który nawet wówczas, gdy jest bardzo nieznaczny, może spowodować ustąpienie napadów dychawicy. *Danielopulu* podkreśla, że zarówno wstrząs operacyjny, jak i znieczulenie ogólne obniżają napięcie układu wegetatywnego, przerywają zatem circulus vitiosus, który gra rolę w powstawaniu napadów dychawicy. Lecz i ten autor podkreśla, że zarówno wpływ znieczulenia ogólnego, jak i wstrząsu pooperacyjnego nie może trwać przez szereg miesięcy.

Z drugiej strony należy podkreślić, że w pewnych przypadkach zabieg chirurgiczny może być pierwszą i bezpośrednią przyczyną wystąpienia napadów dychawicy oskrzelowej lub też może zamienić dotychczasowy napadowy nieżyt nosa na napady dychawicy oskrzelowej. Autorowie przytaczają 6 przypadków, w których napady dychawicy wystąpiły po zabiegach chirurgicznych. I tak u kobiety lat 59, ze znaczną rozedmą płuc, nieżytem oskrzeli i dusznością po wysiłkach, która jednak nigdy nie cierpiała na napady dychawicy oskrzelowej, wystąpiły te napady po raz pierwszy bezpośrednio po operacji z powodu włókniaków macicy. W przypadku drugim, u dziewczyny 14-toletniej wystąpiły napady dychawicy poraz pierwszy po wycięciu wyrostka robaczkowego. W 3 przypadkach, po zabiegach w nosie, wystąpiły napady dychawicy oskrzelowej u chorych, którzy przed zabiegiem nie wykazywali napadów dychawicy, natomiast cierpieli na napadowy nieżyt nosa. Ten ostatni po zabiegu ustąpił.

Według autorów można z powyższych przykładów wyprowadzić tylko jeden wniosek, a mianowicie, że zarówno zabieg chirurgiczny, jak i ogólne znieczulenie wpływają niewątpliwie na dychawicę oskrzelową, bądźto w kierunku usunięcia napadów, bądź też w kierunku wywołania ich.

Przejściowe, ostre zaostrzenie się objawów choroby Basedowa, wywołane przez grypę. (Poussée de basédowisme, aiguë et transitoire, consecutive à la grippe). P. J a c q u e t i R. E v e n.

Soc. Méd. des Hôpit. Nr. 9, r. 1931.

Chory lat 42 zapadł na gorączkową grypę, która ustąpiła po czterech dniach. Wówczas jednak pojawiły się inne, niepokojące objawy a mianowicie żona chorego zauważyła, że chory stał się bardzo nerwowy i zaczął chudnąć w sposób szybki. Siódmego dnia okazało się, że chory jest tak osłabiony, iż nie może wstać z łóżka. W chwili przyjęcia do szpitala u chorego stwierdzono mierny wytrzeszcz oczu. ze znacznem jednak rozszerzeniem się szpary powiekowej i z tym wyrazem oczu, który pozwala na odległość rozeznać chorobę Basedowa. Chory jest bardzo wychudzony, waży 49 klgr., straciwszy podczas siedmiodniowej choroby 11 klgr. Tętno bardzo szybkie, 160 na minutę, z wybitną extrasystolją, bez innych zmian w sercu. Tarczyca nieco powiększona. Znaczne drzenie rąk. Innych zmian u chorego nie stwierdzono, w szczególności brak biegunki i potów. Moczu oddaje na dobę około 3 litrów, ze śladami cukru, bez białka i innych składników patologicznych. Ilość mocznika we krwi 0,35 pro mille, ilość cukru we krwi 1,05 pro mille. Ilość krwinek we krwi prawidłowa, ciałek białych 17,444, w tem wielojądrzastych obojętnochłonnych 52%, eozynochłonnych 2%, jednojądrzastych 24% i limfocytów 22%. Podstawowa przemiana materji wzmożona o 48%.

Choremu podano 20 kropli dziennie rozczynu Lugola (jodu 5%), przyczem chory z każdym dniem czuł się lepiej: przybywał na wadze, nabierał sił, ustępowała tachykardja i wytrzeszcz oczu. Po czternastu dniach pobytu w szpitalu, chory opuścił go a po dalszej kontroli, wdwa tygodnie później, wykazywał 7 klgr. przybytku na wadze, tętno poniżej 100 na minutę, przy bardzo dobrem samopoczuciu. Mocz chorego nie zawierał już cukru a badanie wykazało: 17000 ciałek białych, w tem 80% wielojądrzastych, obojętnochłonnych, 13 jednojądrzastych a limfocytów 7%. Podstawowa przemiana materji jest jeszcze podwyższona, lecz w znacznie mniejszym stopniu. Drżenie rąk utrzymuje się jednak. Dodatkowe wywiady wykazały, że ten chory już od dłuższego czasu, a co najmniej od półtora roku, wykazywał skłonność do bezsenności, mierną nerwowość, bicia serca a fotografja z przed trzech lat pozwala przypuszczać, na podstawie wyrazu oczu, że już wówczas istniały poronne objawy choroby Basedowa. W tym przypadku uderzają niezwykle ostre objawy zaostrzenia się choroby Basedowa, pod wpływem przebycia grypy, jak i równie szybkie znikanie tych objawów. Autorowie z zastrzeżeniem odnoszą tę poprawę do leczenia jodem.

Dzieje kłosa zboża w oskrzelu. (Aventures d'un épi de blê dans une bronche). E. R i s t i A. P é l l é.

Soc. Méd. des Hôpit. Nr. 9, r. 1931.

Historja choroby dotyczy chłopca, który w wieku lat 12-tu, podczas spaceru ze swymi rodzicami, wziął do ust kawałek kłosa zbożowego, który miał rzekomo wetchnąć. Wypadek ten wywołał bardzo gwałtowny kaszel, który niebawem jednak przeszedł bez śladu. W trzy dni później chłopiec dostał gorączki, która trwała 29 dni i była rozpoznana jako dur brzuszny. W przebiegu tej sprawy chorobowej miały wystąpić nieznaczne objawy w dole prawego płuca. Po dwumiesięcznej przerwie chłopiec dostał stanów podgorączkowych, prześwietlenie promieniami Rentgena nie wykazało jednak żadnych zmian. W pół roku po wypadku stwierdzono nad prawem płucem nieżyt oskrzeli natury grypowej. Ponieważ chłopiec często wykazywał stany podgorączkowe, przeto po siedmiu miesiącach poddano go znowu prześwietleniu promieniami Rentgena, które wykazało tylko silniejszy rysunek oskrzeli i naczyń w dole prawego płuca. Wówczas rozpoznano gruźlicę, a nawet pro-

jektowano założenie odmy sztucznej. Badanie laryngologiczne wykryło w tym czasie wegetacje adenoidalne, które wycięto. Dobry stan ogólny chłopca, dobry apetyt i zysk na wadze, przy braku zmian w miąższu płucnym, usprawiedliwiało powyższe rozpoznanie, jako przyczynę nieżytu i stanów podgorączkowych; wypadek z kłosem był zupełnie zapomiany. Od czasu zabiegu operacyjnego wystąpił kaszel coraz silniejszy oraz odpluwanie plwociny ropnej, w której nie wykryto prątków gruźliczych. Oddech chorego miał być w tym czasie cuchnący. W półtora miesiąca po zabiegu, wśród silnego napadu kaszlu, chory odpluł kłos zboża z trzema nietkniętemi ziarnami o czarnem zabarwieniu. Kłos ten posiadał wybitnie cuchnącą woń. Natychmiast po odkaszlnięciu oraz przez parę dni następnych chory odpluwał znaczniejsze ilości cuchnącej ropy. Badanie fizykalne wykazało stłumienie po stronie prawej w dole oraz grubobańkowe rzężenia. Zdjęcie rentgenowskie, po wprowadzeniu lipiodolu, wykazało rozstrzeń oskrzeli i zaciemnienie dolnego płatu prawego płuca. W trzy tygodnie po odpluciu kłosa ciepłota ciała prawidłowa, odpluwanie znacznie mniejsze, stan ogólny dobry. Stłumienie nad dolną częścią prawego płuca jednak się utrzymuje, jak i zaciemnienie na zdjęciu rentgenowskiem, choć rzężenia znikły. Chorego przewieziono do Paryża i postanowiono wówczas nadal wyczekiwać, a projektowaną bronchoskopję odłożono do ewentualnego pogorszenia się. Stan chłopca stale się polepszał, a w rok po wypadku z kłosem pozostała tylko słabsza ruchomość prawej strony przepony i nieznaczne zaciemnienie w samym dole prawego płuca. W pół roku później widoczny był tylko nieznaczny cień tkanki łącznej. Należy nadmienić, że kolbowate rozszerzenie się palców, które powstało w pół roku po wypadku, znikło wraz z wyleczeniem.

Autorowie zwracają uwagę na cały szereg szczegółów. Przedewszystkiem uderzają minimalne objawy bezpośrednio po wetchnięciu kłosa. Gorączka wystąpiła dopiero w trzy dni później, a i wówczas ze strony narządu oddechowego objawy były niewielkie, skoro rozpoznano dur brzuszny. Kłos pozostawał w oskrzelu przez 8 miesięcy, powodując tylko odpluwanie śluzowej plwociny, bez żadnych wyraźnych zmian w płucach. Charakterystycznem też jest, że właściwe objawy chorobowe ze strony płuc, a więc ropienie i naciek tkanki powstały bezpośrednio po zabiegu chirurgicznym w gardzieli, czego dokonano w ogólnem znieczuleniu. Prawdopodobnie zatem dopiero wówczas nastąpiło zakażenie oskrzela beztlenowymi zarazkami jamy ustnej. Utworzenie się niewątpliwie znacznej ilości ropy umożliwiło dopiero odwrócenie się kłosa i wyrzucenie go nazewnątrz. Wreszcie uderza szybkość wyleczenia się sprawy chorobowej po wydaleniu ciała obcego.

Autorowie zwracają też uwagę na to, że prawdopodobnie niektóre szybkie i jakgdyby samoistne wyleczenia ropni płuca polegają na wydaleniu nazewnątrz ciał obcych, których obecności w oskrzelu nie podejrzewano i które nie dają cienia w obrazie rentgenologicznym.

Dyskusja.

R. Debré podkreśla ostatnią uwagę *Rista* i przytacza z własnego doświadczenia przypadki ognisk zapalnych w płucach, lub nawet zgorzeli płuca po operacjach laryngologicznych gardzieli. Najprawdopodobniej w tych przypadkach nieznaczne cząsteczki usuniętej lecz zakażonej tkanki dostają się do oskrzeli i tam wywołują zmiany, analogiczne do zmian, opisanych w powyższym przypadku.

Flandin przytacza obserwacje z kliniki Dieulafoy, dotyczącą ropnia płuc, który powstał w parę miesięcy po wetchnięciu pestki mandarynki. Odplucie znacznej ilości ropy, w której znaleziono tę pestkę, spowodowało następowe wyleczenie sprawy chorobowej. W innym przypadku przy prześwietlaniu promieniami Rentgena stwierdzono obecność gwoździa w oskrzelu. Gwóźdź ten nie dawał żadnych objawów chorobowych, a chory nie umiał sobie przypomnieć faktu wetchnięcia tego ciała obcego. Gwóźdź usunięto zapomocą bronchoskopji.

Cathala przytacza przypadek kobiety 40-letniej, która wykazywała przekrwienie płucno-opłucnowe u podstawy prawego płuca. Po sześciu tygodniach gorączki utrzymywał się stan podgorączkowy, przy dobrym stanie ogólnym. Mimo wielokrotnych, ujemnych badań na obecność prótków Kocha w plwocinie śluzowo-ropnej oraz braku wyraźniejszych zmian w płucach, u chorej rozpoznano gruźlicę i odpowiednio ją leczono. Pewnego dnia chora odpluła ciało obce, twarde, nieregularne, przypominające kamień moczowy. Po wydaleniu tego ciała chora wyzdrowiała. Niestety, kamień ten nie był badany chemicznie, przeto istota tej „kamicy płucnej" jest niewyjaśniona.

Stwardnienie płuc wywołane przez obce ciało w oskrzelu. (Sclérose pulmonaire consécutive à la persistance pendant cinq ans d'un corps étranger dans une bronche. Infection tuberculeuse secondaire). A. Lemièrre i R. Cattan.

Soc. Méd. des Hôpit. Nr. 10 r. 1931.

Chory lat 51, murarz z zawodu, zgłasza się do szpitala z powodu krwioplucia, trwającego kilka dni. Początek obecnej choroby sięga 40 lat wstecz, kiedy chory jako jedenastoletni chłopak wetchnął szklaną rurkę o długości 4cm i szerokości 0,5 cm. Ponieważ ta rurka była z jednej strony odłamana, przeto po wetchnięciu jej nastąpiły krwioplucia, trwające 6 miesięcy. Później stan chorego poprawił się, lecz krwioplucia powtarzały się co pewien czas. W 5 lat po tym wypadku, wśród gwałtownego kaszlu, chory odpluł wspomnianą rurkę. Od tego czasu czuł się zdrów, choć co pewien czas miewał krwioplucia; nie leczył się nigdy. Obecnie zgłasza się poraz pierwszy do szpitala. Badanie fizykalne wykrywa zmiany w lewem płucu, szczególnie wyraźne z przodu w szczycie i z tyłu w dole. W szczycie tym stwierdza się objawy jamy płucnej, pozostałe zmiany należy odnieść do zmian włóknistych. W plwocinie wykryto po homogenizacji prątki Kocha. Po krótkim pobycie w szpitalu krwioplucie ustąpiło i chory na własne żądanie opuścił szpital.

Autorowie podkreślają, że w powyższym przypadku pięcioletnie przebywanie obcego ciała w oskrzelu, prawdopodobnie lewego płuca, było przyczyną nietylko krwioplucia, ale i bujania tkanki łącznej. Co się tyczy objawów jamy w lewym szczycie, autorowie sądzą, że chodzi tu o zespół jamy rzekomej wskutek przesunięcia śródpiersia,

a zwłaszcza tchawicy ku stronie lewej przez tkankę bliznowatą. Na korzyść tej hipotezy przemawia prześwietlenie promieniami Rentgena, które wykazuje wyraźne przesunięcie tchawicy. Sama postać gruźlicy jest dobrotliwa.

Dyskusja.

E. Sergent opisuje przypadek chorej lat 50-ciu, która od szeregu lat cierpiała na krwioplucia w czasie perjodów i którą leczono na gruźlicę płucną. Prześwietlenie promieniami Rentgena wykazuje obecność dużego cienia w okolicy prawej wnęki, o kształcie pestki śliwki, otoczonego jakgdyby aureolą o mniejszej przejrzystości. Ten cień był uważany przez lekarzy w Berlinie za klasyczny przykład ogniska gruźliczego, które było przyczyną powstawania krwioplucia, a nawet zdjęcie płuc miało wejść do monografji tego tematu. Kształt tego ogniska nasuwał jednak pewne wątpliwości, przyczem należy podkreślić, że wygląd chorej był bardzo dobry a kilkakrotne badanie plwociny nie wykazało nigdy obecności prątków Kocha. Staranne wywiady wykryły, że z opowiadań swej matki chora wie, iż w drugim roku życia wetchnęła pestkę od śliwki, która o mało, że nie wywołała uduszenia, że długi czas pluła krwią, miała gorączkę, przyczem rozpoznano zapalenie płuc, po którem przez następnych parę tygodni odpluwała sporo ropnej plwociny, często cuchnącej. Po przejściu całej tej chorobowej sprawy, przez całe życie była zdrowa, wyjąwszy krwioplucia w okresie perjodów. Autor tłumaczy, że w powyższym przypadku ropna sprawa naokoło pestki od śliwki umożliwiła przejście tego ciała z oskrzela w tkankę płucną, a skutkiem szczęśliwego zbiegu okoliczności sprawa ropna uległa wyleczeniu. Natomiast naokoło ciała obcego wytworzyła się tkanka łączna, bogata w naczynia krwionośne, które ulegają przekrwieniom w okresie perjodów, podobnie tkanka łączna, bogata w naczynia krwionośne, które ulegają przekrwieniom w okresie perjodów, podobnie jak to ma miejsce naokoło gruźliczych ognisk zwapniałych. Krwawienia te znikają skoro te „kamienie płucne" zostają wydalone nazewnątrz.

Śmiertelny przypadek choroby Quincke'go. (Un cas mortel de maladie de Quincke avec crises douloureuses abdominales accompagnées de spasmes vasculaires). Pasteur Vallery-Radot i P. Blamoutier.

Soc. Méd. des Hôpit. Nr. 11 r. 1931.

Zwyczajnym objawem choroby Quincke'go jest pojawianie się obrzęków na rozmaitych okolicach ciała. Niekiedy jednak obrzęk ten jest na drugim planie, podczas gdy na plan pierwszy występują objawy ze strony rozmaitych narządów. Tego rodzaju przypadek autorowie tu przytaczają.

Chory lat 51, lekarz z zawodu, pochodził z rodziny zdrowej. Ani jego rodzina, ani on sam do 31 roku życia, nie wykazywali żadnych objawów anafilaksji lub uczulenia, ani też zaburzeń ze strony gruczołów dokrewnych lub układu wegetatywnego. Dopiero w 31 roku życia nagle wystąpiły nudności i ból żołądka, lecz objawy te ustąpiły po paru godzinach. W tym okresie chory stracił 21 klgr. na wadze. Od tego czasu aż do obecnej chwili występowały napady, z początku rzadsze, ostatnio znacznie częstsze, gdyż prawie co tydzień.

Te napady polegały na: uczuciu znacznego osłabienia, występującego rano, później pojawiała się czkawka lub borborygmia oraz ból w nadbrzuszu. Ból był ściśle umiejscowiony, bądź to w wpuście żołądka, bądź też w trzonie lub w odźwierniku. Po nudnościach często występował obfity ślinotok. W silniejszych napadach dochodziło do wymiotów, które były albo śluzowe albo kwaśne lub żółciowe i powtarzały się kilka razy dziennie. W niektórych napadach występowały biegunki lub zaparcia z biegunkami. Po ustąpieniu bólów pojawiła się znowu borborygmia, przyczem jednak chory mimo osłabienia czuł się już znacznie lepiej. W parę godzin później chory przyjmował normalny posiłek i czuł się zupełnie zdrowy. Podczas tych napadów, nie zawsze lecz często, występowały obrzęki skóry, ograniczone do rozmaitych części ciała, blade i twarde. Raz pojawił się obrzęk głośni i nie wiele wówczas brakowało do wykonania tracheotomji. Od tego czasu chory zawsze nosił przy sobie rurkę intubacyjną. Czasem występowały także krwioplucia. W okresach wolnych od napadu chory pędził czynny żywot lekarza-praktyka na wsi.

Od trzech lat, w okresach między napadowych, zaczęły występować inne objawy, a mianowicie chromanie przestankowe oraz uczucie zimna w kończynach, parestezje, doigt mort i t. p. Badanie oscylometryczne wykazało brak oscylacji na kończynach lub znaczne ich zmniejszenie, przemawiające za zmianami w naczyniach, jednakowoż nie na tle kiłowym, gdyż wszystkie badania przeciwko temu przemawiały.

Chorego umieszczono w szpitalu, gdzie w czasie jednego z powyżej opisanych napadów, dokonano szeregu badań. Z obserwacji tych wynika, że w czasie napadu bólów w jamie brzusznej istnieje znaczna przeczulica skóry brzucha, i t. zw. raie blanche, ciepłota ciała podnosi się nieznacznie. Ciśnienie skurczowe i rozkurczowe w czasie napadu obniża się, co tłumaczy znaczne osłabienie, na jakie skarży się chory. W czasie napadu stwierdzono także pojawienie się ciał ketonowych w moczu. Badanie moczu nie wykrywa żadnych innych czynników patologicznych. Badanie czynnościowe nerek wykazuje zaburzenia. Podczas napadu, we krwi pojawia się leukocytoza neutrofilna, po napadzie leukopenja ze względną limfocytozą. Nadto po napadzie można było stwierdzić mierną eozynofilję. Wahania cukru we krwi były nieznaczne, pH krwi i zasób zasad są nieco wyższe podczas napadu. Cholesterynemja między napadami wyraźna (2.78 pro mille), mocznik we krwi podczas napadu nieco się zwiększa. Podstawowa przemiana materji prawidłowa, prześwietlenie przewodu pokarmowego promieniami Rentgena nie wykazało odchyleń od normy. Odczyny skórne w kierunku wykrycia uczulenia dały wynik ujemny, badanie odruchu oczno-sercowego wypadło w granicach normy.

Liczne próby lecznicze nie dały żadnego wyniku. Stosowano ostre djety, zwłaszcza jarzynowe, następnie wstrzykiwania peptonu, mleka, rozmaitych szczepionek, krwi własnej chorego i obcej, chlorku wapnia, podsiarczynu sodu, wreszcie stosowano diatermję i inne zabiegi lecznicze.

jektowano założenie odmy sztucznej. Badanie laryngologiczne wykryło w tym czasie wegetacje adenoidalne, które wycięto. Dobry stan ogólny chłopca, dobry apetyt i zysk na wadze, przy braku zmian w miąższu płucnym, usprawiedliwiało powyższe rozpoznanie, jako przyczynę nieżytu i stanów podgorączkowych; wypadek z kłosem był zupełnie zapomiany. Od czasu zabiegu operacyjnego wystąpił kaszel coraz silniejszy oraz odpluwanie plwociny ropnej, w której nie wykryto prątków gruźliczych. Oddech chorego miał być w tym czasie cuchnący. W półtora miesiąca po zabiegu, wśród silnego napadu kaszlu, chory odpluł kłos zboża z trzema nietkniętemi ziarnami o czarnem zabarwieniu. Kłos ten posiadał wybitnie cuchnącą woń. Natychmiast po odkaszlnięciu oraz przez parę dni następnych chory odpluwał znaczniejsze ilości cuchnącej ropy. Badanie fizykalne wykazało stłumienie po stronie prawej w dole oraz grubobańkowe rzężenia. Zdjęcie rentgenowskie, po wprowadzeniu lipiodolu, wykazało rozstrzeń oskrzeli i zaciemnienie dolnego płatu prawego płuca. W trzy tygodnie po odpluciu kłosa ciepłota ciała prawidłowa, odpluwanie znacznie mniejsze, stan ogólny dobry. Stłumienie nad dolną częścią prawego płuca jednak się utrzymuje, jak i zaciemnienie na zdjęciu rentgenowskiem, choć rzężenia znikły. Chorego przewieziono do Paryża i postanowiono wówczas nadal wyczekiwać, a projektowaną bronchoskopję odłożono do ewentualnego pogorszenia się. Stan chłopca stale się polepszał, a w rok po wypadku z kłosem pozostała tylko słabsza ruchomość prawej strony przepony i nieznaczne zaciemnienie w samym dole prawego płuca. W pół roku później widoczny był tylko nieznaczny cień tkanki łącznej. Należy nadmienić, że kolbowate rozszerzenie się palców, które powstało w pół roku po wypadku, znikło wraz z wyleczeniem.

Autorowie zwracają uwagę na cały szereg szczegółów. Przedewszystkiem uderzają minimalne objawy bezpośrednio po wetchnięciu kłosa. Gorączka wystąpiła dopiero w trzy dni później, a i wówczas ze strony narządu oddechowego objawy były niewielkie, skoro rozpoznano dur brzuszny. Kłos pozostawał w oskrzelu przez 8 miesięcy, powodując tylko odpluwanie śluzowej plwociny, bez żadnych wyraźnych zmian w płucach. Charakterystycznem też jest, że właściwe objawy chorobowe ze strony płuc, a więc ropienie i naciek tkanki powstały bezpośrednio po zabiegu chirurgicznym w gardzieli, czego dokonano w ogólnem znieczuleniu. Prawdopodobnie zatem dopiero wówczas nastąpiło zakażenie oskrzela beztlenowymi zarazkami jamy ustnej. Utworzenie się niewątpliwie znacznej ilości ropy umożliwiło dopiero odwrócenie się kłosa i wyrzucenie go nazewnątrz. Wreszcie uderza szybkość wyleczenia się sprawy chorobowej po wydaleniu ciała obcego.

Autorowie zwracają też uwagę na to, że prawdopodobnie niektóre szybkie i jakgdyby samoistne wyleczenia ropni płuca polegają na wydaleniu nazewnątrz ciał obcych, których obecności w oskrzelu nie podejrzewano i które nie dają cienia w obrazie rentgenologicznym.

Dyskusja.

R. Debré podkreśla ostatnią uwagę *Rista* i przytacza z własnego doświadczenia przypadki ognisk zapalnych w płucach, lub nawet zgorzeli płuca po operacjach laryngologicznych gardzieli. Najprawdopodobniej w tych przypadkach nieznaczne cząsteczki usuniętej lecz zakażonej tkanki dostają się do oskrzeli i tam wywołują zmiany, analogiczne do zmian, opisanych w powyższym przypadku.

Flandin przytacza obserwacje z kliniki Dieulafoy, dotyczącą ropnia płuc, który powstał w parę miesięcy po wetchnięciu pestki mandarynki. Odplucie znacznej ilości ropy, w której znaleziono tę pestkę, spowodowało następowe wyleczenie sprawy chorobowej. W innym przypadku przy prześwietlaniu promieniami Rentgena stwierdzono obecność gwoździa w oskrzelu. Gwóźdź ten nie dawał żadnych objawów chorobowych, a chory nie umiał sobie przypomnieć faktu wetchnięcia tego ciała obcego. Gwóźdź usunięto zapomocą bronchoskopji.

Cathala przytacza przypadek kobiety 40-letniej, która wykazywała przekrwienie płucno-opłucnowe u podstawy prawego płuca. Po sześciu tygodniach gorączki utrzymywał się stan podgorączkowy, przy dobrym stanie ogólnym. Mimo wielokrotnych, ujemnych badań na obecność prótków Kocha w plwocinie śluzowo-ropnej oraz braku wyraźniejszych zmian w płucach, u chorej rozpoznano gruźlicę i odpowiednio ją leczono. Pewnego dnia chora odpluła ciało obce, twarde, nieregularne, przypominające kamień moczowy. Po wydaleniu tego ciała chora wyzdrowiała. Niestety, kamień ten nie był badany chemicznie, przeto istota tej „kamicy płucnej" jest niewyjaśniona.

Stwardnienie płuc wywołane przez obce ciało w oskrzelu. (Sclérose pulmonaire consécutive à la persistance pendant cinq ans d'un corps étranger dans une bronche. Infection tuberculeuse secondaire). A. Lemièrre i R. Cattan.

Soc. Méd. des Hôpit. Nr. 10 r. 1931.

Chory lat 51, murarz z zawodu, zgłasza się do szpitala z powodu krwioplucia, trwającego kilka dni. Początek obecnej choroby sięga 40 lat wstecz, kiedy chory jako jedenastoletni chłopak wetchnął szklaną rurkę o długości 4cm i szerokości 0,5 cm. Ponieważ ta rurka była z jednej strony odłamana, przeto po wetchnięciu jej nastąpiły krwioplucia, trwające 6 miesięcy. Później stan chorego poprawił się, lecz krwioplucia powtarzały się co pewien czas. W 5 lat po tym wypadku, wśród gwałtownego kaszlu, chory odpluł wspomnianą rurkę. Od tego czasu czuł się zdrów, choć co pewien czas miewał krwioplucia; nie leczył się nigdy. Obecnie zgłasza się poraz pierwszy do szpitala. Badanie fizykalne wykrywa zmiany w lewem płucu, szczególnie wyraźne z przodu w szczycie i z tyłu w dole. W szczycie tym stwierdza się objawy jamy płucnej, pozostałe zmiany należy odnieść do zmian włóknistych. W plwocinie wykryto po homogenizacji prątki Kocha. Po krótkim pobycie w szpitalu krwioplucie ustąpiło i chory na własne żądanie opuścił szpital.

Autorowie podkreślają, że w powyższym przypadku pięcioletnie przebywanie obcego ciała w oskrzelu, prawdopodobnie lewego płuca, było przyczyną nietylko krwioplucia, ale i bujania tkanki łącznej. Co się tyczy objawów jamy w lewym szczycie, autorowie sądzą, że chodzi tu o zespół jamy rzekomej wskutek przesunięcia śródpiersia,

a zwłaszcza tchawicy ku stronie lewej przez tkankę bliznowatą. Na korzyść tej hipotezy przemawia prześwietlenie promieniami Rentgena, które wykazuje wyraźne przesunięcie tchawicy. Sama postać gruźlicy jest dobrotliwa.

Dyskusja.

E. Sergent opisuje przypadek chorej lat 50-ciu, która od szeregu lat cierpiała na krwioplucia w czasie perjodów i którą leczono na gruźlicę płucną. Prześwietlenie promieniami Rentgena wykazuje obecność dużego cienia w okolicy prawej wnęki, o kształcie pestki śliwki, otoczonego jakgdyby aureolą o mniejszej przejrzystości. Ten cień był uważany przez lekarzy w Berlinie za klasyczny przykład ogniska gruźliczego, które było przyczyną powstawania krwioplucia, a nawet zdjęcie płuc miało wejść do monografji tego tematu. Kształt tego ogniska nasuwał jednak pewne wątpliwości, przyczem należy podkreślić, że wygląd chorej był bardzo dobry a kilkakrotne badanie plwociny nie wykazało nigdy obecności prątków Kocha. Staranne wywiady wykryły, że z opowiadań swej matki chora wie, iż w drugim roku życia wetchnęła pestkę od śliwki, która o mało, że nie wywołała uduszenia, że długi czas pluła krwią, miała gorączkę, przyczem rozpoznano zapalenie płuc, po którem przez następnych parę tygodni odpluwała sporo ropnej plwociny, często cuchnącej. Po przejściu całej tej chorobowej sprawy, przez całe życie była zdrowa, wyjąwszy krwioplucia w okresie perjodów. Autor tłumaczy, że w powyższym przypadku ropna sprawa naokoło pestki od śliwki umożliwiła przejście tego ciała z oskrzela w tkankę płucną, a skutkiem szczęśliwego zbiegu okoliczności sprawa ropna uległa wyleczeniu. Natomiast naokoło ciała obcego wytworzyła się tkanka łączna, bogata w naczynia krwionośne, które ulegają przekrwieniom w okresie perjodów, podobnie tkanka łączna, bogata w naczynia krwionośne, które ulegają przekrwieniom w okresie perjodów, podobnie jak to ma miejsce naokoło gruźliczych ognisk zwapniałych. Krwawienia te znikają skoro te „kamienie płucne" zostają wydalone nazewnątrz.

Śmiertelny przypadek choroby Quincke'go. (Un cas mortel de maladie de Quincke avec crises douloureuses abdominales accompagnées de spasmes vasculaires). Pasteur Vallery-Radot i P. Blamoutier.

Soc. Méd. des Hôpit. Nr. 11 r. 1931.

Zwyczajnym objawem choroby Quincke'go jest pojawianie się obrzęków na rozmaitych okolicach ciała. Niekiedy jednak obrzęk ten jest na drugim planie, podczas gdy na plan pierwszy występują objawy ze strony rozmaitych narządów. Tego rodzaju przypadek autorowie tu przytaczają.

Chory lat 51, lekarz z zawodu, pochodził z rodziny zdrowej. Ani jego rodzina, ani on sam do 31 roku życia, nie wykazywali żadnych objawów anafilaksji lub uczulenia, ani też zaburzeń ze strony gruczołów dokrewnych lub układu wegetatywnego. Dopiero w 31 roku życia nagle wystąpiły nudności i ból żołądka, lecz objawy te ustąpiły po paru godzinach. W tym okresie chory stracił 21 klgr. na wadze. Od tego czasu aż do obecnej chwili występowały napady, z początku rzadsze, ostatnio znacznie częstsze, gdyż prawie co tydzień.

Te napady polegały na: uczuciu znacznego osłabienia, występującego rano, później pojawiała się czkawka lub borborygmia oraz ból w nadbrzuszu. Ból był ściśle umiejscowiony, bądź to w wpuście żołądka, bądź też w trzonie lub w odźwierniku. Po nudnościach często występował obfity ślinotok. W silniejszych napadach dochodziło do wymiotów, które były albo śluzowe albo kwaśne lub żółciowe i powtarzały się kilka razy dziennie. W niektórych napadach występowały biegunki lub zaparcia z biegunkami. Po ustąpieniu bólów pojawiła się znowu borborygmia, przyczem jednak chory mimo osłabienia czuł się już znacznie lepiej. W parę godzin później chory przyjmował normalny posiłek i czuł się zupełnie zdrowy. Podczas tych napadów, nie zawsze lecz często, występowały obrzęki skóry, ograniczone do rozmaitych części ciała, blade i twarde. Raz pojawił się obrzęk głośni i nie wiele wówczas brakowało do wykonania tracheotomji. Od tego czasu chory zawsze nosił przy sobie rurkę intubacyjną. Czasem występowały także krwioplucia. W okresach wolnych od napadu chory pędził czynny żywot lekarza-praktyka na wsi.

Od trzech lat, w okresach między napadowych, zaczęły występować inne objawy, a mianowicie chromanie przestankowe oraz uczucie zimna w kończynach, parestezje, doigt mort i t. p. Badanie oscylometryczne wykazało brak oscylacji na kończynach lub znaczne ich zmniejszenie, przemawiające za zmianami w naczyniach, jednakowoż nie na tle kiłowym, gdyż wszystkie badania przeciwko temu przemawiały.

Chorego umieszczono w szpitalu, gdzie w czasie jednego z powyżej opisanych napadów, dokonano szeregu badań. Z obserwacji tych wynika, że w czasie napadu bólów w jamie brzusznej istnieje znaczna przeczulica skóry brzucha, i t. zw. raie blanche, ciepłota ciała podnosi się nieznacznie. Ciśnienie skurczowe i rozkurczowe w czasie napadu obniża się, co tłumaczy znaczne osłabienie, na jakie skarży się chory. W czasie napadu stwierdzono także pojawienie się ciał ketonowych w moczu. Badanie moczu nie wykrywa żadnych innych czynników patologicznych. Badanie czynnościowe nerek wykazuje zaburzenia. Podczas napadu, we krwi pojawia się leukocytoza neutrofilna, po napadzie leukopenja ze względną limfocytozą. Nadto po napadzie można było stwierdzić mierną eozynofilję. Wahania cukru we krwi były nieznaczne, pH krwi i zasób zasad są nieco wyższe podczas napadu. Cholesterynemja między napadami wyraźna (2.78 pro mille), mocznik we krwi podczas napadu nieco się zwiększa. Podstawowa przemiana materji prawidłowa, prześwietlenie przewodu pokarmowego promieniami Rentgena nie wykazało odchyleń od normy. Odczyny skórne w kierunku wykrycia uczulenia dały wynik ujemny, badanie odruchu oczno-sercowego wypadło w granicach normy.

Liczne próby lecznicze nie dały żadnego wyniku. Stosowano ostre djety, zwłaszcza jarzynowe, następnie wstrzykiwania peptonu, mleka, rozmaitych szczepionek, krwi własnej chorego i obcej, chlorku wapnia, podsiarczynu sodu, wreszcie stosowano diatermję i inne zabiegi lecznicze.

Chory zmarł nagle: po całym dniu pracy, powrócił do domu, skarżąc się na lekki ból gardła. Po położeniu się do łóżka, chory w nocy zerwał się nagle, chwytając się za gardło, odpluł nieco krwi i zmarł, nie wypowiedziawszy ani jednego słowa. Śmierć nastąpiła prawdopodobnie z powodu ostrego obrzęku głośni.

Chory pozostawił córkę w wieku 26 lat, która od dwóch i pół lat cierpi również na lekkie objawy obrzęku Quincke'go oraz na napady bólu w jamie brzusznej, połączone z uczuciem zimna, obfitem poceniem się, skłonnością do omdleń, nudnościami i zaburzeniami jelitowemi.

W omówieniu powyższego przypadku, autorowie odnoszą objawy w jamie brzusznej, szczególnie zaś żołądka, do ostrych obrzęków śluzówki żołądka, analogicznych do obrzęków skóry. Choroba Quincke'go w tym przypadku powikłana jest skurczami naczyń w zakresie kończyn dolnych i górnych, które wskutek długiego trwania doprowadziły prawdopodobnie do zmian anatomicznych w naczyniach.

D y s k u s j a.

Laubry zgadza się z powyższem ujęciem przypadku, jako zespołu ogólnej napadowej sympatikotonji i podkreśla prawdopodobną słuszność hipotezy, że zmiany anatomiczne w naczyniach kończyn są raczej skutkiem a nie przyczyną stanów spastycznych naczyń, które wywołały chorobowe objawy, spostrzegane w powyższym przypadku, osobliwie zaś chromanie przestankowe. *Laubry* przypomina przytem, że być może także i zmiany w naczyniach wieńcowych serca, stwierdzane u chorych, którzy cierpieli na dusznicę bolesną, nieraz przez długi szereg lat — że te zmiany były również nie przyczyną, lecz skutkiem często powtarzających się stanów spastycznych tych naczyń. Wreszcie należy podkreślić fatalne zejście choroby Quinckego, która w przeważającej liczbie przypadków przebiega dobrotliwie. Znany jest przypadek śmierci w powyższej chorobie, wywołany ostrym obrzękiem płuc.

Z. Gorecki.

CHIRURGJA

Rozważania kliniczno-statystyczne na temat raka trzonu macicy. (A propos du cancer du corps uterin. Etude clinique et statistique). T i x i e r i P o l l o s s o n.

Lyon Chirurg. XXVIII, Nr. 1, styczeń—luty 1931.

Rak trzonu macicy jest uważany przez większość chirurgów, zresztą zupełnie niesłusznie, za schorzenie rzadkie i przedstawiające pod względem rozpoznawczym duże trudności. Autorowie — wprost przeciwnie — uważają raka trzonu macicy za schorzenie, względnie częste, którego częstość występowania wynosi 10% wszystkich raków macicy. Jego rozpoznanie bynajmniej nie jest trudne i opiera się z jednej strony na występowaniu krwawień u kobiet starszych, prawie zawsze d o p i e r o w p a r ę l a t p o c a ł k o w i t e m u s t a n i u p e r j o d ó w, z drugiej zaś — na następujących dwu objawach: u p ł a w a c h k r w a w y c h i b ó l a c h.

Pierwszym objawem, który zwraca uwagę chorych, jest krwawa wydzielina z pochwy, ciągnąca się, czasami cuchnąca, naogół niezbyt obfita, ale zato stale sącząca się, uporczywa, nie poddająca się zwykłemu leczeniu (leżenie w łóżku, przemywania pochwy). Bóle występują trochę później, są to — bolesne darcia w okolicach lędźwiowych, bolesne ciążenie w małej miednicy, bóle typu neuralgicznego w obu udach, kolka maciczna. Stan ogólny mało tutaj cierpi, pomimo częstych naogół stanów gorączkowych (do 38°C). Należy tu podkreślić z naciskiem, że badanie dwuręczne przez pochwę jest mało pomocne, jeśli chodzi o rozpoznanie cierpienia, a często nawet sprowadza chirurga na drogę błędnego rozumowania; znajdujemy tu najczęściej szyjkę maciczną małą, prawidłową, zamkniętą, trzon macicy — mały i ruchomy, przydatki i sklepienia — bez zmian chorobowych, przymacicza — wolne. W rzadkich tylko przypadkach trzon macicy bywa wyraźnie powiększony.

Wszelkie zabiegi wewnątrzmaciczne (abrasio, radjografja lipjodolowa), przedsiębrane w celach rozpoznawczych, uważają autorowie za szkodliwe i naogół zbędne w przypadkach raka trzonu macicy. Sprawę rozpoznawania tego cierpienia możnaby ująć w lapidarną formę następującego aforyzmu, nie odbiegającego bynajmniej daleko od rzeczywistości: każda kobieta, u której po ustaniu zupełnem perjodów zjawiają się upławy krwawe, ma raka trzonu macicy, o ile nie ma raka szyjki.

Autorowie wypowiadają swoje uwagi na podstawie spostrzeganych przez siebie i leczonych operacyjnie 31 przypadków raka trzonu macicy. Zabieg polegał na doszczętnem wycięciu macicy (extirpatio uteri totalis). Śmiertelność pooperacyjna wyniosła 16%. Z pozostałych chorych 11 zmarło po mniej lub więcej długim okresie czasu (17 lat do 2 lat) — przyczyna śmierci nieznana, a 14 chorych żyje — (przyczem okres czasu, który upłynął od operacji do dnia dzisiejszego, wynosi przeciętnie 4—5 lat.

Mechanizm powstawania przerzutów nowotworowych. (La formation des métastases) — wygłoszono na posiedzeniu Tow. Lek. w Wiedniu przez S t e r n b e r g a. **Ref. R e m s y.**

Les Néoplasmes IX — Nr. 6, listopad—grudzień 1930.

W leczeniu operacyjnem raka jedynie doszczętne usunięcie całej chorej tkanki zabezpiecza przed nawrotem cierpienia i wystąpieniem przerzutów. Różni autorowie różnie sobie wyobrażają mechanizm wytwarzania przerzutów rakowych. *Virchow* uważa te przerzuty za wytwór płynów tkankowych, przyczem krążącym w organiźmie k o m ó r k o m n o w o t w o r o w y m przypisuje w y ł ą c z n i e r o l ę p o b u d z a j ą c ą d o w z r o s t u te elementy rakowe, które znajdują się już w danem miejscu. Ostatnio, *Beström* wypowiada pogląd podobny: przerzuty rakowe powstają nie z wędrujących komórek raka pierwotnego, a z z a r o d k o w e j t k a n k i n a c z y n i o w e j, której resztki mogą przetrwać w różnych okolicach organizmu przez całe życie. A rak pierwotny jest tylko miejscowym przejawem ogólnej choroby, wywołanej przez jakieś wewnątrzpochodne (endogenne) jady ustroju. Z tego punktu widzenia, operację należy uważać jedynie za półśrodek, pozostający bez wpływu na istotę choroby.

Poglądy powyższe wywołały żywy sprzeciw ze strony innych autorów, jak *Lubarsch, Sternberg*. Według nich, z komórek rakowych, które rozchodzą się po ustroju równie n a c z y n i a m i k r w i o n o ś n e m i, j a k i c h ł o n n e m i, powstają w pewnych warunkach przerzuty rakowe; wędrujące z obiegiem krwi i chłonki komórki rakowe o r g a n i z m m o ż e n i s z c z y ć, ale fakt ten przygotowuje tylko teren pod przyszłe przerzuty.

Jakkolwiek ustrój ludzki nie rozporządza tutaj takiemi siłami obronnemi, jak w walce z zakażeniem, tem nie mniej wytwarza w sobie pewną odporność swoistą przeciwko komórkom rakowym (Paltauf i Borst). Dopóki ta odporność utrzymuje się, dopóty organizm jest zabezpieczony przed powstawaniem przerzutów.

Wyniki najnowszych prac z dziedziny sero-diagnostyki nowotworów złośliwych. (Le séro-diagnostic des tumeurs malignes d'après les travaux recents). L a v e d a n.

Paris Médical Nr. 12, marzec 1931.

Wynik leczenia raka zależy w dużej części, jak wiadomo, od wczesnego i dokładnego rozpoznania cierpienia. Najlepsze pod tym względem wyniki daje badanie drobnowidzowe skrawków guza, jednakże zakres stosowania tego badania jest bardzo ograniczony ze względu na umiejscowienie nowotworu. Od 30 lat cały szereg autorów podaje różne metody wczesnego rozpoznawania raka, opierając się na wynikach badania jakościowego i ilościowego składników komórkowych krwi, badania własności fizykalnych, chemicznych i biologicznych surowicy krwi, wreszcie — badania jakościowego i ilościowego składników moczu. W pracy niniejszej autor uwzględnia wyłącznie p r ó b y s e r o l o g i c z n e. Są to: odczyn Betelho, odczyn Kahna (na albuminę A), Wiganda, Vercelloti i Pavesi, odczyn na czerwień obojętną Roffo, próba Fry'a, Lehmann-Facius, Clemente, d'Abderhaldena, Freund-Kaminer i inne.

Odczyny te mają pewne znaczenie jako przyczynek do wyjaśnienia mechanizmu przenikania raka do ustroju, jako całości, ale ich w a r t o ś ć r o z p o z n a w c z a j e s t z n i k o m a. Przyczem punkt ciężkości niepowodzenia tych metod leży nie w tem, że w pewnej liczbie przypadków raka odczyn serologiczny wypada ujemnie, ale w tem, że w d u ż e j l i c z b i e p r z y p a d k ó w i n n y c h s c h o r z e ń (między innemi — g r u ź l i c a i k i ł a) w y p a d a d o d a t n i o.

Według *Ménetrier*, jest zupełnie illuzorycznem szukanie jakiegoś jednego swoistego odczynu na raka, gdyż ze względu na w i e l k ą r ó ż n o r o d n o ś ć g a t u n k u r a k a, i odczynów swoistych, z których każdy miałby odpowiadać jednemu określonemu gatunkowi, musiałoby być również cały szereg.

Leczenie raka języka. (Traitement du cancer de la langue). H a r t m a n n.

Paris Médical Nr. 14, kwiecień 1931.

Rak języka może uchodzić do pewnego stopnia za raka, względnie dobrotliwego, gdyż naogół rzadko daje przerzuty (jeśli nie liczyć zajęcia gruczołów chłonnych szyjnych), ale za to szybko przerasta mięśnie języka — poza granice stwierdzalne klinicznie. Z tego też względu, a także z powodu stałej obecności w jamie ustnej różnych drobnoustrojów chorobotwórczych, wyniki pooperacyjne w poważnej liczbie przypadków są niepomyślne (śmierć, nawrót); przyczynia się do powyższego również to, że chorzy odnośni — przy braku pewności co do rozpoznania (podejrzenie tła kiłowego, gruźliczego) — zostają poddani zpoczątku leczeniu próbnemu (np. leczeniu przeciwkiłowemu), przez co tracą najlepszy czas do operacji. Zaznaczyć tu należy przy sposobności, że rak języka rozwija się dość często u osobników, którzy przebyli uprzednio z a k a ż e n i e k i ł o w e (na tle leukoplakji). Dlatego też, mając do czynienia z chorym, u którego podejrzewamy raka języka, należy wykonać, jak najwcześniej b a d a n i e d r o b n o w i d z o w e s k r a w k a g u z a i po wyjaśnieniu w ten sposób rozpoznania, przystąpić jak najszybciej do właściwego leczenia.

W ostatnich latach spostrzega się ogólnie ograniczanie wskazań do operacyjnego leczenia raka na korzyść leczenia naświetlaniami radowemi.

I. O p e r a c y j n e w y ł u s z c z e n i e g r u c z o ł ó w c h ł o n n y c h. Uśpienie ogólne; cięcie skóry wzdłuż przedniego brzegu mięśnia sutkowo-mostkowo-obojczykowego, od wyrostka sutkowatego do granicy między środkową i dolną ćwiatrką szyi; dodatkowe cięcie od połowy poprzedniego do środka brody. Całą znajdującą się tutaj luźną tkankę łączną, wraz z zawartemi w niej naczyniami i gruczołami chłonnemi i ślinianką podżuchwową (po podwiązaniu tętnicy szczękowej zewnętrznej i przewodu Whartona), usuwa się w jednym bloku. Przy wyraźnem ograniczeniu guza do jednej połowy języka w y s t a r c z a w y ł u s z c z e n i e g r u c z o ł ó w t y l k o p o j e d n e j s t r o n i e.

II. N a ś w i e t l a n i a r a d o w e g r u c z o ł ó w c h ł o n n y c h. Obecnie zarzucono prawie zupełnie różne sposoby naświetlań na korzyść „kołnierza" dookoła szyi, składającego się z wosku lub mieszaniny wosku, parafiny i trocin, a w którym zawarte są rurki radowe, ułożone w pewnem stałem oddaleniu od powierzchni skóry.

III. O p e r a c j a d o s z c z ę t n a r a k a j ę z y k a. Wycinanie guza przez okolicę ponadgnykową ma tę złą stronę, że wytwarza połączenie między przestrzenią po wyłuszczonych gruczołach chłonnych a zakażoną jamą ustną, stąd niebezpieczeństwo następowej ropowicy. Autor jest zwolennikiem operacji przez usta (po uprzedniem rozszerzeniu otworu ustnego czasowe przecięcie policzków od kąta ust do żwacza); w 12 dni po wycięciu guza przystępował do wyłuszczenia gruczołów chłonnych.

IV. N a ś w i e t l a n i a r a d o w e g u z a p i e r w o t n e g o. Wbija się w guz i jego otoczenie igły radowe w odstępach 1 — 2-centymetrowych z tem obliczeniem, żeby na 1 cm^2 powierzchni naświetlanej wypadły 2 — 3 jednostki radowe (milli curie); przy zastosowaniu igieł 1 — 4 miligramowych czas naświetlenia wynosi przeciętnie 8 — 10 dni. Należy pamiętać o tem,

żeby nie wbijać igieł zbyt blisko kości — ze względu na niebezpieczeństwo jej obumarcia.

Jeśli teraz chodzi o wybór tego czy innego środka leczniczego, to co do gruczołów chłonnych — autor zaleca bezwzględnie operacyjne wyłuszczenie (z ewentualnem zastosowaniem następowem kołnierza radowego w przypadkach zadawnionych), co zaś do guza języka — to tutaj można się wahać przed wyborem takiej czy innej metody. Śmiertelność pooperacyjna wynosi koło 10%, a odsetka wyleczeń trwałych (3 — 23 lat) — mniej więcej jednakowo i po operacji, i po leczeniu radem — wynosi 38%. Autor w przypadkach guzów małych i dokładnie ograniczonych zaleca wycięcie, w przypadkach zaś guzów rozległych, naciekających (zwłaszcza ku podstawie języka, co się przejawia niemożnością jego wysunięcia do przodu) — naświetlania radowe.

Wreszcie u chorych, u których guz pierwotny nacieka już całe dno jamy ustnej, a na szyi widać całe pakiety gruczołów obrzmiałych, ewentualnie owrzodziałych, pozostaje tylko leczenie półśrodkami — przysypki znieczulające i odkażające, podwiązanie tętnicy szyjnej zewnętrznej (w przypadkach ciężkich krwawień).

Leczenie chirurgiczne krwotoków żołądkowo-dwunastniczych. (Traitement chirurgical des grandes hémorrhagies gastro-duodénales). Cunéo.

Paris Médical Nr. 14, kwiecień 1931 r.

Autor uwzględnia tu wyłącznie krwotoki żołądkowo - dwunastnicze w ścisłem tego słowa znaczeniu, to jest krwawienia obfite i ostro przebiegające, a pomija — krwawienia przewlekłe, powtarzające się, które z czasem dopiero doprowadzają do niedokrwistości znaczniejszego stopnia.

Najpewniejszą miarę wykrwawienia się chorego jest zachowanie się poziomu hemoglobiny we krwi; obniżenie tego poziomu poniżej 50% jest względnem przeciwskazaniem do jakiegokolwiek zabiegu operacyjnego (duże ryzyko operacyjne). Przyczyny krwotoków żołądkowo - dwunastniczych mogą być wielorakie. Do niezbyt rzadkich należą krwotoki pooperacyjne — po różnych operacjach, powikłanych zakażeniem ogólnem (arteriitis, embolia, thrombophlebitis). Spotykamy się również z krwotokami żołądkowemi w przebiegu marskości wątroby zanikowej (Laennec) (pęknięcie znacznie rozszerzonych żył wpustowo - przełykowych) i w przebiegu choroby Bantiego. Żaden z powyższych typów krwotoków żołądkowych nie daje wskazań do operacji, co najwyżej w chorobie Bantiego można myśleć o wycięciu śledziony.

Jeżeli przejdziemy teraz do krwotoków, mających swój punkt wyjścia w schorzeniu pierwotnem ściany żołądka lub dwunastnicy, to poza rakiem, który może dawać nieraz nawet gwałtowne krwotoki — nie dające zresztą wskazań do żadnego zabiegu operacyjnego, — wrzód trawienny żołądka jest najczęstszą przyczyną tego rodzaju krwotoków. Wrzody takie mogą być bardzo małe i płytkie, sięgające zaledwie do podśluzówki; nawet po nacięciu ściany żołądka odszukanie takiego wrzodu może stanowić dużą trudność dla chirurga.

Uwzględniwszy wyniki po różnego rodzaju operacjach doraźnych w przypadkach krwotoków żołądkowych wskutek wrzodu, podane w statystykach różnych chirurgów (gastrotomia i obszycie wrzodu, gastrectomia, gastroenterostomia), przychodzi autor do wniosku zupełnie ujemnego co do wartości tych operacyj. Podobnie, jak większość współczesnych chirurgów, uważa, że chorego z wrzodem żołądka w okresie krwotoku należy z reguły leczyć zachowawcze (przetaczanie krwi), dopóki nie minie całkowicie okres wstrząsu i chory nie poprawi się na tyle, żeby mógł bezpiecznie znieść zabieg operacyjny. Operacją z wyboru będzie zespolenie żołądkowo-jelitowe tylne, z ewentualnem podwiązaniem tętniczek doprowadzających krew do okolicy wrzodu, o ile miejsce to można ustalić, obmacując ścianę żołądka odzewnątrz.

U chorych, których stan ogólny jest tak dobry, że pozwala bezpiecznie na dokonanie zabiegu bardziej doszczętnego, można wykonać wycięcie częściowe żołądka. Dużą rolę, jeśli chodzi o wynik rezekcji żołądka, gra osobista wprawa i zręczność chirurga operującego, co warunkuje, że niektórzy z nich mają lepsze wyniki po rezekcjach, niż inni po zespoleniach żołądkowo-jelitowych.

Rozpoznawanie rentgenologiczne przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego. (Le diagnostic radiologique de l'appendicite chronique). Jacquet i Gally.

La Presse Méd. Nr. 21, marzec 1931.

Rozpoznanie rentgenologiczne przewlekłego zapalenia wyrostka opiera się na następujących objawach.

I. Stwierdzenie pod ekranem bolesności uciskowej okolicy wyrostka. Bolesność uciskowa na prawym talerzu biodrowym przy zwykłem badaniu klinicznem chorego może mieć tak różnorodne przyczyny, że jej wartość rozpoznawcza — jeśli chodzi o schorzenie wyrostka — zostaje znacznie ograniczona. Mogą tu wchodzić w grę: bolesne zapalenia luźnej tkanki łącznej w zakresie miednicy, zapalenia gruczołów chłonnych biodrowych i miednicznych, nerwobóle splotów trzewnych, bóle pochodzenia moczowodowego, z pęcherza żółciowego i inne. Jedynie tylko stwierdzenie pod ekranem bolesności uciskowej w jednym punkcie na wewnętrznym przebiegu kątnicy, który to punkt przemieszcza się w miarę przesuwania kątnicy, upoważnia do odniesienia tej bolesności do wyrostka.

II. Opóźnienie przechodzenia treści kontrastowej z dolnego odcinka krętnicy do kątnicy. W warunkach prawidłowych w 6 godzin po spożyciu papki kontrastowej wypełnia ona całkowicie wstępnicę aż do zagięcia wątrobowego, a w krętnicy widać tylko jej ślady. W przypadku zaś przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego (trwającego co najmniej od 2 — 3 miesięcy) po 6 godzinach większa część papki wypełnia rozszerzony i z zarysowanemi licznemi wcięciami kurczowemi dolny odcinek krętnicy. Przyczem zaznaczyć tu należy, że dla schorzenia wyrostka charakterystycznem jest nie zastój treści kontrastowej w okolicy krętniczo - kątniczej, który się utrzymuje nieraz przez 24 — 36 godzin (rak, gruźlica kątnicy) a właśnie tylko opóźnienie jej przechodzenia, jak to było wyżej podane.

III. Kurcze krętniczo-kątnicze (spasmus). Powodują one tutaj utrzymujące się przez czas dłuższy zniekształcenie prawidłowego obrazu rentgenologicznego tej okolicy, polegające na obecności na zewnętrznej stronie kątnicy szeregu wcięć, a zwłaszcza jednego dużego naprzeciwko ujścia do niej schorzałego wyrostka (analogicznie do odpowiedniego wcięcia we wrzodzie żołądka). Poza tem, cała kątnica jest obkurczona i zmniejszona nieraz do wielkości ołówka; na dolnym odcinku kątnicy zaznaczają się również wcięcia kurczowe, ale znacznie mniejsze i przelotne. Widzialność na ekranie samego wyrostka (przy jego wypełnieniu się) występuje w niewielkiej naogół liczbie przypadków i nie ma większego znaczenia rozpoznawczego.

Rozpoznawanie zrostów otrzewnowych dookoławyrostkowych na podstawie badania rentgenologicznego jest bardzo niepewne i prowadzi do częstych omyłek. Również i przechodzenie treści kontrastowej z żołądka do dwunastnicy w przebiegu przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego podlega zmianom mało charakterystycznym i niestałym.

We wszystkich spostrzeganych przez autorów przypadkach wyniki badań rentgenowskich znalazły swoje pełne potwierdzenie na stole operacyjnym, gdzie znajdywano wyrostek zgrubiały, sztywny, przekrwiony, z licznemi wybroczynami krwawemi podśluzówkowemi.

Ostra niedrożność jelitowa pochodzenia wyrostkowego. (L'occlusion intestinale d'origine appendiculaire et son traitement). Guibal.

La Presse Méd. Nr. 27, kwiecień 1931.

Mowa tu jest wyłącznie o niedrożności mechanicznej. Jest ona względnie częstą, gdyż 18% wszystkich przypadków ostrej niedrożności jelit przypada na niedrożność, wikłającą zapalenie wyrostka robaczkowego.

Bezpośrednią przyczyną, powodującą zamknięcie światła jelita, bywają zrosty otrzewnowe pasmowate, powrózkowate, powierzchniowe kątnicy, wyrostka i dolnego odcinka kątnicy, rzadziej — innych pętli jelitowych. Właściwa przeszkoda mechaniczna bywa umiejscowiona najczęściej w najniższym odcinku krętnicy, prawie nigdy — w kątnicy i wstępnicy.

Objawy niedrożności mogą wystąpić w przypadkach zapalenia wyrostka, przebiegającego skrycie lub też w sposób typowy, ewentualnie po operacji wycięcia wyrostka. W tym ostatnim przypadku objawy niedrożności mogą się zjawić albo już na drugi — trzeci dzień po operacji (zaraz po ustąpieniu objawów niedrożności porażennej), albo po 8 — 15 dniach, kiedy stan chorego całkowicie się już poprawił po zabiegu (najczęstsza postać), albo wreszcie — po miesiącach lub latach.

Objawy kliniczne są dosyć typowe: zupełne zaparcie stolca i wiatrów, wzdęcie brzucha, mdłości i wymioty (występują naogół późno), obniżenie ciepłoty, tętno miękkie ale niezbyt przyśpieszone, oliguria, suchość języka, silne osłabienie, facies abdominalis. Odróżnienie od zapalenia otrzewnej nie powinno nastręczać większych trudności; w tym ostatnim przypadku będziemy mieli ciągłe bóle brzucha, znaczne wzdęcie brzucha i jego bolesność uciskową, częste wymioty, gorączkę, częste tętno, brak stawiania się pętli jelitowych.

Nie należy przystępować do operacji zbyt szybko od chwili wystąpienia niedrożności, ponieważ w niejednym przypadku objawy te mogą samoistnie ustąpić; z drugiej strony — z zabiegiem nie należy zbytnio zwlekać, żeby nie doprowadzać chorego do znacznego zatrucia.

Zabieg polega na otwarciu jamy otrzewnowej w linji środkowej, od pępka do spojenia, i następnie — albo na usunięciu samej przyczyny niedrożności (zrost pasmowaty, wyrostek zaciskający pierścieniowato kiszkę), albo na zespoleniu odpowiednich pętli jelitowych (zwykle ciężki stan chorego nie pozwala na ten zabieg), albo wreszcie — co najczęściej bywa — na wytworzeniu przetoki jelitowej z dolnego odcinka krętnicy (tuż powyżej przeszkody), z najbardziej rozdętej pętli. Przetokę zakłada autor sposobem Witzela, bez wyłaniania pętli. Przestrzega przed rozdzielaniem rozległych zrostów pętli jelitowych ze sobą — a to ze względu na niebezpieczeństwo krwawienia, otwarcia ognisk zakażonych i bezcelowość tegoż.

Rokowanie w przypadkach ostrej niedrożności wskutek zapalenia wyrostka jest niepewne (do 50% śmiertelności), głównie dlatego, że powikłanie to dotyczy zwykle chorych już uprzednio wyniszczonych.

Wczesny objaw obrażenia trzew brzusznych w przebiegu stłuczenia i ran brzucha. (Sur un signe précoce de lésion viscérale dans les contusions et plaies de l'abdomen — signe du tremblotement péritonéal). Clavel.

La Presse Méd. Nr. 28, kwiecień 1931.

Badając chorego ze stłuczeniem lub raną brzucha wkrótce po wypadku (w ½ — 1 godziny), możemy nie stwierdzić obrażenia trzew jamy brzusznej nawet w tych przypadkach, w których obrażenie to miało rzeczywiście miejsce. Objawy miejscowe, na których możnaby oprzeć rozpoznanie uszkodzenia narządów brzusznych, są przeważnie wykładnikiem odpowiedniego odczynu otrzewnej, który zkolei potrzebuje pewnego minimum czasu dla swego powstania. Objawy ogólne są również w tych wypadkach niepewne, gdyż mogą zależeć wyłącznie od wstrząsu pourazowego. Siłą rzeczy, wówczas lekarz stara się oprzeć w swem rozpoznaniu na różnych szczegółach etjologicznych jak siła i kierunek urazu, miejsce wlotu i wylotu kuli i t. p., co prowadzi w rezultacie do nierzadkich i brzemiennych w następstwa dla chorego pomyłek.

Autor w całym szeregu przypadków stłuczenia i ran brzucha, połączonych z obrażeniem narządów wewnętrznych (żołądek, jelita, nerki, śledziona i inne), zauważył bardzo wczesne występowanie objawu dyskretnego falowania ściany brzusznej przy niewielkich nawet ilościach płynu w otrzewnej (których obecności nie udaje się wykryć opukiwaniem). Chory leży na plecach, kończyny dolne lekko zgięte w stawach biodrowych i kolanowych, powłoki brzuszne zwykle w tych razach (zaraz po wypad-

ku) bywają wiotkie. Kładzie się palce jednej ręki stroną dłoniową na ścianę brzucha w okolicy talerza biodrowego i rytmicznem uciskaniem wywołuje się szereg drobnych wstrząśnień; w razie obecności w jamie otrzewnowej niewielkich nawet ilości płynu wyczuwa się zapomocą owych palców jakby drobne falowanie, drżenie, wywołane przez zanurzone częściowo w płynie i uderzające o ścianę brzuszną pętle jelitowe (rodzaj balotowania). Jednocześnie po stronie przeciwnej widać odpowiadające owym rytmicznym wstrząśnięciom falowanie ściany brzusznej. Należy tu jednakże pamiętać o pewnych źródłach pomyłek odnośnych, mianowicie, objaw ten może wypaść dodatnio bez obrażenia trzew brzusznych — u osób z dużą zawartością tłuszczu w tkance podskórnej brzucha i w sieci dużej i przy bardzo rozszerzonym żołądku.

Związek nadkwaśności żołądka z wrzodem trawiennym żołądka i dwunastnicy. (Hypersécretion et ulcère). Carnot i Gaehlinger.
Paris Médical Nr. 14, kwiecień 1931.

Zgodnie z poglądami klasycznemi na tę sprawę, nadkwaśność i nadmierne wydzielanie żołądka są cechami nieomal patognomonicznemi dla wrzodu trawiennego żołądka i dwunastnicy; niektórzy autorowie uważają je nawet za przyczynę powstania wrzodu i przyczynę bólów, towarzyszących temu cierpieniu.

Kiedy jedni autorowie znajdują nadmiernie wzmożoną kwasotę żołądka w 96% wszystkich przypadków wrzodów trawiennych, inni — w 31% znajdują kwasotę prawidłową (ogólną i kwas solny niezwiązany) a w 14% — nawet obniżoną; są opisywane przypadki wrzodu, w których stwierdzono zupełny brak kwasu solnego w żołądku. Niektórzy twierdzą, że we wrzodzie dwunastnicy częściej się spotyka nadmierną kwasotę, niż we wrzodzie żołądka. Jest ciekawem w tem zagadnieniu, że w pewnej liczbie przypadków wrzodu dwunastnicy, leczonych wewnętrznie z bardzo dobrym wynikiem, kwasota żołądka pomimo to wzrastała.

Tłumaczenie bólów we wrzodzie trawiennym nadmierną kwasotą żołądka również wydaje się być niesłusznem; podawanie zasad łagodzi bóle nietylko w przypadkach wzmożonej kwasoty, ale również tam, gdzie kwasota jest obniżona, względnie gdzie wolnego kwasu solnego niema wcale. Kinsella twierdzi, że bóle we wrzodzie żołądka i dwunastnicy nie przestają w żadnym związku z wahaniami kwasoty żołądka, a zależą jedynie od miejscowego odczynu zapalnego i stanu napięcia tkanek.

Donald Macleod zwrócił uwagę na ten szczegół paradoksalny, że we wrzodzie dwunastnicy największe bóle są nie wtedy, kiedy żołądek jest pełny i kiedy jego zawartość stopniowo przechodzi do dwunastnicy, dotykając bezpośrednio miejsca wrzodu, a dopiero wówczas, gdy żołądek jest zupełnie pusty; tłumaczy on to w ten sposób, że ból ów jest uwarunkowany przez przechodzenie gazów z żołądka do dwunastnicy i następowe rozciąganie ściany jej górnego odcinka. Dla sprawdzenia tego wprowadzał powyższym chorym do dwunastnicy zgłębnik Einhorna i wdmuchiwał przezeń powietrze; powstające przy tem bóle były zupełnie analogiczne do tych bólów, na jakie zwykle cierpią ci chorzy.

M. Czyżewski.

CHOROBY SKÓRNE I WENERYCZNE.

Wodny wyciąg śledziony w leczeniu wyprysków i swędzenia. (L'extrait aqueux de rate dans le traitement des prurits et des eczèmas). Paul Chevallier i Léon Bloch.
Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hopitaux 1930, Nr. 35.

Autorzy stosowali w kilku przypadkach (7) swędzących dermatoz (pruritus generalisatus cryptogenicus, prur. ano. genit, eczematisatio cum pruritu) podskórne wstrzykiwania wodnego wyciągu śledziony w ilości początkowo 2 cm³, później 4 cm³ co drugi dzień. 1 cm wyciągu odpowiadał 12.5 cm. świeżej śledziony wołowej. Wstrzykiwania są zaledwie cokolwiek bolesne, wywołują przejściowy słaby odczyn miejscowy w 7 — 9 dni od pierwszego wstrzyknięcia. W przypadkach cięższych rozpoczynano leczenie odrazu od dużych dawek.

Wszystkie przypadki były leczone uprzednio bezskutecznie innemi sposobami. Oprócz leczenia wyciągiem śledziony stosowano leczenie miejscowe. Wyniki uzyskane tym sposobem były dobre. We wszystkich przypadkach osiągnięto poprawę, w niektórych wyleczenię. Od nawrotów leczenie powyższe nie chroni.

Wpływ wodnego wyciągu śledziony na eozynofilję krwi. (Action de l'extrait aqueux de rate sur l'éosinophilie sanguine). Paul Chevallier i Z. Ely.
Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hopitaux 1930, Nr. 35.

Wyciągi śledziony zdają się wywierać szczególny wpływ na eozynofilogenezę. Autorzy opisują przypadek ostrego wybuchu zmian wypryskowych u kobiety 50-letniej, wyleczonej wyciągiem (wodnym i lipoidowym) śledziony. W czasie leczenia eozynofilja spadła z 4% na 1%.

Ilość eozynofilów we krwi spada zwykle w kilka godzin po wstrzyknięciu. Podobny wpływ wywiera naświetlanie śledziony, wstrzykiwanie adrenaliny i innych wyciągów. Po spadku eozynofilji następuje często przejściowy okres hypereozynofilji. Wyciągi śledziony zawodzą w niektórych przypadkach zupełnie. Opis jednego z takich przypadków (colitis) podaje autor w swej pracy.

Schorzenia gruczołów pachwinowych. (Les adénopathies inguinales). Paul Chevallier i Jean Bernard.
Revue de Méd. 1930, Nr. 6.

Kiła: owrzodzeniu pierwotnemu prawie zawsze towarzyszy zajęcie gruczołów pachwinowych (w 99.94%), które objawia się ich powiększeniem i stwardnieniem, a w znacznej liczbie przypadków można w zajętych gruczołach stwierdzić obecność krętków. Gruczoły pachwinowe ulegają schorzeniu w 4 — 15 dni od chwili pojawienia się owrzodzenia pierwotnego. Z reguły gruczoły te są rochome, niebolesne, nie przychodzi do ich rozmiękania ani przebicia się i często oprócz pachwinowych zajęte są i inne. Spostrzegano pojedyńcze przypadki kiłowego zajęcia gruczołów pachwinowych, które poprzedzały pojawienie się wrzodu pierwotnego (wrzód pierwotny t. zw. opóźniony) i schorzenia gruczołów pachwinowych bez wrzodu pierwotnego. W okresie kiły II gruczoły pachwinowe wyglądają tak jak w kile I, towarzyszy im zawsze zajęcie i innych gruczołów.

Zmianom kiły III, kilakom nie towarzyszy zajęcie gruczołów, mogą natomiast w samych gruczołach chłonnych tworzyć się kilaki, a wtedy przebieg kliniczny nie różni się niczem od przebiegu innych kilaków.

W kile wrodzonej gruczoły chłonne oprócz nieznacznych zmian t. zw. micropolyadenopatia heredo-syphilitica, długo utrzymujące się, nie rozmiękające, czasem t. zw. scrofulosis vener., rozmiękające i przebijające się ropnie na szyi, które prawdopodobnie są tylko gruźlicą u osobników z kiłą wrodzoną.

Dymienica w przebiegu wrzodu miękkiego jest objawem bardzo znamiennym. Występuje w ilości ⅛ przypadków przypadków wszystkich wrzodów miękkich, częściej u mężczyzn. Dymienica może powstać równocześnie lub nieco później od wrzodu miękkiego, u osobnika z owrzodzeniem już zagojonem i w przypadku, w którym nigdy owrzodzenia nie było. Schorzały gruczoł pachwinowy (często jeden tylko, nigdy liczne) szybko rozmięka i przebija się na zewnątrz, tworząc owrzodzenia niekiedy bardzo rozległe. W schorzałych gruczołach rzadko stwierdza się obecność prądków Ducrey'a o ile szuka się ich w ropie, częściej natomiast w zeskrobinach ściany ropnia otwartego. Ropą, o ile zawiera skąpą ilość prątków, często nie udaje się przeszczepić wrzodu miękkiego, widocznie konieczna jest do zakażenia pewna ilość prątków. Według ciekawych badań *Kreflinga* jałowa ropa zawiera antyciała, niszczące czynne prątki D. Schorzenie wywołuje pewien stan uczulenia (allergji).

Leczenie: ogólne przy pomocy domięśniowych lub dożylnych wstrzykiwań (nigdy podskórnych) szczepionki „Dmelcos" daje wyniki bardzo dobre nawet w przypadkach dymienicy pękniętej. Wstrzykiwania wykonuje się w ilości 5 — 8 co 2 — 3 dni. Odczyn ogólny jest zawsze bardzo gwałtowny, dlatego leczenia tego nie należy stosować u osobników słabych i chorych na serce. Wyniki lecznicze po wstrzykiwaniach mleka, innych preparatów białkowych i innych szczepionek, krwi własnej są o wiele słabsze. Leczenie miejscowe dymienicy w początkowych okresach rozmiękania stosowane obecnie bywa tylko zachowawcze naświetlanie promieniami R- (małe dawki) i lampą kwarcową. Dymienice wyraźnie chełbocące nadają się do nacięcia, które nie powinno być wykonane zawcześnie, nie powinno być duże, a tylko takie, aby przez nie można było łatwo opróżnić ropień, powinno więc mieć ono raczej charakter nakłucia, wykonanego skalpelem. Po nacięciu stosuje się zwykle do ropnia jodoform suchy lub w zawiesinach. Inne środki mniej są w użyciu. Niekiedy łączy się leczenie chirurgiczne z naświetlaniami promieniami X lub ultra fjoletowemi. Dymienice pęknięte, owrzodziałe, tworzące przetoki leczy się tak jak nacięte; miejscowo przeważnie celem oczyszczenia przepłukiwania aseptyczne lub lekko antyseptyczne i jodoform, ogólnie we wszystkich postaciach i okresach wrzodów miękkich. W dymienicy dobre wyniki dają wstrzykiwania szczepionki „Dmelcos".

Nowe poglądy na przenoszenie się kiły wrodzonej. (Les idées nouvelles sur la transmission héréditaire de la syphilis). M. Péhu.
Revue de Méd. 1930, Nr. 6.

Istnieją liczne teorje, tyczące się przekazywania kiły potomstwu. Naogół stoimy wobec dwu zasadniczych zagadnień. Czy zakażenie kiłowe, przenosi się przez komórki rozrodcze ew. nasienie (transmission germinative), czy też zakażenie dokonuje się przez łożysko w łonie chorej matki (transmission diaplacentaire).

Faktem jest, że nawet przy pomocy obecnych metod nie jesteśmy w możności wykryć krętków w organizmie płodu przed piątym miesiącem życia płodowego, wobec czego zagadnienie, czy zakażenie może nastąpić wcześniej nie jest rozstrzygnięte. Zagadnienie to ma nietylko teoretyczne znaczenie. Rozstrzygnięcie tej sprawy ma przedewszystkiem duże znaczenie w lecznictwie i profilaktyce. O ile zakażenie płodu następowałoby dopiero w 5-ym miesiącu życia płodowego, wtenczas przez zastosowanie energicznego leczenia matki w pierwszych miesiącach ciąży możnaby uchronić płód od zakażenia. Do dzisiaj zestawienia statystyczne dzieci urodzonych z matek kiłowych nie rozstrzygają tego zagadnienia i w przypadkach, gdy ciężarna leczy się energicznie od 2-go miesiąca ciąży (wcześniej prawie nigdy się nie zgłaszają) nigdy z całą pewnością nie można twierdzić, że dziecko będzie zdrowe.

O roli epilacji przy pomocy pinsety. (Du role de l'épilation a la pince en dermatologie). R. Sabouraud.
La Presse Méd. 1931, Nr. 7.

Prototypem epilacji był sposób stosowany w wiekach średnich, a utrzymujący się do dzisiaj, tu i ówdzie wśród Arabów, polegający na gwałtownem zdarciu włosów z głowy, przylepionych uprzednio elastyczną przylepcową masą do czapki płóciennej. Autor widział ten sposób epilacji, który nie jest wcale tak bolesny, jakby się to mogło wydawać. Ten sposób (à la calotte) został wyparty stopniowo przez epilację pinsetą. Zasługą *Bazin'a*, a następnie *Besnier'a* było wychowanie całego zastępu epilujących. Zajęcie to stanowiło pewnego rodzaju odrębny zawód. Zręczny epilujący pozbawiał głowę wszystkich włosów w przeciągu 7-iu godzin, o wykonywał to przy pomocy tak szybkich ruchów, że ból przy zabiegu był nieznaczny, tak nieznaczny, że nie budził nawet śpiących dzieci. Ognisko woszczynowe po jednorazowej epilacji było mniej więcej do połowy wyleczone. Wystarczały 3 — 4 epilacji do wyleczenia całkowitego skóry głowy owłosionej.

Jak w przemyśle, tak i w dermatologji maszyna zastąpiła człowieka. Niewątpliwie wprowadzenie promieni X, było wielkim postępem w lecznictwie grzybic, pociągnęło jednak za sobą stopniowe znikanie tej koniecznej umiejętności, jaką jest ręczna epilacja. Bez epilacji ręcznej trudno obejść

się w niektórych przypadkach, a mianowicie: w przypadkach nawrotów grzybicy na owłosionej skórze głowy po naświetlaniu Roentgenem, ponieważ powtórne lub trzykrotne naświetlenie może spowodować trwałe wypadnięcie włosów; w przypadkach niedużych pojedyńczych ognisk grzybicy na głowie, która najczęściej pojawia się w wieku szkolnym u udzieci. W tych przypadkach na wyleczenie Roentgenem potrzeba kilku do sześciu nieraz tygodni, w czasie których dziecko nie może chodzić do szkoły, podczas gdy ręczną epilacją można w przeciągu ½ godziny pozbawić głowę schorzałych włosów. Wyższość epilacji ręcznej nad epilacją Roentgenem można ocenić również i w przypadkach ropnych zakażeń mieszków włosowych (acne keloid nuchae, Sycosis i t. p.). Poza tem wyrywając włos ręcznie, mechanicznie oczyszcza się mieszek włosowy ze złogów złuszczonego naskórka, zarodników grzybni i mikrobów. Wydobyte w ten sposób na powierzchnię mikroby i zarodniki łatwo jest zniszczyć alkoholem lub rozcieńczoną jodyną. Przy epilacji Roentgenem mieszek nie zostaje oczyszczony z zawartości i nowy włos, który wyrasta w 8 — 10 dni, bardzo łatwo ulega znowu zakażeniu. Ważne znaczenie pomocnicze ma epilacja ręczna przy podawaniu octanu talowego. W ciągu 5 dni tylko, dzielących wypadnięcie włosów od wzrostu nowych włosów — powinno się wszystkie włosy z głowy usunąć. Roentgen w tych przypadkach często zawodzi; o wiele pewniejszą jest epilacja ręczna. Są i ujemne strony epilacji ręcznej: bolesność zabiegu, zwłaszcza przy niezręcznem wykonywaniu epilacji, tworzenie się wysięku surowiczego w mieszku, jako odczyn po wyrwaniu włosa, ułatwiające zakażenie mieszka. Pomimo jednak tych stron ujemnych z wyżej wymienionych powodów dzisiaj nie można się obyć w niektórych przypadkach bez epilacji ręcznej. Tak więc użycie promieni X do epilacji z jednej strony jest postępem w lecznictwie grzybic, z drugiej zaś wywarło niekorzystny wpływ przez to, że wyparło prawie całkowicie epilację ręczną, a dwie te metody powinny mieć w dermatologji równorzędne prawa.

Dr. Zofja Jastrzębska.

POKŁOSIE TERAPEUTYCZNE.

Leczenie wrzodu żołądka wstrzykiwaniami atropiny. W przypadkach wrzodu żołądka bardzo trudno poddających się leczeniu zachowawczemu, dietetycznemu i farmakologicznemu, zanim się skieruje chorego na operację, należy spróbować wstrzykiwania podskórnego atropiny (2 razy dziennie atropinum sulfur. 0,0005 — 0,0001 g.), w ciągu 1 — 6 tygodni. Atropina działa tutaj nietylko jako środek łagodzący bóle, przez hamowanie czynności wydzielniczej i ruchowej żołądka, ale ma również wywierać działanie lecznicze na sam wrzód, powodując szybsze jego zabliźnianie się.

(Paris Méd. № 14, 1931).

M.

OPOZONES LUMIERE

ORGANOPREPARATY przygotowane specjalną metodą, polegającą na wiązaniu płynów gruczołu w kompleksy krystaliczne, przy pomocy obojętnych związków chemicznych bez ogrzewania, co zapewnia Opozonom zachowanie wszystkich czynnych składników świeżego gruczołu w stanie niezmienionym, a zatem najwyższą aktywność.

KONSERWACJA NIEOGRANICZONA: NAJEKONOMICZNIEJSZA organoterapja dla chorych.

Redaktor odpowiedzialny: *Doc. Dr. A. Wojciechowski*
Wydawca: Spółka Wydawnicza „Wiedza Lekarska".
Adres redakcji i administracji Warszawa, Kaliska 9. Tel. 724-39.
Prenumerata z przesyłką rocznie zł. 8, kwartalnie zł. 2. Konto **P. K. O. 15.785.**

		1/1 str.	½ str.	¼ str.
Ogłoszenia:	zewnętrzna strona okładki	zł. 450.—	250.—	135.—
	bezpośrednio przed tekstem	„ 350.—	200.—	120.—
	2-ga i 3-cia strona okładki	„ 350.—	200.—	120.—
	pozostałe	„ 300.—	170.—	95.—

ZAKŁ. GRAF. PRAC. DRUK., WARSZAWA, NOWY-ŚWIAT 54, TEL.: 615-56 I 242-40.

ROK V WARSZAWA 1931 LIPIEC ZESZYT VII

WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY PRZEGLĄDOWI FRANCUSKIEGO PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO I POTRZEBOM LEKARZA PRAKTYKA

REVUE MENSUELLE CONSACRÉE À LA LITTERATURE MEDICALE FRANÇAISE ET AUX BESOINS DU PRATICIEN

pod redakcją Doc. Dr. Wojciechowskiego

PRACE ORYGINALNE

Odczyn Kahna („Kahn-Test) na kiłę*).

DR. GDALA GELMAN (Wilno).

Odczyn Wassermanna, jak wiadomo, technicznie jest bardzo skomplikowany, wymaga specjalnego personelu, zwierząt i t. d. Oprócz tego, odczyn ten nie jest absolutnie czułym i dość często okazuje się nie zupełnie swoistym.

Tak, naprzykład, *Greenbaum* (9, 10) i inni stwierdzili bardzo znaczne wahania wyników o. Wassermanna od minusa (—) do 4+ w ciągu doby u tegoż samego chorego. *Thomson i Ebel* (7) na podstawie 10.000 badań znaleźli 9,1% nieprawidłowych ujemnych wyników o. Wassermanna i 4,4% wyników dodatnich nieswoistych.

Nic dziwnego, że już na drugi rok (w 1907 r.) *L. Michaelis* poczynił pierwszy krok w kierunku łatwiejszej i prostszej reakcji na kiłę, mianowicie za pomocą wodnego wyciągu z wątroby kiłowej.

Tym samym zaczyna się nowa epoka w serodjagnozie kiły, a mianowicie za pomocą odczynów kłaczkowacenia, albo zmętnienia.

Pierwszy okres, do r. 1917 był czasem prób empirycznych; rozmaite, liczne reakcje, do tego polecane (naprzykład, o. Porges - Mejera, Klausnera, Fornet - Schereschewskiego i innych) były bez żadnej podstawy naukowej. Oprócz tego dawały one dużo wyników nieswoistych, tak, że po pewnym czasie zostały zarzucone.

Dopiero w r. 1917, po zapoznaniu się dokładniejszem z istotą antygenów, zaczyna się nowa stronica w historji tej metody. Dzięki odczynom Meinickego (r. 1917, 1919, 1922), Sachsa-Georgiego (1919) i innych badaczy serologja kiły stoi obecnie na pewnych podstawach.

W czasach obecnych metod serologicznych jest dość dużo. W Niemczech rozpowszechnione są: reakcja „zmętnienia" Meinickiego („MTR"), Sachsa-Georgiego, we Francji — o. Vernesa, w Anglji — metoda

*) Praca odznaczona na konkursie „Wiedzy Lekarskiej".

Dreyer-Warda, w Ameryce — odczyn Kahna — „Kahn-Test".

Jaka jest różnica między temi odczynami, a o. Wassermanna?

Z punktu widzenia technicznego są one znacznie łatwiejsze do wykonania, bo nie wymagają one ani tak zwanego systemu hemolitycznego, t. j. krwinek barana, amboceptora, ani komplementu. Są to tak zwane odczyny „jednofazowe", to znaczy, że do surowicy dodajemy odpowiedni antygen i po godzinie, dwóch lub po dobie odczytujemy wynik — straty, zmętnienie i t. d.

Reakcja zaś Wassermanna jest odczynem „dwufazowym" ,to znaczy, że do surowicy dodaje się antygen i komplement, a po upływie 1 godziny — dolewa się system hemolityczny, który właśnie jest tutaj wskaźnikiem odczynu.

Z punktu widzenia teoretycznego mamy w reakcji Wassermanna zjawisko biologiczne, które nazywamy „wiązaniem komplementu", w odczynach zaś kłaczkujących — zjawisko fizyczno-chemiczne — mianowicie, połączenie lipoidów antygenu z globulinami surowicy kiłowej.

Prawda, istnieje zdanie, że zasadniczo niema żadnej różnicy między o. Wassermanna, a odczynem strącania, że w o. Wassermanna mamy tylko drugi — inny wskaźnik — a mianowicie, system hemolityczny, że tworzą się tu straty w końcu pierwszej fazy *(Jakobsthal* 1910), straty te wiążą komplement, i wtedy nie mamy hemolizy.

Bardzo ciekawe są wyniki, otrzymane przez *Kahna;* zbadał on 1800 surowic metodą Kahn-Wassermanna, to znaczy, że były one zbadane metodą Kahna, potem dodawał on system hemolityczny i w ten sposób *Kahn* otrzymał 98% zgodnych wyników.

Tak samo *Rejnings* skombinował odczyn Sachs-Georgiego z odczynem Wassermanna.

Tak, czy inaczej, ale odczyny te mają wielkie znaczenie praktyczno-kliniczne; nie ulega żadnej wątpliwości, że mają one wielką przed sobą przyszłość.

Odczyn Kahna — „Kahn-Test" jest w czasie obecnym „najmodniejszy".

I s t o t a t e j r e a k c j i: jest to prawdziwa reakcja precypitacyjna (a nie o. „zmętnienia", jak naprzykład „MTR"); to znaczy, że antygen Kahna + surowica kiłowa daje straty; surowica zaś normalna tego nie daje.

Według autora, mamy tutaj do czynienia z reakcją koloidalną, która podlega ogólnym prawom roztworów koloidalnych. *Kahnowi* udało się ustalić najlepsze warunki, przy których flokulacja ta ma miejsce, mianowicie, optimum dla tego zjawiska mamy przy pewnej koncentracji wchodzących do niej ingredjentów (t. j. antygenu lipoidalnego oraz badanej surowicy), jak również przy ściśle ustalonych ilościowych stosunkach tych samych ingredjentów.

Kahn podał dokładnie opracowaną technikę przyrządzania antygenu (z suchego mięśnia serca wołowego, z uprzednim wyciągiem eterem i z dodaniem cholesteryny 0,6%. Antygen ten jest bardzo swoisty, dzięki poprzedniej ekstrakcji eterowej, i zachowuje swoje miano raz na zawsze.

Dalej, autorowi temu udało się podać ścisły sposób rozcieńczenia tego antygenu za pomocą fizjologicznego roztworu soli kuchennej, mianowicie taką małą dawką tego roztworu, ażeby mieć zawiesinę wielkiej koncentracji, ponieważ autor stwierdził, że taka właśnie zawiesina najlepsze daje straty z surowicą kiłową.

Wreszcie, trzecie t. zw. „zona", to jest ścisły stosunek między zawiesiną antygenu a surowicą, mianowicie, im większa jest proporcja, tem lepsze są warunki tworzenia się strątów.

Kahn podaje dla swojej reakcji trzy dawki antygenu (rozcieńczonego) — :0,05; 0,025; 0,0125; dawka zaś surowicy = 0,15 w każdej probówce, tak że mamy trzy proporcje: $^1/_5$ — $^1/_6$ — $^1/_{12}$.. Jeżeli surowica zawiera dużo „reaginów" kiłowych, t. znaczy w przypadkach wyraźnie dodatnich — mamy precypitację we wszystkich trzech probówkach; w wypadkach umiarkowanie dodatnich mamy straty tylko w probówkach z proporcją $^1/_6$ — $^1/_{12}$; słabo dodatnie wyniki dają straty w probówce z proporcją $^1/_{12}$.

Wreszcie, jeszcze jedna cecha tej metody to jest „wstrząsanie" probówek w ciągu 3', dzięki czemu reakcja przebiega bardzo szybko.

Technika „Kahn-Test".

1. P r z y r z ą d y: potrzebne są:

a) probówki z dobrego (jenajskiego) cienkiego, przezroczystego szkła, po 3 prob. dla każdej badanej surowicy, rozmiaru 75 mm. × 10 mm.

b) małe cylindry — 2 — z płaskiem dnem — dla antygenu i jego zawiesiny; 55 mm. × 15 mm. *)

c) p i p e t y — 10 ctm³ z podział. $^1/_{100}$. 0,2 ctm³ z podziałk. $^1/_{80}$ (= 0,0125), albo specjalne dla „Kahn-Test" pipety z podziałk. po 0,05 — 0,025 — 0,0125 ctm³.

d) Statywy trzechrzędne na 15—20 surowic. Średnia deska powinna być na wysokości 3 ctm., a wysokość statywy 60 mm.

e) „Trząsawka", która daje 275 wahań na minutę, nie koniecznie potrzebna, ponieważ można wstrząsanie to zupełnie dobrze wykonać ręcznie.

f) Łaźnia wodna na 56°.

g) Wirówka dla odwirowania surowicy.

Odczynniki.

1. A n t y g e n przechowuje się w t° pokojowej, w ciemnej flaszce; korek zaś zwykły powinien być pokryty cynfolją. Jeżeli uprzednio cholesteryna strąciła się, to w łaźni wodnej przy t = 56° znowu się rozpuszcza.

Rozcieńczenie antygenu robi się według miana (zwykle 1 cm³ Antyg.: 1,1 NaCl (9°/₀₀), w ten sposób, że nalewa się 1 ctm³ Antygenu do jednego małego cylindra a 1,1 ctm³ NaCl (9°/₀₀) do drugiego. Potem odrazu dodaje się Antygen do soli (a nie na odwrót); natychmiast z powrotem do pierwszej probówki — bardzo szybko przelewamy w ten sposób 5—6 razy. Zawiesina, w powyższy sposób przyrządzona stoi 10 minut dla „dojrzenia" i może być użyta tylko w ciągu 30 minut (ponieważ po upływie powyższego czasu jest już nieczynną). Przed użyciem należy energicznie wstrząsnąć.

2. S e r u m (surowica chorego) — powinno być zupełnie przezroczyste i czyste; jeżeli surowica jest nieco zhemolizowana— to nie przeszkadza. Surowica inaktywuje się ½ godz. przy t = 56°; lepiej bezpośrednio przed samą reakcją.

Jeżeli była inaktywowana w dniu poprzednim, powinna być przed reakcją znowuż nagrzana w ciągu 10' (t = 56°).

W y k o n a n i e s a m e j r e a k c j i. Przed wykonaniem samej reakcji należy wszystko przyszykować, to znaczy: a) cylindry dla zawiesiny; b) pipety dla antygenu i dla surowic; c) probówki ponumerowane w statywach (poleca się naogół robić nie więcej niż 20 badań).

Jeżeli surowice nie są jeszcze inaktywowane, to wstawiamy je do łaźni wodnej (t = 56°) na ⅓ godz. 10 minut przed końcem inaktywowania przyrządza się zawiesina antygenu tak, jak wyżej opisano; po upływie 10' można już tę zawiesinę rozlewać i jednocześnie wyjąć probówki z surowicą z łaźni wodnej.

Zawiesina antygenu rozlewa się w ten sposób, że pipetę stawiamy do samego dna probówki (ponieważ ilość zawiesiny jest bardzo mała, na skutek czego na ścianach może ona zaschnąć).

Do probówek pierwszego rzędu nalewa się 0,05, drugiego — 0,025, do trzeciego— 0,0125 zawiesiny. Natychmiast po wprowadzeniu zawiesiny dodaje się do każdej z trzech probówek po 0,15 surowicy badanej. Wszystko to należy wykonać szybko, aby zawiesina była użyta w ciągu 20', licząc od chwili „dojrzenia" zawiesiny. Potem należy wszystko to wstrząsnąć (10"), aby się zmieszało i stawia się do cieplarki (t = 37°) na 10' (jeżeli ciepłota w pracowni jest niska). Potem wstawiamy statywy do trząsawki na 3', albo to można wykonać rękami po 1' z małemi przerwami. Wreszcie, dolewa się roztwór fizjol. soli kuchennej (9°/₀₀) po 1 ctm³ w I rzędzie, po 0,5 w II i w III rzędach. Po zmieszaniu można odczytać wynik reakcji.

O d c z y t a n i e r e z u l t a t ó w wymaga pewnej wprawy. Wynik ujemny charakteryzuje się tem, że płyn we wszystkich trzech probówkach ma wygląd mleczny, opalizujący, ale przezroczysty. Wynik wyraźnie dodatni daje we wszystkich probówkach jasne straty (jak drobny piasek) w przezroczystym płynie. W mniej wyraźnych przypadkach straty te są mniejsze, podobne do pyłku, kurzu, co można rozpoznać za pomocą słabej (x6) lupy. *Kahn* podał tablicę następującą, która była przyjęta na międzynarodowym zjeździe serologicznym w Kopenhadze (21/V — 4/VI 1928 r.).

*) Całe szkło powinno być chemicznie — czyste, jednak niekoniecznie jałowe.

Wynik reakcji w próbówkach			Wynik		UWAGI
I-go rzędu ($^1/_3$)	II-go rzędu ($^1/_6$)	III-go rzędu ($^1/_{12}$)	Według starego systemu	W/g systemu przyjęt. w Kopenhadze	
++++	++++	++++	++++	++	Jeżeli wyniki w probówkach II-go i III-go rzędu są słabsze, niż w probówkach I-go rzędu, to reakcja jest „paradoksalną" i badanie trzeba zrobić powtórnie
+++	++++	++++			
++	++++	++++	+++		
+	+++	++++			
—	+++	++++	++	+	
—	++	++++			
—	±	++++	+		
—	—	+++			
—	±	±+	±	±	
—	±	+	—	—	
—	—	+	(przy lues lecz. ±)		
—	—	—	—	—	

Nb. 1) Jeżeli posiadamy mało surowicy, to *Kahn* poleca robić badanie z jedną dawką antygenu (= zawiesiny), mianowicie 0,0125, ponieważ przy takiej proporcji ($^1/_{12}$) reakcja jest najczulszą.

Mikro-Kahn Reakcja. Jeżeli mamy do rozporządzenia bardzo małą ilość surowicy, naprzykład, tylko 0,05 surowicy (= 1 kropla), robimy „M-K-R" w ten sposób, że bierzemy antygenu (zawiesiny) 10

Probówka Nr.	Potrzebne rozcieńczenia	Ilość surowicy	Ilość NaCl	Uwagi (wykonanie reakcji)
1	—	Surowica czysta	—	Antyg, rozcieńcza się wg. miana 1:1 (a nie 1:1,1); do 0,01 antyg, (zawiesiny) dodaje się 0,15 każdego z powyższych rozcieńczeń (razem 10 prób). Po wstrząsaniu dolewamy 0,5 NaCl. **Kahn** podaje, że czysta surowica zawiera 4 jednostki; znaczy, jeżeli np. prob. Nr. 4 daje jeszcze straty, to mamy 4x20=80 jednostek.
2	5 razy	0,2 surowicy czystej	0,8	
3	10 „	0,7 rozcieńczonej N2	0,7	
4	20 „	0,2 „ „ 3	0,2	
5	30 „	0,1 „ „ „	0,2	
6	40 „	0,1 „ „ „	0,3	
7	50 „	0,1 „ „ „	0,4	
8	60 „	0,1 „ „ „	0,5	
9	70 „	0,1 „ „ „	0,6	
10	80 „	0,1 „ „ „	0,7	

razy mniej, t. jest = 0,005, a potem dodajemy 0,4 NaCl (9‰); jeżeli mamy surowicy 0,025 (= $^1/_2$ kropli), to zawiesiny antygenu bierzemy 0,0025, a NaCl — 0,2 ctm³.

W odpowiedzi należy zawsze podawać metodę, za pomocą której badanie zrobiono.

Badanie ilościowe („Kahn-Test"). Robimy rozcieńczenia wedł. tabl. następującej: (patrz str. 212).

Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego (w/g Kahna) — też nadaje się do odczynu Kahna — w sposób następujący: do probówki od wirówki elektrycznej nalewa się 1,5 płynu m-r. + + 1,5 nasyconego roztworu siarczanu amonowego. Dobrze zmieszać. Łaźnia wodna na 15 minut. Mocno odwirować. Płyn nad osadem zlewa się. Dodaje się 0,15 NaCl, w którym globuliny rozpuszczają się. (W ten sposób otrzymany roztwór jest 10x mocniejszy, niż płyn m.-rdz.). (Można jeszcze w ten sposób zrobić: 3 ctm³ płynu m.-r + 2 ctm³ roztw. siarczanu-ammon., potem rozpuścić w 0,3 NaCl).

Dla badania płynu nalewa się 0,01 zawiesiny antyg., potem dodaje się 0,15 rozpuszczonych (jak wyżej opisano) globulin (najwygodniejsza proporcja = $^1/_{15}$). Następnie wstrząsa się w ciągu 3'. Dodaje się 0,5 NaCl (9‰). Odczytujemy wynik (jak wyżej opisano). Można jeszcze dodać dla kontroli drugą probówkę bez płynu m-r., mianowicie: 0,01 antyg.+0,5 NaCl (9‰).

Badanie ilościowe płynu m-r. Jak wyżej podano, robimy 0,3 roztworu globulin (3 ctm³ Liquor + 2 ctm³ Ammon. sulf. i t. d.)., potem rozcieńczamy według tablicy następującej:

Probówka	Potrzebne rozcieńczenie	Ilość płynu	Ilość Na Cl (9‰)	UWAGI (sposób wykonania)
1	—	Roztwór skoncentr.	—	Do 5 prob. nalewamy po 0,01 antyg. i po 0,15 odpow. rozcieńczeń. Wstrząsamy (3'). Dodajemy do każd. prob. po 0,5*). To rozcień., które jeszcze daje wynik dodatni (naprz. prob. Nr. 4) mnożymy przez 4 (znaczy 15 × 4 = 60 jednostek); w rzeczywistości mamy tylko 6 jednostek, przyjmując pod uwagę poprzednią koncentrację w 10 razy.
2	5 razy	0,15 Nr. 1 roztworu	0,6	
3*)	10 „	0,4 rozc. Nr. 2	0,4	
4	15 „	0,2 „ „ 3	0,1	
5	20 „	0,2 „ „ „	0,2	

*) NaCl 9‰

Główne zalety reakcji Kahna.

1. Szybkość. Można podać wynik po bardzo krótkim czasie (po upływie 1 godziny). Nie licząc czasu pobrania krwi, uprzedniego przygotowania surowicy, inaktywowania i t. d., sama reakcja trwa kilka minut (10'—20').

2. Łatwość i ścisłość metody. Wymaga ona tylko jednego odczynnika, mianowicie antygenu; oprócz tego potrzebne są roztwór fizjologiczny soli kuch., i surowica do badania. Metoda ta absolutnie nie wymaga poprzedniego miareczkowania, ponieważ antygen zachowuje swoje miano raz na zawsze.

Wobec tego, przy metodzie tej niemożliwe są rozmaite modyfikacje, jak to widzimy przy odczynie Wassermanna. Koniecznym warunkiem jest tylko ścisłe przestrzeganie techniki metody. Jednakże, mimo łatwości metody, reakcja ta może być wykonana tylko przez pracownika doświadczonego.

3. „Kahn-Test" jest o tyle dogodny, że można go wykonać w miejscowościach odległych, dalekich od centrów kulturalnych (naprz. w krajach podzwrotnikowych i t. d.).

4. „Kahn-Test" jest reakcją pewną, ponieważ antygen jest dość czuły, swoisty, jednolity i nie zmienia swego miana, tak że daje jednakowe wyniki u róż-

*) Prob. Nr. 3 zawiera ilość swoistych reaginów, która odpowiada płynu badanemu, ponieważ uprzednio skoncentrowaliśmy badany płyn 10-krotnie.

nych badaczy. Dzięki takiemu antygenowi, „Kahn-Test" daje wyniki jasne nawet z surowicą hamującą („antykomplementarną") — w tych wypadkach, kiedy Wassermann nie daje żadnych wyników.

5. Odczyn Kahna daje w większości przypadków wyniki, które można łatwo odczytać, a bardzo rzadko wyniki niejasne.

6. Badanie ilościowe daje możność ścisłego kontrolowania rezultatów leczenia. Według *Kahna* surowica chorego na kiłę zawiera przed leczeniem 320 jednostek; po pierwszej kuracji 200 jedn., po drugiej — 120; po trzeciej — 40 jednostek.

7. „Mikro-Kahn-Test" daje możność wykonania tej reakcji z bardzo małą ilością materjału (naprzykład, z surowicą z szankru).

Przejdziemy teraz do oceny znaczenia tej reakcji z punktu widzenia praktycznego:

Na początku rozpatrzmy prace samego *Kahna* (15 — 19). Pierwsze sprawozdanie o swojej metodzie *Kahn* dał w r. 1922. Do tego roku było zrobiono 15.000 badań porównawczych z o. Wass. Wobec dobrych rezultatów metoda Kahna była wprowadzona (1/VII 1922) do praktyki w laboratorjum Departamentu Zdrowia (Depart. of. Health) stanu Michigan, tak że każde badanie robiono jednocześnie podług Wassermanna i Kahna. Do 15/X 1925 r. było zrobiono takich badań porównawczych 175.000; ponieważ przewaga była po stronie o. Kahna, tak z punktu widzenia czułości i swoistości, jak i z punktu widzenia łatwości wykonania tej reakcji, to z dniem 15/X 1925 r. „Kahn - Test" był przyjęty w wyżej wymienionej pracowni, jako jedyna metoda badania krwi na kiłę. W ciągu następnych dwóch lat (do 15/X 1927 r.) wykonano jeszcze 125.000 reakcyj. W tym roku ukazało się sprawozdanie Kahna o 300.000 (trzechset tysiącach) takich badań.

Wyniki były następujące: (174.580 przypadków, bad. jednocześnie Was. i „Kahn-Test"):

Metoda Kahna	Razem ilość bad. (Kahn-Test i Wass)	Absolutnie zgodne wyniki	Względnie jednakowe wyniki x)	Zupełnie sprzeczne	Uwagi
		W procentach			
Stara metoda Kahna	43.030	94.17	5.08	0.74	x) "względnie" jedn. wyniki; znaczy, że jedna metoda daje (+), a druga albo (±) albo (—)
Nowa metoda Kahna	131.550	96.77	2.61	0,61	

W cyfrach absolutnych (liczba badań 131.550).

1) Zupełnie jednakowych wyników było 127.304
2) Względnie jednakowych wyników było 3.438
3) Absolutnie sprzecznych wyników było 808

Z tych 808 przypadków było:

67 (8,3%)—Wa-R = (+), a K-T = (—)
741 (91,7%) — Wa-R = (—), a K-T (+)

Historje choroby dowodzą, że mamy tutaj w większości przypadków chorych na kiłę w okresie leczenia.

4) „Kahn-Test" jest czulszy, niż Wass. w zakresie lues latens.

Z 3.438 przypadków (lues latens), względnie jednakowych wyników było:

1045 przyp., które dały — Wa-R = (±); „K-T" = (+)
82 „ „ „ — Wa-R = (+); „ = (±)
1960 „ „ „ — „ = (—); „ = (±)
351 „ „ „ — „ = (±); „ = (—)

Dowodem tego, że „Kahn-Test" jest odczynem bardzo swoistym, służy fakt, że na 150.000 wyników tylko 6 było dodatnich bez żadnej podstawy klinicznej oraz anamnestycznej. Ale i w tych przypadkach kiła nie była wykluczona absolutnie.

Kahn podaje, że w ciągu dwóch ostatnich lat (1925—1927 r.) było zrobiono 125.000 badań bez Wa-R i żadnych skarg i pretensji ze strony lekarzy nie było. Pracownia dawała wyniki po upływie 4—8 godz., a w przypadkach nagłych (naprz. przelewanie krwi) po godzinie.

W tym sprawozdaniu *Kahn* podaje, że na 1184 płynów mózgowo-rdzen. było 80 „antykomplementarnych", z których Kahn-Test dał 60 dodatnich i 20 ujemnych wyników. Metoda zaś Wassermanna nie dała tutaj żadnych rezultatów.

Tak samo i *Becker* (3) na 112 surowic chorych zakaźnych miał około 48% „antykomplementarnych" i tylko za pomocą „Kahn-Test" można było wyjaśnić, czy mamy do czynienia z kiłą, czy nie.

W związku z odczytem *Kahna* na 78 Zjeździe Assocjacji Ameryk. lekarzy (sekcja fizjol. i patol.) w dyskusji wszyscy oponenci przyznali, że metoda ta ma wielkie zalety, o których mówiono wyżej. To samo podkreśla się w licznych pracach amerykańskich.

Prawda, że większość badaczy uważają za konieczne jednoczesne badanie krwi za pomocą obu metod. *Greenbaum* (9,10) z kliniki Uniw. Dermat. w Philadelphji stwierdził, jak wyżej wymieniono, na podstawie codziennych badań krwi u 50 kiłowych chorych, że wyniki odczynów kiłowych (obojętnie, czy Wa- czy K-T), mogą się wahać w ciągu doby od (—) do (++++) u tegoż samego chorego i w ten sposób, że jedna reakcja daje wynik wyraźnie dodatni, a jednocześnie druga daje wynik ujemny, co można widzieć z tablicy następującej, tyczącej kilku chorych:

	1 dz.	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Kolmer *)	+	+	+	+	+	+	+	+	+	++	++	++
Kahn — T.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Kolmer	—	++	—	—	—	—	+	—	—	—	—	—
Kahn	+	—	++	++	++	++	++	++	++	++	++	—
Kolmer	++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	++	++	++	++
Kahn	++	—	++	++	++	++	—	—	—	—	+	++
Kolmer	+	+	+	+	++	++	++	++	++	++	++	++
Kahn	++	++	++	++	++	+	++	—	++	++	++	++

Oprócz tego, *Greenbaum* (9,10) wybrał ze swego obszernego materjału chorych na kiłę (lues latens) 50 takich, którzy dali Kahn-Test = (+) i Wa-R = (—) i tak samo 50 chorych, u których było naodwrót.

Wobec tego, *Greenbaum* sądzi, że tylko jednoczesne badanie krwi za pomocą obydwu metod może dać pewną podstawę dla prawidłowej djagnozy.

Thomson i *Ebel* (7) na podstawie 10.000 badań stwierdzili, że Kahn-Test jest znacznie czulszym w zakresie lues latens, mianowicie Wa-R nie wykrywa 9,1% chorych na lues, a K-Test nie wykrywa tylko 6,9%.

Tak samo większość autorów amerykańskich uznaje, że Kahn-Test jest znacznie czulszym w lues latens i lues III.

Hopkins i *Brunet* (13) na podstawie wielkiego materjału statystycznego (41.000 przypadków), zebranego z 24 laboratorjum w Ameryce, stwierdzili to samo i tłumaczą tem, że dodatni Kahn-Test u kiłowych chorych, zanika z powodu leczenia znacznie później, niż dodatni o. Wass.

Bardzo ciekawe dane co do Lues I mamy w pracy *Willet-Nagle* (21), którzy robili badania porównawcze u chorych z wrzodem pierwotnym przy pomocy ciemnego pola widzenia i K-Testu. Badacze ci przychodzą do wniosku, że w ciągu pierwszych 28 dni wyżej wymieniona metoda mikroskopowa daje tylko 61% dodatnich wyników, a Kahn-Test — 80% i dlatego polecają oni robić jednocześnie obydwa badania.

W Europie reakcja Kahna była mało znana do roku 1926, aczkolwiek z tej dziedziny ukazały się 2 prace w języku francuskim (2,23) i jedna w języku polskim (4). W roku 1926 *L. Nieuwajar* (z Kopenhagi) ogłosił pracę (806 badań), w której autor przychodzi do wniosku, że Kahn-Test może być pożytecznym jako dodatek do

*) „Kolmer" — t. j. modyfikacja Wa-R, bardzo rozpowszechniona w Ameryce.

Wa-R dla wzajemnej kontroli. W następnym roku *Abadjeff* (z Inst. Kocha w Berlinie) (1) na podstawie 1400 badań także poleca Kahn-Test, jako pewną reakcję na kiłę.

Lecz tylko dzięki konferencji w Kopenhadze (21/V — 4/VI 1928 r.) o. Kahna zyskał prawo obywatelstwa w zakładach europejskich. W tej konferencji przyjął udział także sam *Kahn* i jego rezultaty były najlepsze nie tylko w porównaniu z o. Wassermanna, ale i z innemi odczynami tego samego rodzaju. Mianowicie, z 944 surowic 502 było kiłowych, a 435 nie kiłowych, 7 wątpliwych. Wyniki tych badań przy pomocy różnych metod widać z tablic następujących.

Tabl. Nr. 1. (22)

Surowice chorych kiłowych.					
Autor	Razem zbadano	Wynik wyraźnie dodatni (++)	Wynik słabo dod. albo wątpliwy. (±)	Wynik ujemny (—)	Uwagi
Boas („Kahn-Test“)	502	294	27	181	Boas z Inst. Serologji w Kop. robił na konferencji „Kahn-Test“.
Kahn	499	305	33	161	
„MTR“ (Meinicke)	502	246	38	218	Meinickiego o. „zmętnienia“.
„MBR“ (Müller)	499	317	45	137	„Müller - Ballungs - Reaktion“.
Lento — R.	497	208	23	253	Lento-R=o. Sachs-Georgi.
Cito — R.	496	254	21	209	Cito-R = o Sachs-Witebsky.
Harrison - Wyler	502	210	78	214	Odczyn Wassermanna.
Jakobsthal	502	265	65	172	

Z tablicy widać, że najczulszą reakcją okazała się „MBR“, która dała 317 dodatnich wyników, ale technika tej reakcji jest bardzo skomplikowana, tak że o niej nie może być mowy. „Kahn-Test“ — u samego Kahna — dał 305 dod., a u Boasa — 294 dod., natomiast inne metody, jak również o. Wassermanna (najczulsze modyfikacje), dały znacznie mniej dod. wyników.

Tabl. Nr. 2 (22).

Surowice chorych niekiłowych.					
Autor	Razem zrobiono	Wynik (++)	Wynik (±)	Wynik (—)	Uwagi
Boas (Kahn-Test)	435	3	6	426	
Kahn	434	0	5	429	
„MTR“	435	9	13	413	
„MBR“	432	1	10	421	
Lento — R	431	0	1	430	
Cito — R	427	0	1	425	
Harrison-Wyler	435	0	12	423	Modyf. odczynn Wassermanna
Jakobsthal	435	29	36	369	
Otto-Blumenthal	435	24	40	371	
Debains	249	26	4	213	

Z tablicy tej widzimy, że Kahn-Test u samego Kahna nie dał żadnych wyników nieswoistych; natomiast niektóre metody kłaczkujące (naprzykł. MTR) dały po kilka wyników nieswoistych, a te metody (Lento = i Cito-R), które nie dały takich wyników, okazały się, jak widać z tablicy pierwszej, znacznie mniej czulszemi, niż Kahn-Test. Co się tyczy o. Wassermanna, to modyfikacje czulsze dały znaczny odsetek wyników dodatnich nieswoistych.

Tabl. Nr. 3 (z pracy Blumenthala) (6).

Okres kiły	Metoda	Wynik ++	Słabo dod. +	Razem dodatnich	Uwagi
Lues I	Wa—R (najczulsza)	7	1	8	
(20 surow.)	MBR	9	1	10	
	Kahn—Test	5	3	8	
Lues II	Wa—R	16	2	18	
(26 surow.)	MBR	18	2	20	
	K—T	19	—	19	
Lues III	Wa—R	27	7	34	=51%
(60 surow.)	MBR	31	15	46(!)	=77%
	K—T	32	9	41(!)	=70%
Tabes	Wa—R	7	10	17	=60%
(30 surow.)	MBR	22	5	27	
	K—T	21	6	27(!)	=90%
Paral. Progr.	Wa—R	33	8	41	
(54 surow)	MBR	40	5	45	
	K—T	37	7	44	
Lues congen.	Wa—R	5	2	7	
(10 surow.)	MBR	6	—	6	
	K—T	6	—	6	
Lues latens	Wa—R	124	23	147	
(287 surow.)	MBR	138	20	158	
	K—T	139	18	157	

Z tablicy Nr. 3 jasnem jest, że Kahn-Test daje najlepsze wyniki w przypadkach Lues III i Tabes. W Lues III Wa-R daje 51% dodatnich wyników, Kahn-Test — daje 70%. W przypadkach Tabes Wa-R daje tylko 60%, natomiast K-T — 90%!

Wobec takich doskonałych wyników o. Kahna na konferencji w Kopenhadze metoda ta została przyjęta w licznych zakładach europejskich. W tym samym roku wyszła z Inst. Kocha (w Berlinie) praca *Dra Blumenthala*. Badania porównawcze 2232 surowic wykazały 88,75% zgodnych z o. Wa- wyników i 11,75% sprzecznych. Późnieisze badania dały 91,45% zgadzających się rezultatów, przyczem Kahn-Test nie wykrywał kiły tylko w 3% (kiedy Wa-R dawała wyniki dodatnie), ale zato 7,2% przypadków kiły dawały z Kahn-Test wynik dodatni, a z Wa- wynik ujemny (—). Autor przychodzi do wniosku, że o. Kahna jest pewną i jednocześnie łatwą do wykonania metodą dla uzupełnienia i kontroli Wa-R.

Gross (II) (z Inst. E. v. Behringa) zbadał 1000 surowic za pomocą Wa-R, Bruck-R, Dold-R, MMK i Kahn-Test, przyczem u niego było 969 wyników, zgadzających się (= 96,8%), a reszta 31 przypadków (= 3,2%) dały wyniki sprzeczne. Autor przychodzi do takich samych wniosków, przyczem podkreśla większy zakres („Reaktionsbreite“) tej reakcji w L. latens i kile leczonej.

Castens (7) z 3043 badań miał takie rezultaty: surowic kiłowych chorych było 599. Metodą Wa otrzymano 423 dodatnich wyników, a met. Kahna — 493.

Nieswoistych dodatnich wyników było:
K-Test na 2435 surowic — wyraźnie dodatnich 7 = 0,3%;
MBR na 1450 surowic — wyraźnie dodatnich 4 = 0,3%;
MTR na 2959 surowic — wyraźnie dodatnich 60 = 2%.

Wnioski autora, że wogóle K-T nie może zastąpić o. Was. Kahn-Test bez Waserm. można robić tylko wyjątkowo, w takich warunkach. gdzie niema innego wyjścia, mianowicie w wypadkach nagłej potrzeby (przelewanie krwi i t. d.), albo w miejscowościach. odległych od centrów kulturalnych.

Wreszcie, dodaje autor, zdarzają się wypadki, kiedy surowica zawiera bardzo mało specyficznych antyciał, tak że ani jedna, ani druga metoda nie są w stanie je wykryć. Ten fakt lekarz-klinicysta powinien przyjąć pod uwagę.

Rezultaty moich własnych badań.

Zbadałem 970 surowic jednocześnie metodą Wass., Meinickiego („MTR“) i Kahna. Z nich 796 dały wynik ujemny przy pomocy wszystkich trzech metod; natomiast 128 z wynikiem dodatnim; to znaczy, że zgodnych wyników było 924, t. j. 95,26%; reszta, t. j. 46 przypadków (= 4,74%) dały wyniki niezgodne. Moje dane mniej więcej odpowiadają danym *Grossa*.

Co się tyczy tych niezgodnych 46 przypadków, to można je podzielić na kilka kategorvj:

1. „Kahn-Test“ dał wyniki dodatnie nieswoiste w 3 przypadkach, w których Wass. i MTR dały (—). Była to krew trzech chorych bez żadnych danych kiłowych — tak klinicznie, jak i w anamnezie. Krew dwóch chorych nadesłana była do pracowni z prowincji i surowica była silnie zhemolizowana. W każdym bądź razie wynosi to 0,3% dodatnich nieswoistych wyników. Natomiast było 6 przypadków, kiedy

„MTR“ dała wynik dodatni i także nieswoisty.

Tak samo 4 przypadki dały Wass. dodatni nieswoisty. Jedna z tych chorych (krew której dała Wa (+), MTR (+), a Kahn-Test (—) była bez żadnych danych kiłowych; w tym wypadku jedynie o. Kahna dał prawidłowe przypuszczenie co do djagnozy.

Ostatnia grupa — to były 33 przypadki kiły leczonej, z których 28 dały Wa-R i MTR, albo (—), albo (±), a Kahn-Test znacznie wybitniejsze dodatnie wyniki; w 5-ciu zaś przypadkach było naodwrót.

Wnioski:

1. „Kahn-Test“ daje wielki % (około 95%) wyników, zgodnych z o. Wassermanna, a więc znacznie więcej, niż inne metody; % sprzecznych z Wa-R wyników jest bardzo mały (do 5%).

2. Wyniki dodatnie nieswoiste — zdarzają się bardzo rzadko (w naszych bad. było 3‰, natomiast o. Wass. 4‰ MTR = 6‰).

3. W przypadkach kiły leczonej Kahn-Test daje wyniki wybitniejsze i większy % dodatnich wyników, niż Wa-R.

4. Dla pewniejszej djagnozy kiły, należy jednak badać krew jednocześnie za pomocą obydwu metod, mających różne zasady (wskaźniki), gdyż jedna nie może zastąpić drugą.

5. Z punktu widzenia technicznego metoda Kahna jest najlepszą nietylko pod względem łatwości wykonania, ale i pod względem ścisłości wykonania, nie pozwalającej na żadną indywidualizację i modyfikację tej metody, która w takich warunkach powinna dawać jednakowe rezultaty u różnych badaczy, czego nie może dać odczyn Wassermanna.

6. Z punktu widzenia teoretycznego o. Kahna jest nową drogą w serologji kiły.

PIŚMIENNICTWO.

1. *Abadjeff.* Z Hyg. 107 p. 742 (Lit.).
2. *Barbonneux, Boucher et Cheay.* C. R. de la Soc. de Biol. V. 88 p. 683-5 et 854-7.
3. *Becker J. Americ. med. Assoc.* Vol. 88 p. 604.
4. *Wł. Biernacki.* Odczyn kiłowy Kahna. Polska Gaz. Lek. 1924 Nr. 41.
5. *Berry, Ey, De Long.* J. Americ. med. Assoc. Vol. 88 p. 130.
6. *Blumenthal* G. Med. Klin. 1928 p. 1514.
7. *Castens* Deut. Med. Woch. 1929 p. 1461.
8. *Greaves* J. Am. med. Ass. Vol. 88 p. 945.
9. *Greenbaum* J. Am. med. Ass. Vol. 86 p. 1273.
10. *Greenbaum - Sagle* ibidem Vol. 87 p. 318.
11. *Gross* Klin. Woch. 1929 p. 550.
12. *Houghton, Hunter and Cajigas.* J. Am. med. Ass. Vol. 87 p. 1898.
13. *Hopkins - Brunet.* J. Am. med. Ass. Vol. 88 p. 311.
14. *Hull.* J. Am. med. Assoc. Vol. 88 p. 1865.
15. *R. L. Kahn.* J. Am. med. Ass. Vol. 81 p. 88 (Lit.).
16. idem. Ibidem. Vol. 89 p. 1841.
17. idem. Klin. Woch. 1928 p. 2014.
18. idem. Kahn - Reaction (Monografja) Baltimore. 1928.
19. *Kahn, Kendrick and Landau.* J. Am. med. Ass. Vol. 89 p. 84.
20. *Walker.* J. Am. med. Ass. Vol. 88 p. 1469.
21. *Willet - Nagle.* J. Am. med. Assoc. Vol. 90 p. 1189.
22. Report of the 2 Lab. Conference on the Serodiagn. of. Syph. 1928 Publ. of the Health Section of the League of Nation 1929.
23. *Rubinstejn et Ganran.* Bul. Soc. Derm. et Syph. 1924 Nr. 4. p. 218—224.

Oprócz wyżej wymien. artykułów oryg., w czas. „J. Am. med. Assoc.“ są także liczne referaty z prac o „Kahn-Test“ — przeważnie w języku angielskim.

OPOZONES LUMIERE

ORGANOPREPARATY przygotowane specjalną metodą, polegającą na wiązaniu płynów gruczołu w kompleksy krystaliczne, przy pomocy obojętnych związków chemicznych bez ogrzewania, co zapewnia Opozonom zachowanie wszystkich czynnych składników świeżego gruczołu w stanie niezmienionym, a zatem najwyższą aktywność.

KONSERWACJA NIEOGRANICZONA: NAJEKONOMICZNIEJSZA organoterapja dla chorych.

Kliniczne rozpoznanie różnikowe anginy i nalotów gardlanych

DR. Z. RAKOWSKI.

Ordynator II-giej polikliniki Łódzkiej Kasy Chorych (Naczelny Lekarz Dr. St. Bogusławski).

Anginy ostre występują w wielu odmianach. Rozpoznanie ich jest bardzo ważne, gdyż od djagnozy zależą główne zabiegi terapeutyczne i sposoby zapobiegawcze. W niektórych wypadkach djagnoza jest trudna do ustalenia.

U dzieci przed 1-szym rokiem życia można zaobserwować częste przypadki anginy. Natomiast dyfteryt (w tym wieku) nie przybiera formy anginy ostrej i nie atakuje gardzieli, mieszcząc się przeważnie na błonie śluzowej nosa, jamie noso-gardzielowej i w uchu środkowem. — Wywołuje on rzadko prawdziwe defekty błony; najczęściej przybiera formę kataralną, lub ogólnego zapalenia.

Zastanawiano się nad wyjaśnieniem przyczyny owej nietykalności gardzieli. Najprawdopodobniejszy jest wniosek, do którego doszedł w r. 1919 *M. Raminger.* Tłumaczy on to zjawisko osobliwą budową migdałków dziecka. Są one bardzo mało rozwinięte, nie zawierają prawie wcale tkanek limfoidalnych i są sformowane z tkanek włóknistych.

Gdy dziecko przekroczy wiek 2-ch lat, anginy stają się częstsze. Najczęściej przypadają na okres między drugim a siódmym rokiem życia.

Rozpoznanie anginy ostrej ma wielką rolę we wszystkich okresach życia. Opiera się ono na trzech układach symptomów:

1. — Oznaki wykryte przy badaniu gardzieli.

2. — Objawy miejscowe, towarzyszące anginom.

3. — Symptomy ogólne.

Pierwsze są najważniejszą, drugie mają niekiedy duże znaczenie, do trzecich zaś przywiązuje się mniejszą wagę. Przy tych ostatnich należy zwrócić uwagę na gorączkę. Anginie ostrej towarzyszy podwyższona temperatura; wysokość jej i czas trwania są zmienne.

Przedewszystkiem jednak zróżniczkowanie angin ostrych opiera się na wyglądzie gardzieli; bardzo ważnem jest więc dokładne jej zbadanie.

Przy anginie ostrej błona gardzieli jest zaczerwieniona, nabrzmiała, pokryta miejscami śluzem. Gdy niema innych objawów, chodzi o anginę czerwoną, lub kataralną.

Dla ułatwienia można podzielić anginy na dwie grupy:

Anginy czerwone (w których nie występują białe naloty na gardzieli).

Anginy białe (w których błona śluzowa jest pokryta białemi nalotami).

Anginy czerwone charakteryzuje przekrwienie błony gardzielowej i nadmierne jej wydzieliny. Przy anginie czerwonej migdałki są nabrzmiałe, czerwone; powierzchnia ich pokryta jest szarawemi, nieprzylegającemi pasemkami, łączącemi się ze śluzem.

Gdy angina nie rozszerza się poza migdałki zwie się ona tonsillarną. Przeważnie jednak zapalenie rozciąga się poza obręb migdałków; podniebienie, języczek i łuki są czerwone, nabrzmiałe, niekiedy pokryte pęcherzykami. Gruczołki chłonne na tylnej ściance gardzieli są większe i grubsze, pokryte kleistą wydzieliną, świadczącą o tem, iż gardziel również jest objęta zapaleniem.

Bardzo ważnem jest ustalenie czy angina dyfterytowa może przybierać formę anginy czerwonej lub kataralnej.

Otóż przy krupie dyfterytowym, nie poprzedzonym anginą pseudo-błonową, gardło jest lekko zaczerwienione, a na błonie śluzowej daje się nieraz stwierdzić obecność zarazków dyfterytowych. Nie należy jednak twierdzić, iż lekkie zaczerwienienie gardzieli, występujące w wyżej wymienionym wypadku, wywołane jest temi zarazkami. Wiadomo przecież, że gardziel, nawet zdrowa, jest nosicielem zarazków dyfterytowych. Jest więc możliwe, że i w przypadku anginy czerwonej chodzi o te zaraz-

ki dyfterytu, które były już w gardzieli zdrowej, nie odgrywając w niej żadnej roli.

Przeto angina czerwona nie mająca po upływie 48-iu godzin żadnych komplikacji, (w postaci formowania się nalotów) nie może być traktowana jak angina dyfterytowa i nie wymaga stosowania wstrzykiwania surowicy.

Badanie powierzchowne chronicznych stanów zapalnych gardzieli może niekiedy nasunąć myśl, że mamy do czynienia z anginą ostrą; przy dokładniejszej jednak analizie przekonujemy się, że chodzi o specjalną postać zapalenia migdałków znaną pod nazwą „tonsillitis chronica", t. j. przewlekłego zapalenia migdałków.

Trudnem jest ustalenie czy migdałki są siedliskiem chronicznego zapalenia. Do pewności tej można dojść przy pomocy dokładnego badania. Niesłusznem jest stawianie patologiczno-anatomicznej djagnozy na podstawie takich objawów jak: boczne umiejscowienie leukocytów lub rozpad komórek. Natomiast zmiany patologiczne, jak np. wrzody, upoważniają do prawidłowego rozpoznania.

Szczególne znaczenie dla djagnostyki, w przypadku chronicznego zapalenia migdałków, mają czopy. Doświadczenia wykazały, iż przeważnie czopy powstają z substancji rogowatej, połączonej z leukocytami. W niewielu tylko wypadkach składają się one wyłącznie z ropy (w tym wypadku rozpoznanie jest zupełnie jasne). Czopy wyciśnięte nie utrudniają rozpoznania, gdyż te, które są głębiej położone, pozostają. Tę samą rolę co czopy w lakunach migdałkowych spełniaja czopy w fossa supratonsillaris (jamie nadmigdałowej).

Charakterystycznym objawem przewlekłego zapalenia migdałków jest zaczerwienienie i powiększenie migdałków oraz zaczerwienienie podniebienia. — Należy nadmienić, iż zaczerwienienie to zdarza się i u ludzi zupełnie zdrowych i — że ilość krwi w gardzieli jest zmienna. Np. po jedzeniu, a zwłaszcza po alkoholu napływ jej jest większy.

Zaczerwienienie migdałków i podniebienia nie jest nieraz objawem wieloznaczącym, gdyż niejednokrotnie bada się chorego podczas wolnych okresów.

Na podstawie powiększenia migdałków nie należy jeszcze twierdzić, iż chodzi o przewlekłe zapalenie migdałków. Powiększenia te mogą być ujęte, jako skutek nadmiernej ich pracy, lub skompensowanej hypertrofji.

Objawem bardzo ważnym są zarysy blizn i zrostów między migdałkami a przedniem sklepieniem podniebienia. Oznaczają one okres formowania się blizn, będący zwykle następstwem peri-tonsillarnego zapalenia. Formowanie sie blizn wskazuje na to, iż migdałki są siedliskiem skomplikowanych zmian, przeszkadzających w wypełnianiu ich funkcji.

Małe migdałki grają w djagnostyce analogiczną rolę. Zachodzą w nich nieraz tak skomplikowane zmiany (wykryte przy pomocy badania mikroskopijnego), iż wymagają znacznego obniżenia zakresu ich działania. Kliniczne badania wykazały, że te małe migdałki są również czesto siedliskiem infekcji i angin powrotnych.

Z wyżej wymienionego wynika, iż rozpoznanie przewlekłego zapalenia migdałków, w anatomiczno-patologicznem znaczeniu, może być wtedy ustalone, gdy przy długotrwających defektach (nabrzmieniach) migdałków lub ich okolic, wykryta jest obecność ropy, blizn i czopów.

Ważną dla rozpoznania, w tych przypadkach, jest anamneza. Wartość jej i znaczenie podkreślił *Hajek* na Kongresie Kissingeńskim; ze zdaniem jego zgadzają się wszystkie dotychczasowe doświadczenia laryngologiczne z tej dziedziny.

Po omówieniu angin czerwonych i chronicznych przystąpimy do rozpatrywania angin białych. Anginy białe dzielą się na:

1. — Anginy pseudo-błonowe.
2. — „ szarawe.
3. — „ lakunarne.
4. — „ pęcherzykowe.
5. — „ zgorzelowe i anginy o białych, nieokreślonych nalotach.

Anginy pseudo-błonowe charakteryzują wydzieliny na błonie śluzowej gardzieli. Jest to biaława powłoka o zmiennej rozciągłości, tworząca oddzielne wysepki, wydłużone pasy lub rozwlekłe płaszczyzny. Ukazuje sie ona najpierw na tylnej ściance gardzieli, lub na migdałkach, zwłaszcza na ich częściach bocznych.

Fałszywa błona dąży do rozprzestrzenienia się, a cząsteczki jej — do połączenia się ze sobą. Na początku jej rozwoju, błona fałszywa przylega do podległej jej błony

śluzowej, która krwawi, gdy usiłuje się ją odseparować.

Jednym z ważnych czynników rozpoznania angin ostrych, jest to, że angina pseudo-błonowa jest (prawie zawsze) dyfterytową.

Oprócz dyfterytu istnieją jeszcze inne ważne przyczyny anginy dyfterytowej.

1. — Szkarlatyna (najważniejsza po dyfterycie).
2. — Syfilis gardzieli.
3. — Ropień migdałka.
4. — Lokalna operacja lub kauteryzacja stosowana na początku leczenia.

Trudno jest spotkać przypadek anginy białej, nie należącej do jednej z tych grup. Gdy angina biała jest swoista (t. j. gdy nie jest ona wywołana szkarlatyną, syfilisem, ropniem migdałka, lub zabiegiem terapeutycznym), można twierdzić, iż jest ona — dyfterytową i należy stosować wstrzykiwanie surowicy, nie czekając na wynik badania bakterjologicznego.

Proces rozwoju szkarlatyny jest znany: 1-szy dzień, przed pojawieniem się krost, gardło jest czerwone, gwałtownie podwyższającej się temperaturze towarzyszą wymioty, język jest biały. Około 3, 4-go dnia z języka schodzi skórka, a brodawki jego błony śluzowej są bardzo widoczne.

W niektórych przypadkach szkarlatyny (przeważnie groźnych) naloty błonowe pojawiają się na gardzieli. Te anginy przypominają swą postacią dyfteryt złośliwy. Naloty błonowe znajdują się na błonie śluzowej, bardzo czerwonej i spuchniętej, ulegającej łatwo owrzodzeniu.

W przypadku anginy pseudo-błonowej, powstałej z szkarlatyny, należy przeprowadzić badanie bakterjologiczne nalotów. Gdy jest ono niemożliwe (jeśli fałszywej błonie towarzyszą gruczołki chłonne szyjne, a w jamie nosowej daje się stwierdzić obecność wydzieliny ropnej lub krwawej), należy wstrzyknąć surowicę i postępować tak, jakby obecność dyfterytu była udowodniona.

Inne przyczyny anginy błonowej (oprócz dyfterytu i szkarlatyny) są rzadsze. Syfilisowi gardzieli towarzyszy (tylko u dorosłych ludzi) wytwarzanie się fałszywej błony, w przypadkach wyjątkowych: 1. — Szankier migdałka, wywołujący nieraz białe plamy, które naśladują objawy dyfterytu; plamy te i gruczołki są przeważnie jednostronne. 2. — Plaques muqueuses gardzieli mogą również pokrywać się fałszywą błoną. Należy przeprowadzić dokładne badanie, w celu uniknięcia pomyłek, t. zn. nie uważać tych objawów za dyfteryt.

Niektóre zabiegi terapeutyczne mogą pociągnąć za sobą formowanie się fałszywej błony na gardzieli. Trzeba się z niemi zapoznać, gdyż są one często przyczyną pomyłek.

Po tonsillotomji tworzy się przeważnie na miejscu operowanem fałszywa błona (zazwyczaj dość wąska). Ma ona tę własność, że nie przekracza granic obdukowanego migdałka.

Gdy djagnoza została już ustalona przy pomocy anamnezy, wstrzykiwania surowicy nie mają racji bytu. Trzeba zaznaczyć, że w wyjątkowych przypadkach dyfteryt może skomplikować tonsillotomję. A zatem przy najmniejszym podejrzanym objawie należy wstrzyknąć surowicę i — gdy można — przeprowadzić badanie bakterjologiczne.

Fałszywa błona pojawia się dość często na powierzchni migdałka, dotkniętego ropniem. Ropień migdałka charakteryzują dwa objawy: nabrzmienie brzegów migdałka, pokrytych powłoką, powodującą znaczną asymetrję gardzieli i przełyku; oraz skurczenie się mięśni szczęki i dolegliwości przy otwieraniu ust.

Angina ostra wywołująca skurczenie mięśni szczęki i trudności przy otwieraniu ust, jest przeważnie anginą ropniową.

Po prawidłowem rozpoznaniu anginy dyfterytowej, należy zbadać czy chodzi o anginę dyfterytową pospolitą, czy też — złośliwą (hypertoxyczną).

Przy anginie dyfterytowej pospolitej fałszywe błony tworzą oddzielne torebeczki lub grupki, mniej lub więcej rozprzestrzenione. Przy anginie złośliwej błony fałszywe pokrywają całe gardło; migdałki, podniebienie i tylna ścianka gardzieli są pokryte szarawą gęstą powłoką, o nierównej powierzchni. Towarzyszące jej gruczołki chłonne szyjne mają charakter różnorodny, zależny od tego czy chodzi o anginę dyfterytową pospolitą, czy — złośliwą. W 1-szym przypadku są one nieznaczne; gruczoły posuwają się pod palcami i są od siebie oddzielone. W anginie złośliwej gruczołki chłonne szyjne i szczękowe

sa stałe i stanowią objaw groźny. Łączą się one ze sobą, tworząc zwartą, nierozdzielającą się masę.

Gdy gruczoły te występują bardzo wyraźnie, wywołują sztywność t. zw. „cou proconsulaire".

Angina szarawa jest drugą odmianą anginy białej. Charakteryzują ją białawe i szarawe naloty na migdałkach, o jasnych brzegach powierzchni nierównej, miękkiej, kruchej i przylegającej do błony śluzowej. Naloty te nie są groźne, lecz często pozostają w związku z ogólnym stanem osłabienia.

Anginę lakunarną charakteryzuje formowanie sie białych wydzielin w lakunach migdałka. Lakuny są czerwone, spuchnięte, powierzchnia ich pokryta jest białemi kropkami, które wydłużając sie, przybierają nieraz kształt wąziutkich nitek.

Głównemi symptomami anginy lakunarnej są: gorączka, bóle i osłabienie. Dotychczas przypuszczano, że angina lakunarna jest następstwem zakażenia lokalnego, i że wywiera ona wpływ na stan ogólny; obecnie jednak udowodniono, że jest to choroba ogólna, atakująca w następstwie migdałki.

Angina lakunarna jest w większości przypadków chorobą lekką; ustępuje po kilku dniach; stosowanie salicylu powoduje stopniowy zanik objawów i przyśpiesza powrót do zdrowia.

W bardzo rzadkich przypadkach dyfteryt gardlany może przybierać formę anginy lakunarnej. Wtedy wydzielina, charakteryzująca dyfteryt, mieści się początkowo na lakunach, zamiast rozwijać się na powierzchni migdałka. Lecz rzadko pozostaje ona w granicach lakun. Najpóźniej po upływie 48-iu godzin rozprzestrzenia się, białe kropki i paseczki zaczynają tworzyć grupy oraz naloty białe, zwarte i przylegające. Gdy po 48-iu godzinach kropki te pozostaną w granicach lakun, niezmienione, — nie ma potrzeby wstrzykiwać surowicy. W tej regule są wyjątki: terapję surowiczną należy stosować w anginie lakunarnej:

1. — Gdy towarzyszą jej objawy (nawet lekkie) zapalenia krtani z chrypką.

2. — Gdy występuje przy niej silny katar nosa, z wydzieliną ropną, charakteryzującą dyfteryt.

3. — Gdy towarzyszą jej znaczne gruczoły chłonne szyjne.

W tych wypadkach nie należy czekać z wstrzyknięciem surowicy na wynik badania bakterjologicznego i — nie zważając na nie postępować tak, jakby się miało do czynienia z dyfterytem.

Angina lakunarna znana jest jeszcze pod nazwą woreczkowatej (folliculaire). Określenie to jest niesłuszne; angina woreczkowata może oznaczać anginę z zapaleniem woreczków limfoidalnych.

Angina lakunarna bywa nieraz mylnie nazywana herpetyczną (hérpetique). Nazwa ta dlatego jest mylną, gdyż angina herpetyczna jest odrębną jednostką patologiczną. Charakteryzuje ją rozwijanie się na gardzieli dość dużych pęcherzyków, które łatwo pękają, pozostawiając małe krążki o jasnych brzegach. Towarzyszy im zwykle gorączka, osłabienie, niekiedy wyrzuty na wargach; te ostatnie nie mają specjalnego znaczenia, gdyż mogą być komplikacją wszystkich angin ostrych.

Dwie dolegliwości gardzieli, zasługujące na nazwę herpetycznych, nie są prawdziwemi anginami. Są to wyrzuty gardzielowe i ustne. — Jest to „zona pharyngo-buccal"; zdarza się rzadko, tylko u ludzi dorosłych; występuje jednostronnie na podniebieniu, policzkach, dziąsłach, rzadko na samej gardzieli, a nigdy na migdałkach.

Kontury pękniętych pęcherzyków są nieregularne lub wielocykliczne. Zjawiska te (jednostronne umiejscowienie, siedlisko bardziej ustne niż gardlane, wielocykliczność brzegów białych nalotów), pozwalają odróżniać zona pharyngo-buccal od angin ostrych.

Rzadko spotyka się przypadek anginy pęcherzykowej swoistej. Być może, że była ona dotychczas identyfikowana z anginą herpetyczną. Charakteryzuja ją pęcherzyki, wielkości maleńkiego groszka (mniejsze niż przy wietrznej ospie), znajdujące się na błonie śluzowej gardzieli. Powstały one przez podniesienie półkuliste nabłonka, pod którym znajduje się ciecz ropna (a nie — surowiczo-ropna, jak przy wietrznej ospie). Pęcherzyki te łatwo pękają pozostawiając po sobie zaokrąglone wgłębienia, lub szarawe krążki, mające niekiedy wygląd wysepek pseudo-błoniczych. Początkowo są one rozdzielone, później jednak łączą się, zwłaszcza na powierzchni migdałków. Odmiany te przyjmują postać pseudo-błoniczą, która pozwala myśleć o dyfterycie; angina staje się pęcherzykowo-błoniczą.

Pomylenie z anginą dyfterytową może być wytłomaczone zapaleniem krtani (z chrypką) towarzyszące anginie pęcherzykowej, które symuluje krup i może wymagać intubacji.

Rozpoznanie tej anginy jest oparte na obecności typowych pęcherzyków na gardzieli. Gdy wytwarzają one, rozlewając się, pozór fałszywej błony, widoczne są naokoło nich oddzielne krosty, wyjaśniające pochodzenie pęcherzyków.

Niektóre anginy komplikują się zniszczeniem (powolnem lub szybkiem, głębokiem lub powierzchownem) błony śluzowej gardzieli.

Przyczyny owrzodzenia gardzieli są różnorodne:

Owrzodzenia syfilityczne (szankier początkowy, „plaques muqueuses", owrzodzenia kilakowe), owrzodzenia gruźlicze i rakowe.

Ich cechy charakterystyczne stawiają je w rzędzie angin przewlekłych. Istnieje kilka odmian angin zgorzelowych:

1. — Część angin pseudo-błonowych dyfterytowych i szkarlatynowych.

2. — Część angin nie mających tendencji owrzodzenia, które mogą jednak wywołać zniszczenie błony śluzowej gardzieli.

3. — Agranulocytoza.

4. — Angina Vincent'a.

Anginy pseudo-błonowe dyfterytowe lub szkarlatynowe, przybierając formę złośliwą, mogą komplikować się przez owrzodzenie. W tych przypadkach błona śluzowa, podległa wydzielinom, jest prawie zawsze owrzodzona. Można to skonstatować w momencie opadnięcia fałszywej błony.

Zniszczone tkanki zmieszane z resztkami fałszywej błony tworzą cuchnącą, gnilną masę. Te anginy zgorzelowe znane pod nazwą „noma gardzieli", są zawsze śmiertelne, lecz zdarzają się rzadko.

Gdy angina lakunarna, kataralna lub pęcherzykowa towarzyszy odrze, zapaleniu płuc, rakowi, chronicznej chorobie serca, nerek lub wątroby, zdarza się, iż błona śluzowa ulega powierzchownemu zniszczeniu.

W r. 1922 *Schulze* opisał objawy i znaczenie agranulocytozy. Występuje ona w postaci zapalenia kataralnego, pseudo-ropniowego lub pseudo-błonowego; najczęściej jest ona zgorzelowa i krwawa. Anginie takiej towarzyszy gorączka, żółtaczka, białkomocz, a niekiedy wyrzuty pęcherzykowe. Badanie krwi w tym okresie stwierdza znaczne zmiany hematologiczne. Polegają one na leukopenji, na zmniejszaniu się ciałek białych do 1200, 1600 na milimetr sześcienny, na zanikaniu ciałek wielojądrzastych i zastąpieniu ich przez ciałka jednojądrzaste (monocyty). Stąd też pochodzi nazwa „agranulocytoza". Stan ten kończy się nagłą śmiercią; zdarza się najczęściej u kobiet.

Agranulocytoza rozpoczyna się bólami, gorączką i ogólnem groźnem zakażeniem. W gardzieli występuje natychmiast owrzodzenie, które mieści się przedewszystkiem na migdałkach, lecz może się również znajdować na dziąsłach i podniebieniu. Owrzodzenie, którego podstawą jest zgorzel, charakteryzuje cuchnienie.

Szczególną uwagę zwraca na siebie patognomoniczne cuchnienie oddechu. Po ustaleniu tych objawów należy natychmiast przeprowadzić badanie krwi, które wykaże obniżenie się ilości ciałek białych (spadających z normalnych 6.000 do kilkuset), zanik ciałek wielojądrzastych i pojawienie się na ich miejsce ciałek jednojądrzastych.

Nie należy uzależniać rozpoznania anginy Vincent'a, tylko od wyniku badania bakterjologicznego. Nie znamy bowiem prawdziwej istoty tej anginy; dane bakterjologiczne (streptokoki, stafylokoki, krętki) są uważane za objawy małoznaczące. *Windham* sądzi, że w tym przypadku chodzi o zakażenie „b. pyocyaneus", prawdopodobnie w połączeniu z kilkoma anerobami.

Istnieją rzadkie przypadki agranulocytozy — nieśmiertelne. Zaobserwowano w nich jednak pewne szczegóły indywidualne, bądź na początku (następstwa po usunięciu zęba), bądź w historji choroby (leczenie przeciwsyfilisowe), bądź tej w jej oznakach (nieznaczna leukopenja, lub niewielkie cuchnienie).

Gdy objawy pozostają klasyczne, należy stawiać złe horoskopy. Chory umiera, a autopsja nie wykazuje charakterystycznych uszkodzeń, oprócz defektów szpiku kostnego.

W ten sposób dochodzimy do wniosku,

że agranulocytozę należy traktować jako schorzenie ogólne, które pośrednio umiejscawia się w gardle, w postaci ciężkiej, zgorzelowej anginy.

Dla rozpoznania anginy Vincent'a mają znaczenie niektóre charakterystyczne właściwości przebiegu klinicznego, jak: formowanie się powierzchownej martwicy błony śluzowej, oraz przyleganie zmartwiałej tkanki (w postaci fałszywej błony) do części głębiej położonych. Nazwą najlepiej tę anginę określającą jest: angina martwiczo-błonowa.

Naloty anginy Vincent'a różnią się bardzo od nalotów anginy pęcherzykowej (gdyż są ściśle przylegające) i od wydzielin włóknistych (są bowiem wilgotne i przylegające).

Naogół badanie nalotów nie wykazuje obecności zarazków dyfterytu. Po roztarciu nalotu i po pokolorowaniu go fuchsiną Ziehl'a ukazują się zawsze dwa skojarzone mikroby: zarazek wrzecionowaty i krętki.

Znane są przypadki, gdy badanie gardła wykazuje, iż jest ono pokryte białemi nalotami o różnych charakterach. Można również skonstatować towarzyszącą im fałszywą błonę i naloty pęcherzykowe, fałszywą błonę i wydzieliny lakunarne, fałszywą błonę i naloty zgorzelowe. Niekiedy jeden rodzaj nalotów znajduje się na jednym, a drugi na drugim migdałku, nieraz zaś mieszczą się one na jednym i tym samym migdałku.

Niezawsze przy pierwszem badaniu można określić charakter nalotów. Nieraz zauważa się kilka białych kropek, jak w anginie lakunarnej, ale na boku znajdują się białawe, nieregularne paseczki; niemożliwem jest stwierdzenie czy są to fałszywe błony, czy wydzieliny lakunarne, sformowane w wydłużonych lakunach, tworzące niekiedy nieregularne jamki.

Niekiedy spostrzega się na migdałkach białe paseczki, tworzące rodzaj pajęczyny. W tym przypadku należy postępować tak, jak przy typowej anginie lakunarnej. Gdy nie można przeprowadzić badania bakterjologicznego, trzeba badać gardziel dwa razy dziennie i nie należy stosować żadnych zabiegów lokalnych.

Jeżeli po 24, 48 godzinach naloty nie rozprzestrzeniają się, można wstrzymać się z wstrzyknięciem surowicy. Należy je natomiast momentalnie stosować, gdy anginie towarzyszy zapalenie krtani z chrypką, ropny katar nosa, lub gdy w 1-szym dniu występują gruczołki chłonne szyjne, albo też gdy angina pojawiła się w ośrodku epidemicznym.

Należy jeszcze wspomnieć o specjalnej postaci anginy, wywołanej białemi nalotami gardlanemi, które zawdzięczają swe powstanie betkom ustnym. Owe „muguet pharyngé" utrudniają również rozpoznanie anginy szarawej, której naloty są do nich podobne.

Mikroskopijne badanie betek ustnych wykazuje długie rurki leptothrixu, mniej lub więcej zmienione, owinięte w wielowarstwowy nabłonek.

Reasumując powyższą pracę dochodzimy do pewności, iż anginę pseudo-błoniczną należy traktować jako dyfteryt i stosować wstrzykiwania przeciwdyfterytowe, w przypadku gdy jest ona swoista, t. zn. gdy podstawą jej nie była szkarlatyna, syfilis gardzieli, lub gdy nie jest następstwem amygdalotomji, czy też zabiegu terapeutycznego. W przeciwnym przypadku należy uważać dyfteryt za zjawisko wątpliwe. Te same zasady dają się zastosować w przypadku anginy, której symptomem charakterystycznym są białe nieokreślone naloty.

Gdy przeprowadzenie badania bakterjologicznego jest niemożliwe, należy chorobę traktować tak, jakby obecność dyfterytu była stwierdzona i — stosować wstrzykiwania surowicy.

Na podstawie powyższych danych widzimy, iż można rozpoznać anginę dyfterytową nawet bez badania bakterjologicznego (kierując się jedynie badaniem klinicznem) i stwierdzić czy zachodzi konieczność stosowania wstrzykiwań przeciwdyfterytowych.

Statystyka przeprowadzonego badania klinicznego dotyczy 30 dzieci szkolnych z miejskiego ambulatorjum szkolnego, 60 chorych dorosłych z II-giej lecznicy Łódzkiej Kasy Chorych i 10 przypadkowych z prywatnej praktyki. U dzieci szkolnych w wieku od 7 do 13 lat, na 30 angin ostrych było 12 bez nalotów, przy silnie zaczerwienionej gardzieli, wysokiej gorączce i braku innych objawów. Z powyższych chorych 1 dziecko zostało skierowane do szpitala „Anny Marji", gdzie stwierdzono objawy krupowe i należało przeprowadzić intubację. U 6 dzieci angina wystąpiła w postaci lakunarnej, która po kilkudniowem leczeniu ustąpiła. U 1 dziecka postać lakunarna była po 2 dniach całkowicie pokryta fałszywą błoną, a badanie bakterjologiczne ustaliło obecność laseczników Löffler'a. U pozostałych dzieci naloty wystąpiły bądź w postaci fałszywych błon, bądź w ilości nieznacznej; u 5 dzieci — o formie nalotów mieszanych, stwierdzono opuchnięcie podniebienia i typowe objawy ropnia migdałkowego, gdzie wstrzykiwań nie stosowano. W pozostałych przypadkach bez uprzedniego badania zastosowano surowicę antydyfterytową z dobrym wynikiem. W 4 z powyższych przypadków, gdzie badanie bakterjologiczne było niemożliwe, po zastosowaniu wstrzyknięć dało się jeszcze stwierdzić obecność laseczników Löffler'a.

60 przypadków zachorowania gardzieli z nalotami u obłożnie chorych II-ej lecznicy Łódzkiej Kasy Chorych (dzieci 25, dorosłych 35 i 5 osesków do roku). Stwierdzono niewyraźne naloty mieszane. Wystąpiły one po 3, 4-ch dniach bez wstrzyknięcia surowicy. W 12 przypadkach zastosowano surowicę. Następne badanie bakterjologiczne wykazało obecność laseczników Löffler'a u 8 dzieci, gdzie surowica była wstrzyknięta. U pozostałych 4 dzieci badanie bakterjologiczne było zbędne, gdyż po 24 godzinach naloty ustąpiły. W 3 przypadkach o nalotach niewyraźnych wstrzyknięto surowicę, gdyż wydzielina nosowa ropna nasuwała przypuszczenie, iż mamy do czynienia z dyfterytem nosa. Badanie wydzieliny nosa potwierdziło przypuszczenia.

W 2-ch przypadkach, przy wyraźnych błonach fałszywych, gdzie surowicy nie wstrzyknięto, gdyż badanie bakterjologiczne nalotów nie wykazało obecności laseczników Löffler'a, wstrzyknięto surowicę przez innego lekarza, który po powtórnem badaniu stwierdził obecność laseczników.

35 przypadków anginy z nalotami u dorosłych: w 20 przypadkach rozpoznano anginę lakunarną, która nie wymagała zastosowania surowicy. W 4-ch przypadkach typowe naloty pseudo-błonowe występowały przy ropniach migdałków. Badanie nie wykazało laseczników dyfterytu. W 5 przypadkach zastosowano surowicę, następne badanie bakterjologiczne wykazało obecność laseczników Löffler'a. W 1 przypadku anginy septycznej naloty były powikłaniem ropnia pozamigdałkowego, bez laseczników dyfterytu. W 1 przypadku ciężkiej anginy ropniowej, gdzie naloty nie wykazały laseczników, badanie hematologiczne wykazało leukopenję silnego stopnia, gdzie liczba ciałek białych jednojądrzastych dochodziła do 1000 na milimetr sześcienny. Był to przypadek agranulocytozy z zejściem śmiertelnem.

W 2-ch przypadkach typowe naloty pseudo-błonowe, w których badanie wykazało obecność laseczników Löffler'a, nie ustąpiły po dwukrotnem wstrzyknięciu 10.000 jednostek surowicy przeciwdyfterytowej. Badanie na odczyn Wassermanna wypadło z wynikiem dodatnim (4 plusy). Zastosowano kurację specyficzną, po której naloty zupełnie znikły. W 2-ch przypadkach naloty były nietypowe, przy ogólnych ciężkich stanach chorobowych.

Z 10 przypadków z prywatnej praktyki stwierdzono u 6 chorych z typowemi nalotami pseudo-błonowemi, (po uprzedniem stosowaniu surowicy), obecność laseczników Löffler'a. W 2-ch przypadkach badanie mikroskopijne z takimiże nalotami, stwierdziło anginę Plaut-Vincent'a. W 1-szym przypadku, gdzie była lekka błona pęcherzykowa (u osoby, która miała złamaną nogę), stwierdzono jednostronną zonа buccalis; a w II-gim przypadku, gdzie również wystąpiła fałszywa błona, stwierdzono leptothrix buccalis, u osoby chorej na carcinoma pulmonum.

PIŚMIENNICTWO.

1. — *A. Marfan:* „Le diagnostic des angines aigues".
2. — *Windham:* „*Angine agranulocytique*". (Annales de laryngologie 1930).
3. — *Brunetto Fréderico:* „Angines et nephrites". (Annales de laryng. 1930).
4. — *Wiethe:* „Angines nécrotiques". (Annales).
5. — *Sture Berggren u. Torsten Hellman:* „Die chronische tonsillitis". (Acta Oto — Laryngologica 1930).
6. — *William Lincoln Ballenger:* „Diphteria".
7. — *E. J. Moure:* „Chirurgie des amygdales".

STRESZCZENIA

CHOROBY WEWNĘTRZNE

Wrażliwość wobec leków. (Sensibilité aux médicaments). E. Joltrain.
Revue de méd. Nr. 4 r. 1931.

Wrażliwość ustroju ludzkiego wobec rozmaitych leków była znana oddawna, dopiero jednak badania ostatnich dziesiątków lat, dotyczące anafilaksji, zwróciły także uwagę klinicystów na objawy wrażliwości, lub nadwrażliwości, wobec rozmaitych leków, bez względu na sposób wprowadzania ich do ustroju. Objawy nadwrażliwości pod postacią pokrzywki, dychawicy oskrzelowej i t. p. zwracają obecnie bardziej naszą uwagę, niż to dawniej miało miejsce. Do leków, które ponad wszelką wątpliwość, mogą wywołać objawy nadwrażliwości, należą: woda wapienna, tran rybi, ipekakuana, santonina, olejek terpentynowy i inne ciała żywiczne, olejek anyżowy, walerjana. Wszystkie te ciała były nieraz przyczyną wystąpienia napadów dychawicy, a zwłaszcza pokrzywki. Do takich leków należy jeszcze zaliczyć salicylan sodu, bromek potasu, chloral, jodek potasu, siarczan chininy i t. p. Autor studjował objawy hemoklastyczne u całego szeregu osobników, dotkniętych hemoglobinurją napadową pod wpływem zimna. Badania te przeprowadził autor z *Widalem, Abrami'm* i innymi, co było początkiem głębszych studjów nad nadwrażliwością. Te badania wykazały, że do ciał wywołujących hemoklastyczne wstrząsy należy także antipiryna.

Ale i opium i morfina wywołują objawy nadwrażliwości i znanem jest, że zwłaszcza palacze opium niejednokrotnie cierpią na napady dychawicy, a osobliwie pokrzywki, po użyciu tych środków, mimo, że używanie ich przeszło u nich w narkomanję. Z drugiej strony wszakże u narkomanów spotyka się niekiedy stan nadwrażliwości, który występuje dopiero z chwilą wyleczenia z nałogu. Autor przytacza odpowiedni przypadek, dotyczący chorego, który z powodu gwałtownych bólów w nogach uległ morfinizmowi. Bóle te rzekomo były tabetyczne, wskutek czego chory był poddany kilkakrotnie swoistemu leczeniu. Według zdania autora chodziło tu raczej o polyneuritis alcoholica. Chorego łatwo udało się odzwyczaić od morfiny, wkrótce jednak, po podjęciu codziennego trybu, życia, chory znowu wrócił do swego nałogu. Przy ponownem leczeniu przeciwkiłowem, które przeprowadzono na wyraźne życzenie chorego, wystąpiła pokrzywka, bardzo silna. Trwałość jej zmusiła chorego do stosowania morfiny, po której pokrzywka szybko znikła. Od tego czasu próba odzwyczajenia chorego od morfiny doprowadzała tylko do tego, że z chwilą obniżenia dziennej dawki morfiny z 12 na 7 ctgr. przy tej ostatniej dawce występowała już pokrzywka, i była ona oporna na każde leczenie, prócz podwyższenia dawki morfiny. Bliższe badania wykazały, że ten chory, pozbawiony morfiny, ulegał znacznej sympatikotonji i tylko morfina sprowadzała równowagę układu wegetatywnego. Po opuszczeniu kliniki, chory popadł w alkoholizm obok morfinomanji. Po powrocie do kliniki zastosowano choremu bromek skopolaminy, poczem dokonano nowych prób wyleczenia go z nałogu. Badania wrażliwości chorego na doskórne wprowadzanie morfiny, wykazały, że minimalne dawki wywołują wystąpienie wyraźnej pokrzywki, w miejscu wstrzyknięcia, natomiast wystarczy wstrzyknąć 1 ctgr podskórnie, by objawy chorobowe zupełnie ustąpiły.

Badania *Widal'a, Abrami'ego* i innych wykazały, że objawy wstrząsu hemoklastycznego, jako wyraz nadwrażliwości, można też wywołać takimi lekami, jak rozczyn dwuwęglanu sodu, podsiarczynu sodu, a nawet soli kuchennej, o ile te środki wprowadzi się gwałtownie i bezpośrednio do krwiobiegu. Ogólnie są znane objawy wstrząsu pod wpływem połączeń arsenowych, a zwłaszcza arseno-benzolu. U jednego z chorych po wstrzyknięciu 5 ctgr (!) neo-salwarsanu wystąpił po pięciu minutach wstrząs, w którym ilość leukocytów spadła z 12.000 na 2.000, a ciśnienie krwi z 220 mmHg na 0. Chory nagle zbladł i stracił przytomność tak, że dopiero natychmiastowe wstrzyknięcie adrenaliny zdołało go uratować, nie zapobiegło jednak wystąpieniu obfitej pokrzywki.

Jak rozmaitemi mogą być objawy nadwrażliwości, świadczy następujący przypadek. Choremu, wrażliwemu na ipekakuane, wstrzyknięto podskórnie 1 ccm wyciągu ipekakuany 1 : 5.000 (!). W dziesięć minut później, w miejscu wstrzyknięcia pojawiła się pokrzywka, a nadto wystąpił lekki napad dychawicy oskrzelowej, który minął po wstrzyknięciu adrenaliny. Chory opuścił klinikę, lecz po przejściu paru kroków dostał na ulicy zawrotów głowy, tak że musiał oprzeć się o mur. Gdy to minęło powrócił do swego mieszkania, gdzie uczuł znaczne swędzenie skóry, poczem pojawił się rozległy rumień, podobny do wysypki płoniczej oraz objawy pokrzywki. Niedługo później poczuł zimno w kończynach, ręce stały się fjoletowe a niebawem zupełnie białe i zimne, jak w chorobie Reynaud'a i równocześnie pojawiło się swędzenie w nosie i oczach oraz bardzo obfity wyciek z nosa, który trwał aż do następnego dnia. (Coryza spasmodique). Wszystkie te objawy należy odnieść bezpośrednio do nadwrażliwości.

Obrzęk Quinckego, jako objaw nadwrażliwości, występuje często, a z chwilą umiejscowienia się w głośni może być nawet przyczyną śmierci. Jedna z chorych autora, została uratowana w podobnym przypadku dopiero po kilkakrotnem wstrzyknięciu adrenaliny i dłuższem stosowaniu sztucznego oddychania.

Niektórzy autorowie opisują pokrzywkę, jako objaw nadwrażliwości wobec rtęci, bismutu, oleju

ATURAL

Surowica przeciwpodpuszczkowa, cytrynian trójsodowy, sacharoza.

UŁATWIA TRAWIENIE MLEKA U DZIECI i DOROSŁYCH.
USUWA WSZELKIE OBJAWY NIETOLERANCJI MLEKA
JAK: BIEGUNKI, WYMIOTY i T. P.
LECZY NIEŻYTY PRZEWODU POKARMOWEGO OSESKÓW

DAWKOWANIE: 1 miarka na 100 gr. mleka przestudzonego.

Próby i Literatura na żądanie Wpp. lekarzy

L. NASIEROWSKI · WARSZAWA · KALISKA 9 · TEL. 724-39, 630-42.

LIPIODOL LAFAY

Oliwa jodowa o zawartości 40% jodu

Lipiodol Terapeutyczny

Dychawica oskrzelowa i rozedma płuc
Limfatyzm
Choroby stawów (gościec i dna)
Miażdżyca i inne choroby naczyń
Bóle (rwa kulszowa, nerwobóle, etc..)
Kiła i wszystkie inne wskazania dla terapji jodowej

Lipiodol Radjologiczny

Neurologja (czaszka, komory mózgowe, kanał kręgowy)
Drogi oddechowe
Macica i jajowody
Nerki, pęcherz, moczowody
Wrzody i przetoki
Drogi łzowe
Laryngologja (zatoki, trąbka Eustachjusza)
Przełyk etc..etc..

LIPIODOL — Ampułki — Kapsułki — Kołaczyki

A. GUERBET et Cie, 22 rue du Landy, St. Ouen, via Paryż

rycynowego, somnifenu, veronalu i innych przetworów barbiturowych.

Autor ostatnio obserwował także nadwrażliwość wobec wydzielin gruczołów dokrewnych, szczególnie zaś wobec insuliny. Ta nadwrażliwość dotyczyła dyrektora laboratorjum dużej fabryki, który wprawdzie stykał się wciąż z insuluną, nigdy jej jednak u siebie nie stosował. Nadwrażliwość ta wystąpiła dopiero po paru latach, a dosięgła tak znacznego stopnia, że chory ulegał napadom dychawicy oskrzelowej, nawet wówczas, gdy zetknął się z kimś powracającym z fabryki. Szereg badań wykazał, że ta nadwrażliwość nie zależała od produktów ciał białkowych, gdyż reakcja skórna występowała również przy użyciu czystej insuliny krystalicznej. Badając objawy kolloidoklazji, autor wraz z *Abramim* otrzymywali wyniki pozytywne także i wobec innych hormonów, jak np. z jajników lub z tarczycy (tyroksyna), aczkolwiek bardzo rzadko.

Należy odróżnić nadwrażliwość, czyli nietolerancję ustroju wobec rozmaitych środków, która występuje jako nadwrażliwość wrodzona od nadwrażliwości nabytej. Niewątpliwie szczególnie są ciekawe objawy nadwrażliwości nabytej, przyczem ta nadwrażliwość dotyczy zazwyczaj jednego ciała lub tylko niewielu. Należy przytem zauważyć, że nadwrażliwość może być tylko idiosynkrazją, która nie daje się przenieść drogą humoralną na inny ustrój, może być jednak także wyrazem anafilaksji, czyli swoistego uczulenia wobec danego ciała i, jako taka, daje się wtedy przenosić na inny ustrój (anafilaksja bierna). Dla wykazania istnienia stanu anafilaktycznego podano szereg prób, nie wszystkie one jednak dowodzą bezwzględnie istnienia anafilaksji. I tak np. próba doskórnego wstrzykiwania lub naskórnych skaryfikacji przy użyciu odpowiednich wyciągów, nawet wobec dodatniego wyniku, nie jest dostatecznym dowodem istnienia anafilaksji. Więcej znaczenia należy przypisać ustąpieniu wstrząsów po usunięciu przyczyny wywołującej. Za dowód istnienia anafilaksji natomiast należy uważać odczulenie ustroju drogą stopniowego zwiększania dawek ciał wstrząsorodnych. Podobnym też dowodem jest wykazanie istnienia biernej anafilaksji. Ta próba na tem polega, że zdrowemu osobnikowi wstrzykuje się doskórnie $^1/_{10}$ ccm surowicy krwi osobnika uczulonego; w 24 godziny później wstrzykuje się minimalną dawkę ciała, na które uczulony osobnik jest wrażliwy, w miejsce poprzedniego wstrzyknięcia (u osobnika zdrowego). Wówczas, w razie istnienia anafilaksji biernej, wystąpi wyraźnie miejscowa reakcja.

Autor zwraca uwagę, że przed wystąpieniem wyraźnych objawów, można stwierdzić zapomocą badania wstrząsu hemoklastycznego wyraźne zaburzenie równowagi soków ustrojowych. Wstrząs ten jednak występuje zarówno w anafilaksji, jak i w innych uczuleniach i nadwrażliwościach.

Co się tyczy wystąpienia anafilaksji, względnie uczulenia, w patologji ludzkiej, sprawa ta nie jest całkowicie wyjaśniona. Dziwnem bowiem może się wydawać, że u wielu osobników uczulenie występuje dopiero po latach ciągłego stykania się z substancją, wywołującą to uczulenie. Autor sądzi, że chodzi tutaj o pewną zmianę podłoża, o „przestrojenie“ ustroju. Ta zmiana podłoża może wystąpić pod wpływem całego szeregu czynników, jak nagła zmiana trybu życia, klimatu, przeziębienie, zakaźna choroba, wstrzyknięcie jakiejś surowicy lub wakcyny, intoksykacja, a nawet wstrząs emotywny. Podobnie też mogą działać zaburzenia przewodu pokarmowego, wątroby, nerek a zwłaszcza gruczołów dokrewnych, szczególniej u kobiet.

Leczenie nadwrażliwości polega na usunięciu wpływów ciał, wywołujących wstrząs, lub też należy się starać chorego odczulić. Autor jest szczególnym zwolennikiem auto-sero-terapji dożylnej, którą należy przeprowadzać bardzo ostrożnie. W tym celu wstrzykuje się dwa do trzech razy na tydzień, dożylnie, niewielkie dawki własnej surowicy chorego, zebranej w sposób możliwie aseptyczny. Rozpoczynamy od dawki $^1/_{10}$ ccm i zwolna wzmagamy ją w ten sposób, aby w dwunastu wstrzyknięciach dojść najwyżej do jednorazowej dawki 2 ccm. Ta metoda jest łatwiejsza i mniej niebezpieczna, niż stosowanie nawet minimalnych dawek tych substancji, które wywołują wstrząs. Wywoływania brutalnych wstrząsów należy bezwarunkowo unikać podczas leczenia.

Z. Gorecki.

CHIRURGJA

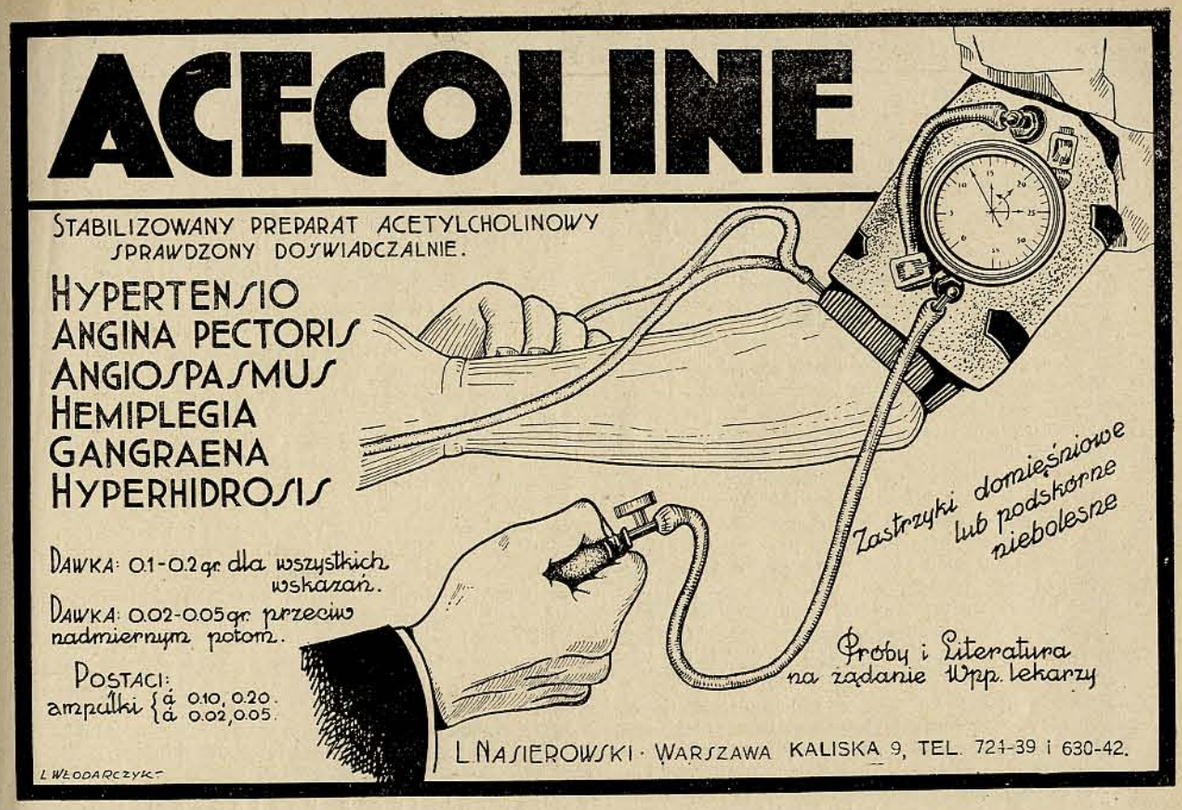
Wskazówki lecznicze w przypadkach przewlekłego zapalenia stawów typu „Les arthroses“. (Traitement des arthroses). Coste, Forestier i Lacapère.

La Presse Méd. Nr. 39, maj 1931.

Dla zrozumienia różnych wskazań leczniczych w stawach powyższych z korzyścią będzie przypomnieć zespół spotykanych w nich czynników etjologicznych i zmian anatomicznych. Są to: zaburzenia w krążeniu (miażdżyca tętnic), niedomoga jajników, intoksykacje (dna), urazy jednorazowe lub nawykowe (wadliwa statyka), zaburzenia nerwowo-odżywcze; odnośne zmiany anatomiczne, natury wyłącznie zwyrodnieniowej, polegają na zniszczeniu chrząstki stawowej w jej części środkowej i na obecności wyrośli chrząstno-kostnych na obwodzie stawu (osteophytes); zmian zapalnych nie spotyka się tu prawie nigdy.

I. Leczenie ogólne powyższych schorzeń jest tutaj naogół na planie dalszym, pierwsze miejsce co do swego znaczenia ustępując leczeniu miejscowemu. Stosowanie szczepionek (Ponndorf), proteinoterapja, środki chemiczne (zawiesiny kolloidowe metali) — nie dają naogół wyników. Wyjątek należy zrobić jedynie dla jodu i siarki, podawanych bądź to doustnie, bądź też podskórnie lub domięśniowo, po których w dużej liczbie przypadków (w przeciwieństwie do schorzeń stawowych typu „arthritis“) widuje się wyniki bardzo dobre. Jod najlepiej jest podawać rozpuszczony w tłuszczach, a siarkę — w postaci kolloidalnej. Leczenie wyciągami z gruczołów dokrewnych (jajniki) ,wbrew przypuszczeniom, opartych na przesłankach patogenetycznych, nie daje naogół wyraźnych wyników, co tłumaczą niektórzy autorowie niedostatecznością zwykle stosowanych dawek, względnie współistnieniem w etjologji, poza niedomogą gruczołową, wielu innych czynników.

II. Leczenie miejscowe. Na pierwszem miejscu postawić należy środki, wywo-



łujące przekrwienie czynne, jak to — kąpiele ciepłe, kąpiele elektryczne, diatermja, naświetlania gorącemi promieniami, heljoterapja. Następnie — naświetlania promieniami Roentgena i radu, wstrzykiwania do stawu i w jego otoczenie różnych środków farmakologicznych (lipjodol), miesienie, gimnastyka lecznicza, kąpiele mineralne, wreszcie, różne zabiegi chirurgiczno-ortopedyczne. Zaznaczyć tu należy, że skłonność stawów powyższych do zesztywnienia jest naogół znacznie mniejsza, niż w przypadkach typu „arthrites".

Reasumując wyżej powiedziane, należy podkreślić różnicę w rokowaniu i leczeniu, jaka istnieje między „arthrites" i „arthroses". W przeciwieństwie do tych pierwszych, w zwyrodnieniowych postaciach przewlekłych schorzeń stawowych i przyczyny chorobotwórcze są naogół niejasne, nieuchwytne, i samo leczenie jest mało wydatne, niepewne, jakby wyczekujące. A ponieważ sam proces chorobowy dotyczy tutaj przeważnie stawów ważnych pod względem statycznym i w wielu przypadkach kompletnie unieruchamia chorego, więc nieraz zachodzi konieczność trwałego, operacyjnego unieruchomienia danego stawu (artrodeza), dla zapewnienia choremu możliwych warunków bytu.

Ze względu na trudność osiągnięcia trwałej poprawy, względnie wyleczenia, lekarz jest zmuszony uciekać się do różnych środków działających objawowo, mogących przynieść ulgę choremu. Wśród nich na pierwszem miejscu postawić należy a s p i r y n ę, której działanie kojące ból jest tutaj nie do zastąpienia.

Który ze środków należy wybrać, stosując leczenie żylaków wstrzykiwaniami środków drażniących? (Quel est le produit de choix à employer dans la méthode de Sicard pour le traitement de varices?) G a u g i e r.

La Presse Méd. Nr. 35, maj 1931.

Środków takich istnieje naogół bardzo dużo. Zasadniczo wszelkie roztwory hyper- i hypotoniczne, kwaśne i zasadowe i roztwory soli działających przyżegająco, wprowadzone do żyły, zmienionej żylakowato, mogą wywołać jej j a ł o w e z a p a l e n i e z a k r z e p o w e (venitis — w odróżnieniu od zakaźnej phlebitis) i w wyniku doprowadzić do jej zarośnięcia, co jest istotnym celem leczenia żylaków. Naturalnie, są do tego potrzebne pewne warunki anatomiczno-fizjologiczne (zwolnienie krwiobiegu i zmiany chorobowe ze strony nabłonka żylnego), które spotykamy właśnie w żylakach, dlatego też wstrzyknięcie środka drażniącego do żyły zdrowej celu powyższego nie osiągnie.

Do środków, zalecanych przez różnych autorów, należą: stężone roztwory cukru gronowego, roztwory chlorku sodu 15—20%, węglanu sodu, soli rtęciowych (dwuchlorek i dwujodek rtęci), cytrynianu sodu i inne. Jednakże wszystkie te środki mają swoje mniej lub więcej wyraźnie zaznaczone wady, jako to — ogólną toksyczność i miejscowe działanie nekrotyzujące.

Dlatego też autor, opierając się na dużym materjale tysięcy przypadków, ogranicza liczbę stosowanych tutaj leków do dwu, które uważa za środki z wyboru w leczeniu żylaków goleni i odbytu; są to: roztwór 20—40% salicylanu sodu i roztwór 10% chininy w połączeniu z 10% urethanem.

I. S a l i c y l a n s o d u należy do środków, stosowanych najczęściej. Używa się roztworów 20—30—40, a nawet i 50%, chemicznie czystych (powinny być bezbarwne), przechowywanych w ampułkach ze specjalnego szkła, na które nie działa chemicznie salicyl. Rozpoczyna się leczenie z a w s z e od dawek m a ł y c h — 2 cm³. roztworu 20%; przy następnem wstrzyknięciu (po 2—3 dniach) — zależnie od wrażliwości chorego— dawkę się zwiększa, np. 2 cm³ roztworu 30—40%. Nigdy nie należy przekraczać dawki 6—8 cm³ roztworu 40%. W przypadkach średnio rozległych żylaków goleni do całkowitego wyleczenia wystarcza 5—6 wstrzyknięć. Naturalnie, całe leczenie przeprowadza się ambulatoryjnie i to tak, żeby chory nie potrzebował — ze względu na odczyn miejscowy po wstrzyknięciu — przerywać swej pracy codziennej. Na kilkadziesiąt tysięcy wstrzyknięć ani razu nie zauważono shocku, zatoru, ani też żadnych innych poważniejszych powikłań; kilkakrotnie tylko spostrzegano po wstrzyknięciu pokrzywkę i dłużej trwający szum w uszach. Jedyną ujemną stroną tego środka jest występujący bezpośrednio po wstrzyknięciu i zresztą, szybko przemijający bolesny kurcz toniczny mięśni łydki. Z tego też względu w ostatnich czasach przewagę nad salicylanem sodu zaczyna zdobywać chinina, która owego kurczu nie wywołuje.

II. C h i n i n ę z u r e t h a n e m stosuje się w następującem rozcieńczeniu: chinini muriatici 10,0 + urethani 10,0 + aq. dest. 100,0. Za pierwszym razem nie wstrzykuje się w jedno miejsce więcej niż 1 cm³, do ogólnej ilości 2 cm³; następnym razem — do 5 cm³, rozdzielonych na kilka wkłuć w różne miejsca. Bolesnych kurczów łydki nie bywa, ale zato trzeba pilnie uważać, żeby wstrzyknięty roztwór nie dostał się poza żyłę, gdyż wówczas, nie dając n a r a z i e objawów żadnych (w przeciwieństwie do salicylanu sodu, który zaraz alarmuje żywym bólem), dopiero następnego dnia sprowadza silne bóle, jakkolwiek do obumarcia naogół nie dochodzi. W 10% wszystkich przypadków w ½ godziny po wstrzyknięciu powstają bolesne nieco skurcze macicy, z tego też względu ciąża początkowa jest zasadniczem przeciwskazaniem do stosowania tego leku.

W przypadkach, w których wstrzykuje się roztwór podśluzówkowo lub podskórnie (guzy krwawnicowe, drobniutkie żylaki goleni), urethan zastępuje się mocznikiem w tem samem rozcieńczeniu, przez co osiąga się znieczulenie czasowe danej okolicy. Jednakże działanie drażniące nabłonek żylnych mocznika jest słabsze, niż urethanu.

Leczenie żylaków goleni wstrzykiwaniem środków drażniących — a sympatektomja okołożylna. (Injection sclérosante et sympathectomie périveineuse). L o u v e l.

Paris Médical Nr. 17, kwiecień 1931.

Większość lekarzy niesłusznie upatruje niebezpieczeństwa tych wstrzykiwań w tem, co się dzieje w e w n ą t r z żyły (np. zatorów po tego rodzaju zabiegach nie widuje się wcale), gdyż rzeczywiste niebezpieczeństwo grozi ze strony procesu, toczącego się d o k o ł a żyły (perivenitis).

PHOSPHACID

Dr. ROMANOWSKIEGO

Wodnoglicerynowy roztwór niedotlenków wapniowo-fosforowych i fosforu mineralnego w stanie koloidalnym.

DZIAŁANIE: — Dzięki swej niezakończonej budowie chemicznej PHOSPHACID oddziaływuje energicznie w drodze chemo-biologicznej na odbudowę i uzdrowienie drobin protoplazmatycznych i jąder komórek.

WSKAZANIA

ANEMJA,
REKONWALESCENCJA.
KRZYWICA,
NEURASTENJA,
CUKRZYCA,
GRUŹLICA: chirurgiczna, płucna, gruczołowa, skóry.

W sprzedaży: Pudełka po 6 amp. i po 12 amp, á 1 ccm.
„ „ 6 „ „ 12 „ á 2 ccm.

Stosuje się w postaci wstrzykiwań podskórnych lub śródmięśniowych.

NIEZAWODNE LEKI KRĘTKOBÓJCZE

w KILE, DURACH I ZIMNICY

do stosowania śródmięśniowo:

„QUINBY SOLUBLE"

WODNY ROZTWÓR

JODO - BIZMUTANU - CHININY

Bezbarwny, nie plami, nie tłuści, nie drażni

„Q U I N B Y"

JODO - BIZMUTAN - CHININY

W ZAWIESINIE OLEISTEJ.

L. NASIEROWSKI Warszawa, Kaliska 9.
tel. 724-39 i 630-42.

Spostrzegano wielokrotnie, zwłaszcza w okresie dawniejszym, kiedy dopiero zaczynano stosować leczenie żylaków wstrzykiwaniami i kiedy wstrzykiwano naogół dawki zbyt duże, dające silny odczyn zapalny dokołażylny, — że po zupełnem zarośnięciu i zbliznowaceniu danego odcinka żyły dookoła niego tworzyły się n o w e, drobne rozszerzenia żylakowate, co naturalnie, w dużym stopniu psuły końcowy efekt leczenia, przynajmniej kosmetyczny.

Mechanizm tego zjawiska jest następujący: wstrzyknięcie środka zbyt stężonego lub w zbyt dużej ilości wywołuje odpowiednie zmiany zapalno-zwyrodnieniowe nietylko ze strony śródbłonka żyły, ale i ze strony całej ściany żylnej, do przydanki włącznie; w związku z tem zwyrodnieniu i porażeniu ulega również zawarty w przydance nerw współczulny. Pociąga to za sobą p o r a ż e n i e w znaczeniu naczynioruchowem c a ł e g o o d n o ś n e g o o d c i n k a ż y ł y, przekraczającego znacznie granice odcinka, wypełnionego zakrzepem. Stąd — z w y r o d n i e n i e i z a n i k ś c i a n y ż y l n e j n a d u ż e j p r z e s t r z e n i, jej r o z s z e r z e n i a ż y l a k o w a t e, z m i a n y o d ż y w c z e z e s t r o n y s k ó r y i t k a n k i p o d s k ó r n e j i t. p. Następuje tu rzeczywista sympatektomja okołożylna (analogicznie do sympatektomji okołotętniczej), w tym przypadku, naturalnie, zupełnie niepożądana. Z powyższego wysuwają się pewne wnioski praktyczne. Przy wyborze leków wstrzykiwanych, należy się ograniczyć do środków niezbyt silnie działających, miarkować uważnie stężenie i ilość leku wstrzykiwanego, wstrzykiwać tylko do żylaków wyraźnie wykształconych i wogóle o s z c z ę d z a ć m o ż l i w i e p r z y d a n k ę ż y ł y — analogicznie do oszczędzania krezki przy operacjach na kiszkach.

Odżywianie chorych na gruźlicę chirurgiczną. (L'alimentation des malades atteints de tuberculoses chirurgicales). G a r o p h a l i d e s.

Bruxelles — Médical Nr. 28, maj 1931.

Rozróżniamy następujące pięć zasadniczych składników wszelkich pokarmów: w ę g l o w o d a n y, t ł u s z c z e, b i a ł k a, w i t a m i n y i s o l e m i n e r a l n e. Węglowodany, zawierając w sobie węgiel, wodór i tlen, stanowią najodpowiedniejszy materjał odżywczy dla pracujących mięśni. Tłuszcze, zawierając bardzo dużą odsetkę węgla (76,5%), stanowią najlepszy materjał palny dla utrzymania ciepła zwierzęcego na odpowiednim poziomie. Białka — poza węglem, wodorem, tlenem i azotem — zawierają jeszcze siarkę, jod, fosfór i żelazo i na pierwszy rzut oka przedstawiają najbardziej wszechstronny materjał pokarmowy dla ustroju; jednakże badania doświadczalne na zwierzętach wykazały, że forsowne odżywianie białkami prowadzi do powstania różnych zmian zwyrodnieniowych w ważnych dla życia narządach.

Większość pokarmów zawiera wszystkie wyżej wyliczone składniki pokarmowe, ale w różnych stosunkach ilościowych i w różnych postaciach. Co do wapnia, fosforu, sodu i chloru — to znajdują się one prawie wyłącznie w l i ś c i a c h roślin jadalnych, w innych pokarmach są tylko w znikomej ilości.

Spotykane w gruźlicy zaburzenia w odżywianiu i w trawieniu polegają na zmniejszeniu asymilacji pokarmów spożytych i stanie jakby „zamartwicy wewnętrznej (asphyxie interne)", spotykanej w przebiegu awitaminozy. U gruźlików mamy do czynienia z a w i t a m i n o z ą, z niemożnością, względnie z niedostatecznością przyswajania witamin, zawartych w pokarmach. Toby tłumaczyło całkowicie te pomyślne wyniki, otrzymywane w przebiegu gruźlicy zapomocą witaminoterapji.

Jeśli chodzi o gruźlicę chirurgiczną (np. kostno-stanową), to rozróżniamy tu trzy okresy rozwoju choroby: 1) okres zniszczenia, 2) okres go-

FRANCUSKIE WODY MINERALNE

Zwracać uwagę na znak ochronny

Zwracać uwagę na znak ochronny

VITTEL

GRANDE SOURCE

Działa leczniczo na **NERKI**
Podagra-dna. Piasek moczowy (Kamienie nerkowe)
Artretyzm.

SOURCE HÉPAR

Obfitość leczniczych składników mineralnych

Działa leczniczo na **WĄTROBĘ**
Kamienie żółciowe
Obstrukcja
Niedomoga Wątroby.

Sezon od 20 Maja — 25 Września.

NOWOCZESNY ZAKŁAD WODOLECZNICZY.

HÉMOPLASE Lumière

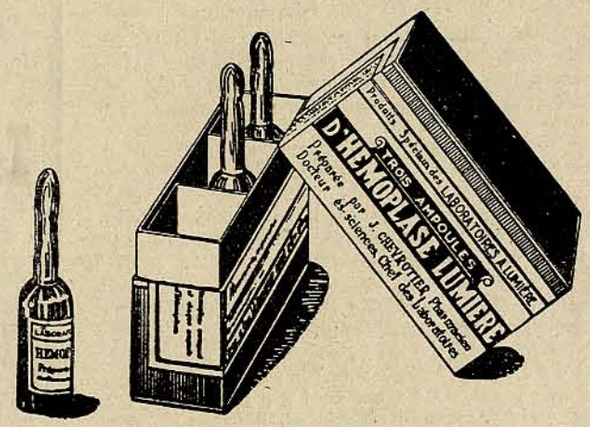
CAŁKOWITY WYCIĄG Z KRWI BARANIEJ,
ZWIERZĄT NAJBARDZIEJ ODPORNYCH NA GRUŹLICĘ.

Dzięki specjalnej metodzie przygotowania, HEMOPLASE zawiera w stanie niezmienionym, biologicznie czynnym: **oxyhemoglobinę, lipoidy, związki fosforowe, zaczyny krwinek, surowicę krwi.**

Działanie HEMOPLASE polega jednak nietylko na **ilościowym** wzbogacaniu ustroju składnikami leku, lecz **na pobudzaniu szpiku kostnego do tworzenia ciałek czerwonych.**

WSKAZANIA:

GRUŹLICA,
ANEMJA,
BLEDNICA,
REKONWALESCENCJA,
CHARŁACTWO,
KRWOTOKI I STANY PO KRWOTOKACH



Postaci:

HÉMOPLASE AMPOULES à 10 cc. á 5 cc.; Niezawodny nawet (Domięśniowo) w przypadkach **najuporczywszych.**

DAWKOWANIE: **Dorośli:** 2 lub 3 wstrzyknięcia po cc. tygodniowo; Dzieci od 5—8 lat— 2 razy tygodniowo po 2 cc.; od 8—13 lat—2 razy tygodniowo po 5 do 10 cc.

HÉMOPLASE DRAGÉES.

DAWKOWANIE: 6 — 10 drażetek dziennie podczas jedzenia.

HÉMOPLASE GRANULÉ postać ziarnista (z cukrem i wanilją)
(SPECJALNIE DLA DZIECI)

DAWKOWANIE:

Dzieci od 2—6 lat: 1—3 łyż. dziennie, od 6—12 lat: 3—4 łyż. dziennie podczas jedzenia.

Skład główny L. NASIEROWSKI Warszawa, ul. Kaliska 9, tel. 724-39, 630-42

Próby i literatura na żądanie WPP. Lekarzy.

jenia (rekonstytucji) i 3) okres wyleczenia (zesztywnienie zupełne). Pokarmy bogate w witaminy, wapno i fosfór należy dawać od samego początku choroby, ale szczególniej potrzebne są one ustrojowi w okresie drugim — gojenia. Ale ponieważ pokarmy zawierają naogół niewiele wapna i fosforu, więc należy je podawać w postaci farmakologicznej. Przeciętne menu lecznicze takiego chorego wyglądałoby następująco:

I. okres: pokarmy bogate kalorycznie, witaminy i substancje białkowate (mięso, jaja, mleko, suche owoce, jarzyny).

II. okres: dużo wapna i witaminy przeciwkrzywicze (ser, jajka, orzechy, migdały, fasola, tran, ergosterol).

III. okres: witaminy pobudzające do wzrostu (kartofle, gotowane ze skórką, cebula, pomidory, szpinak, fasola).

Poza tem we wszystkich okresach dodatkowo— mleko i jajka; mięso chorzy dostają 3 razy w tygodniu, ryby — 2 razy.

Znamienny wyrok sądów francuskich w sprawie następstw upiększającego zabiegu operacyjnego. (Un important arrêt de la Cour de Paris en matière de chirurgie esthétique).

Bruxelles Médical Nr. 28, maj 1931.

Przed sądem Rzeczypospolitej Francuskiej została wytoczona niedawno sprawa cywilna, której rozstrzygnięcie może mieć duże znaczenie dla ogółu chirurgów i ich pacjentów. Pewna kobieta, panna, z zawodu krawcowa, zwróciła się w swoim czasie do jednego z chirurgów paryskich, doktora D., z prośbą o zwężenie operacyjne łydki prawej, która, jej zdaniem, była zbyt gruba. Chirurg dokonał operacji, ale okres pooperacyjny został powikłany zgorzelą kończyny tak, że zaszła konieczność odjęcia goleni prawej.

Chirurg ów został przez chorą pozwany przed sąd o odszkodowanie. Sąd pierwszej instancji uznał jego odpowiedzialność, dopatrując się jego winy w tem, że podjął się operacji, do której wskazania nie wypływały z przesłanek leczniczych. Sąd wyższej instancji zasadniczo nie uznał powyższych motywów, zgóry przesądzających o winie chirurga, co jest niedopuszczalne. Pomimo to zasądził od operatora na rzecz chorej 200.000 franków, wychodząc z tego założenia, że doktór D. zaniedbał uświadomić chorą co do niebezpieczeństwa ryzyka, jakie pociąga za sobą zalecany przezeń zabieg operacyjny. Sąd uważa, że jeśli chodzi o zabiegi kosmetyczne, to chirurg powinien specjalnie dokładnie poinformować pacjentkę o niebezpieczeństwach proponowanej operacji i uzyskać od niej formalną zgodę na dokonanie zabiegu.

Podstawowa przemiana materji w stanach nadczynności tarczycy. (Le métabolisme basal dans les états hyperhyroidiens — wyjęte z pracy „Traitement du goitre exophtalmique"). Berard.

Bruxelles Médical Nr. 28, maj 1931.

Tarczyca wydziela hormon, który utrzymuje spalanie tkankowe w ustroju na pewnym poziomie; obecność tego hormonu we krwi w nadmiarze nasila owe spalanie powyżej normy, pociągając za sobą wzmożone zużycie materjałów odżywczych ustroju i tlenu.

W warunkach prawidłowych wskaźnik podstawowej przemiany materji wynosi 36—39. W stanach nadczynności tarczycy jej przyrost może wynosić + 85 (do ogólnej liczby 125). Klinicznie, wszelkie nasilenie przemiany materji pozwala przeto na odróżnienie wola zwykłego od wola toksycznego, pozwala na dokładną ocenę stopnia zatrucia w chorobie Basedowa (przeciętny wzrost przemiany materji = + 50% normy), umożliwia właściwe określenie natury niektórych przypadków tachycardji i nadmiernej pobudliwości serca, które się okazują zamaskowanemi postaciami nadczynności tarczycy; wreszcie, ułatwia rozpoznanie przypadków „rzekomej choroby Basedowa", z przemianą materji zupełnie prawidłową, a które są właściwie stanami sympatikotonji, względnie gruźlicy początkowej.

Jeśli chodzi o rokowanie w stanach nadczynności tarczycy, to tutaj badanie podstawowej przemiany materji ma wartość bardziej ograniczoną; większość autorów europejskich (w przeciwieństwie do amerykańskich), jest zdania, że niema zupełnej równoległości między stopniem zatrucia (względnie nasileniem objawów klinicznych) — a stopniem zwiększenia przemiany materji. Ale rokowanie, zwłaszcza rokowanie co do wyników ewentualnej operacji, można określić zupełnie pewnie, jeśli się podda chorego kilkakrotnemu badaniu podstawowej przemiany materji, kontynuując jednocześnie przygotowawcze leczenie przedoperacyjne (jodem); jeśli stopień przemiany materji obniża się, rokowanie jest pomyślne, w przeciwnym razie — rokowanie jest wątpliwe.

Określenie wskazań do operacji na podstawie obliczania podstawowej przemiany materji. Według autorów amerykańskich (Mayo) zwiększenie przemiany materji o 15% normy nie daje wskazania do operacji, gdyż wystarcza tu leczenie wewnętrzne (jod). W przypadkach przyrostu do 40% — wskazane jest wycięcie typowe tarczycy (strumectomia subtotalis). Powyżej 50% — wycięcie tarczycy jest przeciwskazane, należy się ograniczyć narazie do podwiązania naczyń. Jednakże obraz kliniczny choroby ma tutaj również duże znaczenie, i przy ocenie wskazań do operacji lepiej jest uwzględnić oba te czynniki — to jest nasilenie przemiany materji i objawów klinicznych — równorzędnie.

Badanie podstawowej przemiany materji oddaje duże usługi, jeśli chodzi o ocenę wyników tego czy innego zabiegu operacyjnego, względnie leczenia wewnętrznego. Okazuje się, że największy spadek nasilenia przemiany materji bywa po wycięciu tarczycy (strumiectomia), dlatego też większość chirurgów skłania się obecnie do rozszerzenia wskazań do wycięcia wola w przypadkach nadczynności tarczycy, kosztem wskazań do innych zabiegów, jak np. podwiązywania naczyń tarczycowych.

Leczenie stanów nadczynności tarczycy. (Les indications thérapeutiques dans les états hyperthyroidiens — wyjęte z pracy „Traitement du goitre exophtalmique"). Bérard.

Bruxelles Médical Nr. 28, maj, 1931.

I. Środki farmakologiczne. Leczenie wewnętrzne stanów nadczynności tarczycy, farmakologiczno-higjeniczno-dietetyczne, ma wartość tylko względną — jako przygotowanie do zabiegu operacyjnego, lub też leczenie stanów chorobowych tak zaawansowanych, że operacja wogóle staje się już przeciwskazaną. Poza tem, w przypadkach wczesnych o bardzo łagodnym przebiegu można się ograniczyć w ciągu kilku miesięcy do leczenia wewnętrznego, z tem jednak zastrzeżeniem, że jeśli objawy chorobowe pomimo to ulegają powoli pogorszeniu, to należy się uciec — nie zwlekając zbytnio — do operacji.

II. Naświetlania rentgenowskie i radowe dają, według różnych autorów, od 50% do 90% znacznej poprawy, która dotyczy głównie objawów sercowych i nerwowych. Jednakże poprawa ta bywa wyłącznie przejściową, po paru miesiącach, czasami — latach, objawy chorobowe wracają całkowicie. Pomijając niestałość poprawy, leczenie naświetlaniami ma tutaj szereg innych stron ujemnych i niebezpieczeństwo ostrego odczynu zapalnego ze strony tarczycy, względnie ostrego zatrucia (analogicznie do tegoż po operacjach), powstanie zmian zapalno-zwyrodnieniowych, utrudniających w następstwie wykonanie ewentualnej operacji, bardzo szpecące czasami odbarwienia skóry i jej zmiany troficzne, wreszcie, niebezpieczeństwo tężyczki i obrzęku śluzowatego — nietyle po samych naświetlaniach, co po operacji chorych, którzy byli uprzednio naświetlani promieniami radu, względnie Roentgena.

Z powyższych względów wskazania do naświetlań należy ograniczyć do przypadków, w których leczenie wewnętrzne pozostaje bez skutku, a operacja jest przeciwskazana.

III. Leczenie operacyjne daje tutaj, jak dotychczas, wyniki najlepsze. Operacja wczesna i zarazem odpowiednio doszczętna, wykonana po uprzedniem właściwem przygotowaniu chorego, daje wyleczenie lub znaczną i trwałą poprawę, przy względnie niewielkiej śmiertelności. Żadna inna metoda lecznicza nie daje wyników tak pomyślnych. Operacja jest wskazana we wszelkich stanach nadczynności tarczycy w których objawy kliniczne osiągnęły już pewien stopień nasilenia (zwiększenie przemiany materji powyżej + 20% normy). Należy zawsze dążyć do wczesnego jej wykonania.

Przeciwskazania do operacji stanowią: 1) postacie początkowe stanów nadczynności tarczycy, o niewielkiem nasileniu objawów (patrz wyżej), 2) białkomocz, jako następstwo schorzenia tarczycy, 3) silne podniecenie psychiczno-nerwowe (tachycardia, hyperthermia), 4) krańcowe stany daleko posuniętego zatrucia tarczycowego, z wychudzeniem, niedomogą serca (asystolia) i t. p., 5) zwiększenie podstawowej przemiany powyżej + 100% normy, 6) ciężkie zaburzenia serca z tachycardją i niemiarowością, w których zwykłe leczenie naparstnicą, chininą i chinidyną pozostają bez skutku.

Metodą z wyboru jest możliwie doszczętne wycięcie obu powiększonych zrazów tarczycy, z pozostawieniem tylko tylnej blaszki gruczołu. W przypadkach wątpliwych co do rokowania — przebiegających z dużem podnieceniem psychicznem, wychudzeniem, niedomogą serca — jeśli zapomocą środków przygotowawczych (jod, naparstnica, chinina), udało się osiągnąć niewielką tylko poprawę, lepiej jest narazie wykonać podwiązanie naczyń tarczycowych (na 1 — 2 — 3 tempa), a potem dopiero przystąpić do wycięcia gruczołu.

M. Czyżewski.

CHOROBY KOBIECE

Torbiele ciałka żółtego a brak miesiączki. (Kystes du corps jaune et aménorrhée). Cote G.

Gynécol. T. XXX, Nr. 3, 1931, str. 129.

Autor opisuje trzy przypadki zatrzymania miesiączki pod wpływem torbieli ciałka żółtego. Klinicznie obraz schorzenia przypominał ciążę pozamaciczną, jednakowoż tylko w pierwszym przypadku przystępowano do operacji z tą właśnie mylną diagnozą, w dwu następnych — jeszcze przed zabiegiem rozpoznano torbiel ciałka żółtego.

Ponadto autor przytacza dwa przypadki nieoperowane, w których również podejrzywa omawiane schorzenie.

Ostatnie badanie w zakresie wydzielania wewnętrznego jajnika rzuciły nieco światła na poruszoną przez autora sprawę. Wiadomo mianowi-

PERSODINE

Lumière

SWOISTE LECZENIE

BRAKU ŁAKNIENIA

NADSIĄRCZANAMI

DZIAŁA OGÓLNIE **DROGĄ KRWIOBIEGU** ZAPOMOCĄ **TLENU:**

$$\overline{|M_2|}\,S_2O_8 + H_2O = \overline{|M_2|}\,SO_4 + H_2SO_4 + O$$

ANALOGJA z DZIAŁANIEM **KLIMATU GÓRSKIEGO.**

PRZYWRACA ŁAKNIENIE NAWET W NAJUPORCZYWSZYCH PRZYPADKACH U DOROSŁYCH I DZIECI.

Łaknienie, wywołane zapomocą PERSODINE jest wyrazem wzmożenia zdolności asymilacyjnej ustroju.

SPOSÓB STOSOWANIA:

Dorośli: 2 razy dziennie po 3 tabletki na godzinę przed jedzeniem.

Dzieci od 8 — 10 lat: 2 razy dziennie po 2 tabletki na godzinę przed jedzeniem.

Dzieci od 2 — 7 lat: 2 razy dziennie po 1 tabletce na godzinę przed jedzeniem

rozpuszczając tabletki w 1/4 szklanki czystej wody bez dodawania cukru lub innych substancyj.

cie, że hormon ciałka żółtego wywołuje w śluzówce macicy zmiany odpowiadające stanowi przedciążowemu, czy przedmiesiączkowemu, który przechodzi w krwawienie miesiączkowe z chwilą ustania działania hormonu ciałka żółtego. Stać się to może albo z powodu fizjologicznego zaniku tego gruczołu, albo, o ile powstała torbiel ciałka żółtego, z powodu jej zniszczenia (wycięcie operacyjne, lub rozgniecenie). Nie wyjaśnione pozostaje nadal, co jest przyczyną wytworzenia się właśnie torbielki ciałka żółtego (t. zw. corpus luteum persistens): autor za R. Meyer'em przypuszcza, iż może jest to skutkiem działania przedniego płata przysadki mózgowej.

Bolesne jajeczkowanie. (Les ovulations douloureuses). Cotte G.

Rev. Franç. Gynéc. Obstétr. T. 26, Nr. 3, str. 129, r. 1930.

Bole w okresie jajeczkowania, połączone z przekrwieniem narządu rodnego, powiększeniem jajnika, obfitemi śluzowemi upławami i występujące zazwyczaj w środku okresu międzymiesiączkowego — zależą, zdaniem autora istotnie od zaburzeń w jajeczkowaniu.

Leczenie tego przykrego cierpienia zależy od nasilenia objawów i od stwierdzanych wówczas ewentualnych zmian miejscowych. Niekiedy wystarcza spokój lub podanie lekkiego środka uspakajającego lub zwalczającego przekrwienie (hydrastis, hamamelis); w innych przypadkach pomaga znakomicie masaż ginekologiczny, a lepiej jeszcze gorące irrygacje pochwowe.

W przypadkach lekkiego opuszczenia macicy wskazanie jest założenie krążka lub odpowiedni zabieg operacyjny.

Skoro jednak pomimo szeregu zarządzeń i zabiegów leczniczych bóle międzymiesiączkowe nie ustępują skierować należy ostrze terapji operacyjnej przeciwko samej przyczynie, t. j. jajnikowi. Zabieg taki polegać będzie czy na jednostronnej kastracji, czy na resekcji nerwów jajnika biegnących w więzadle lejkowo-miednicowym, czy wreszcie na wszczepieniu jajnika do sieci (C. robił ten zabieg około 20 razy).

Badania krwi krwi dawcy i odbiorcy przed przelewaniem leczniczem. (Les épreuves de la compatibilité sanguine dans la transfusion du sang). Derom E., F. Derom.

Jour. de Chir. T. 35, str. 500, r. 1930.

Określenie wartości krwi dla transfuzji odbywa się zazwyczaj tuż przed tym zabiegiem i to zapomoca bądź bezpośredniej, bądź pośredniej metody; pierwsze polega na połączeniu ze sobą kropli krwi dawcy, z kroplą odbiorcy w celu obserwacji wzajemnej aglutynacji krwinek, druga zaś — na określeniu grupy krwi, do której należy krew dawcy i odbiorcy.

Najlepszą metodą jest metoda bezpośrednia, gdyż w braku aglutynacji transfuzję można wykonać z całym spokojem. Wadą tej metody jest względna jej długotrwałość, gdyż czekać trzeba, aż do zupełnego skrzepnięcia, i wystąpienia surowicy. Skrócona metoda 3 kropli ma w sobie tę jeszcze wadę, że nie można odróżnić, która surowica wywołuje aglutynację — dawcy czy odbiorcy, a przez to niepotrzebnie można odrzucić dawcę, zresztą nadającego się do transfuzji.

Metoda pośrednia, polegająca na określeniu grup krwi ma wielką wadę, a mianowicie, niepewność wyników, gdyż sztandartowe surowice tracą swoje własności w dość szybkim czasie, względnie je zmieniają.

To też metodą pośrednią posługiwać się można tylko przy zachowaniu daleko idących ostrożności, tak w technice, jak w ocenie wyników.

„Siccogyne" — tampon pochwowy. (Le Siccogyne tampon — buvard vaginal auto-introductible). Ackermann G.

Rev. Franç. Gynéc. Obstétr. T. 25, Nr. 11, str. 703, r. 1930.

Autor podaje ilustrację i opis tamponu pochwowego, nadającego się do wprowadzenia przez samą chorą. Wiadomo, że wprowadzenie dużego tamponu gazowego, wystarczającego dla dokładnego zamknięcia pochwy, jest bez wziernika bardzo przykre, a nawet bolesne. To też tampon proponowany przez autora „Siccogyne" jest zbudowany w ten sposób, że mocno zbita gaza otoczona jest gilzą owalnie zakończoną, składającą z substancji twardej, elastycznej, ale łatwo rozpuszczalnej w wilgoci przy temp. 36°C; otoczka ta z wyglądu przypominająca celluloid zawiera w swym chemicznym składzie środek antyseptyczny organiczny, t. zw. „clonazone" Daufresne'a; nadaje ona sztywność całemu tamponowi i dzięki swej śliskości ułatwia wprowadzenie do pochwy przez samą chorą. Zasadniczym zadaniem tamponu „Siccogyne" jest wchłaniać w siebie wszelką płynną wydzielinę z pochwy i z macicy, czy to upławy, czy krew, czy inne chorobowe wydzieliny, odkażać je i odwadniać. To też stosować można ten rodzaj tamponu w krwawieniach, przy obfitych płynnych upławach, w nadmiernie obfitych menstruacjach, w zapaleniach pochwy, przy przetokach odbytniczo-pochwowych, przed operacją, w celu zebrania wydzieliny do badania i t. d.

Odruchowe leczenie więzadeł macicy. (De la réflexothérapie ligamentaire). Imianitoff F.

Gynécol. T. 29, str. 652, 1930 r.

Autor stwierdza istnienie w więzadłach obłych sympatycznej drogi odruchowej; leczenie polega na stosowaniu ciepła i masażu, a ma na celu przywrócenia napięcia tego więzadła.

Do leczenia używa aparatu elektrycznego wielkiej częstotliwości o elektrodzie w formie trójkąta.

Leczenie stosować należy w retroversio uteri, metritis chron., zapaleniu przewlekłem jajowodów i jajników, zapaleniu przymacicza, bolesnem miesiączkowaniu, zapaleniu w okolicy zatoki Douglas'a. Przeciwwskazaniem jest ostre i podostre zapalenie, bardzo silne zrosty, duże guzy i złośliwe nowotwory, jak również współistnienie II połowy ciąży.

T. Zawodziński.

CHOROBY SKÓRNE I WENERYCZNE.

Przypadek lupoidu w postaci tarczek. (Lupoides en placards. Forme rare de la maladie de Boeck du type a gros noyaux, provoquée par un coup violent et simulant la lépre). N. Dracoulides, B. Kêléménis.

Annales de Derm. et de Syph. 1931 Nr. 3.

Opis przypadku, w którym u 46-cio letniego mężczyzny, jako następstwo po gwałtownym urazie rozwinęły się zmiany w postaci tarczek naciekowych na skórze głowy, prawej połowy twarzy, kończyn górnych i klatki piersiowej. Przypadek zasługiwał na szczególną uwagę ze względu na na podobieństwo do niektórych postaci trądu. Badanie histologiczne wyciętych skrawków ułatwiło rozpoznanie guzowatych lupoidów Boecka. Przypadek był leczony solami złota.

W sprawie zawartości ciał redukujących i przetworów rtęciowych w maściach. (De l'association des corps réducteurs et des mercuriaux dans les pommades). R. Huerre.

Autor wykonał szereg badań i doświadczeń chemicznych z ciałami redukującemi i przetworami rtęci, najczęściej używanemi w dermatologji. Wnioski są następujące:

1. Waselina cholesterynowa do 3% nie wywiera żadnego wpływu na składniki czynne zawarte w maści.

2. Należy jedynie unikać łączenia jej z Hg pt. flavum, i z Hg oxyd. rubrum, gdyż środki te dodane zmieniają barwę i skład chemiczny.

3. Ze środkami redukującemi i z oleum cadini można bez zmiany barwy i składu chemicznego łączyć: cynober (hg sulf. rubrum) siarczki rtęci, Hg oxydat. i rtęć metaliczną.

Wyprysk u drwali. (L'eczéma des bucherons). W. Dubreuilh.

Annales de Dermat. et de Syph. 1931 Nr. 2.

Umiejscowienie zmian wypryskowych u drwali (prawie wyłącznie ręce, zwłaszcza pomiędzy palcami, twarz i części płciowe) nie stanowi cechy znamiennej dla tego schorzenia, gdyż wiele jest dermatoz o podobnem umiejscowieniu. Szereg autorów dawniejszych uważało zmiany wypryskowe u drwali za objawy zatrucia organizmu lub zaburzeń nerwowych. Obecnie wykazano w wielu z tych przypadków szkodliwy wpływ niektórych substancji chemicznych i mikrobów.

Schorzenie powstaje w następstwie pracy przy drzewie nieciosanem, gdyż kora zawiera czynniki szkodliwe (autor w pracy swojej wyłącza te zmiany, które powstają pod wpływem stykania się z niektóremi szkodliwemi drzewami egzotycznemi). Większość chorych autora miała do czynienia z drzewem dębowem. Zmiany na skórze rozwijają się gwałtownie, w kilka dni, wśród objawów podniesienia ciepłoty i mają cechy ostrych zmian wypryskowych.

Wrażliwość na wyżej wymienione czynniki szkodliwe spotyka się rzadko, czasem występuje ona w pewnych rodzinach.

Obserwacje 6-ciu chorych żywo ilustrują przebieg kliniczny powyższego schorzenia. Przypadki były leczone środkami obojętnemi.

Azotan srebra. (Le nitrate d'argent). L. Veyrieres.

Rev. franc. de Dermat. et de Vénér. 1930. Nr. 7—8.

Historyczny rys leczniczego zastosowania azotanu srebra i dokładny opis wskazań do stosowania tego leku. W przypadkach impetigo, folliculitis, ecthymata stosuje się azotan srebra co 4—5 dni w postaci zwilżań 10% roztworem. Bardzo dobre wyniki otrzymać można w przypadkach wyprysków i ograniczonych swędzących zmian przebiegających ze zliszajowaceniem skóry (lichenisatio), zwłaszcza umiejscowionych w otoczeniu małżowin usznych.

Roztwór ⅛ stosuje się na brodawki i zgrubienia skóry.

Parakeratotyczne zmiany mikrobowe na końcach palców. (Les parakératoses microbiennes du bout des doigts). R. Sabouraud.

Annales de Dermat. et de Syph. 1931. Nr. 2.

Zakażenie wychodzi najczęściej z bezpośredniego sąsiedztwa paznokcia i jest często następstwem jakiegoś urazu — ukłucia, zadrapania. W kształtującym się pęcherzykowym wykwicie można zwykle stwierdzić obecność paciorkowców. Zmiana ta po upływie 2-ch tygodni przysycha i pozornie zdaje się być zupełnie wyleczoną. Jednakże w 2 do 3-ch tygodni później na czubku palca pojawia się parakeratoza bez jakichkolwiek pęcherzyków. Podobne zmiany parakeratotyczne istnieją zwykle w otoczeniu paznokcia. To łuszczenie się naskórka jest zwykle bardzo uporczywe i długotrwałe. W tym okresie obok paciorkowców można w hodowli uzyskać i gronkowce. Zmiana zwykle szerzy się, często przechodzi na grzbietową część palca. Schorzenie przybiera postać powszechnie nazwaną wypryskiem. Leczenie polega na starannem i silnem nacieraniu jodyną z równoczesnem usuwaniem złogów naskórka i następowem stosowaniem maści dziegciowych lub chryzarobinowych lub z zawartością acid. salicyl. benzoic. Nawroty występują często.

Ostatnie zdobycze w dziedzinie kiły układu kostnego. (Les acquisitions récentes en matière de syphilis osseuse). R. Barthélemy.

Annales des Maladies Vénér. 1930. Nr. 11.

Anatomja kiły układu kostnego nie jest tak charakterystyczna i niema tych swoistych cech, które wykazują schorzenie kiłowe innych organów, np. kilaki. Rozpoznaje się kiłę układu kostnego po rozważeniu całości obrazu klinicznego, zdjęć rentgenologicznych i wyników leczniczych. Najciekawsze dane dają nam zdjęcia R. Kilaki w tkance kostnej najczęściej dają się wykryć tylko przy pomocy Rentgena. Okostnowe zmiany u osesków (periostitis ossificans hyperplastica), również klinicznie nie dają objawów. Autorzy, którzy zajmowali się szczególnie tym działem kiły wyróżniali na podstawie objawów klinicznych 3 klasyczne typy osteitis syphilitica; typ guzowato-kilakowy, typ owrzodzeń i ubytków, typ przerostowy (hyperostozy). Charakterystyczną dla rentgenogramów kiłowych jest obecność cyst w tkance kostnej. Obecność kiły należy podejrzewać również w schorzeniach kostnych dotychczas jeszcze niewytłumaczonych: cięższe postaci rachityczne, achondroplasio, rheumatismus chronicus deformans, osteomalacia i t. d.

Rzadki przypadek 230 wstrzyknięć neosalvarsanu u jednego osobnika z kiłą wrodzoną. (Un cas rare de 230 injections de néosalvarsan chez une malade hérédosyphilitique). P. Photinos.
Ann. des Maladies Vénér. 1930. Nr. 11.

Chora lat 17 pozostawała w szpitalu w leczeniu przez 7 lat z powodu kilaków. Otrzymała w ciągu tego czasu, 230 wstrzyknięć neosalvarsanu, z tego 190 wstrzyknięć po 0,9. Ogólnie ilość zużytego dla niej salvarsanu była 191 gramów. Chora nie przedstawiała żadnych objawów zatrucia. Waga chorej podniosła się z 39 na 45 klg.

O leczeniu ran i powierzchni owrzodziałych przy pomocy mydeł. (Sur le traitement des plaies et surfaces ulcéreuses par les savons). M. Renard.
Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hopitaux de Paris. 1930; Nr. 29.

Autor badał bakterjobójcze i przeciwtoksyczne właściwości mydeł. Z wyników swoich badań wnioskuje, że w obecnej chwili roztwory mydeł są najodpowiedniejsze i najskuteczniejsze do uzyskania wyjałowienia ran na powierzchni i do przeciwdziałania toksy-infekcji ze znacznych powierzchni owrzodziałych. Dzięki znacznej płynności ich zdolność przenikania tkanki jest wielka. Nie są w żadnym wypadku środkiem kaustycznym i nie wywołują koagulacji, co ma miejsce przy stosowaniu przeważnej ilości ciał antyseptycznych. Skutkiem tego nie zakreślają sobie same granicy działania.

Gonoreakcja; jej zastosowanie w rozpoznawaniu podostrych i przewlekłych zmian stawowych. (La goncréaction. Son application au diagnostic des rhumatismes subaigus et chroniques). A. Leri, A. Urbain, J. A. Lievre, J. Weill.
Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hopitaux de Paris. 1930. Nr. 26.

Autorzy wykonywali gonoreakcję w przypadkach pewnego zakażenia wiewiórowego i w przypadkach, w których napewno zakażenia wiewiórowego nie było.

Antigen służący do wykonania odczynu, pochodził z 8 szczepów gonokoków. Autor podaje w swej pracy sposób przyrządzenia antigenu i sposób wykonania odczynu. Wyniki rozpatrywano w łączności z obserwacjami klinicznemi. Wnioski są następujące:

1. gonoreakcja jest zawsze dodatnia w przebiegu wiewiórowego schorzenia stawu.

2. Z wyjątkiem bardzo nielicznych przypadków, odczyn jest zawsze ujemny w przypadkach braku zakażenia wiewiórowego.

3. Dodatni odczyn ustępuje w miarę postępu leczenia wiewióra.

4. Wynik silnie dodatni nie przedstawia żadnych wątpliwości, co do znaczenia rozpoznawczego. Wyniki słabo dodatnie wymagają dalszego obserwowania. *Dr. Zofja Jastrzębska.*

BIBLJOGRAFJA.

J. A. Chavany. La Sciatique. G. Doin. Paris. 50 str. Cena 18 fr. fr.

Jest to nowy zeszyt zasłużonego i na tych łamach niejednokrotnie omawianego wydawnictwa, przeznaczonego w pierwszym rzędzie dla lekarzy praktyków — „La Pratique Médicale Illustrée". Podobnie, jak i w zeszytach już wydanych znajdujemy i w obecnym zeszycie jasny i zwięzły wykład rwy kulszowej, przyczem niezaprzeczalną zasługę autora stanowi należycie dokładne uwzględnienie wszelkich wtórnych postaci rwy. Lecznictwo, jak zwykle, zostało dokładnie ujęte wraz z najnowszemi metodami tu stosowanemi. Liczne rysunki ułatwiają tak zrozumienie poszczególnych postaci rwy, jak i wykonywanie zabiegów leczniczych.

Jules Comby. Quatre cents consultations médicales pour les maladies des enfants. Masson et Cie. Paris 1930, 551 str. Cena 36 fr. fr.

Powyższa książka należy do niewielu francuskich podręczników i u nas powszechnie znanych, a nawet została przełożona na język polski. Obecne wydanie zachowuje wszystkie cechy dawne, które spowodowały światowe rozpowszechnienie tej książki, jest jednak w porównaniu z poprzedniemi wydaniami znacznie uzupełnione i powiększone o cały szereg jednostek chorobowych, pominiętych w poprzednich wydaniach.

W. Mestrezat. Techniques courantes de Chimie clinique. Masson et Cie. Paris, 263 str. Cena 32 fr. fr.

Współczesna klinika jest nie do pomyślenia bez często drobiazgowych badań chemizmu ustroju i dlatego każdy lekarz, zazwyczaj niezbyt dokładnie orjentujący się w chemji fizjologicznej i patologicznej, chcąc niechcąc musi posługiwać się w razie potrzeby wykonania odnośnych badań podręcznikiem. Taką właśnie w ścisłym sensie książką podręczną badań moczu, krwi, płynów i cieczy ustrojowych, kału etc. jest dziełko *Mestrezata*, posiadające we Francji ustaloną sławę. Obecne wydanie po śmierci autora dokonane przez jego długoletniego współpracownika *Loiseleur'a* jednoczy wszystko, co może interesować lekarza i obejmuje wszystkie najnowsze metody badania.

Paul Lecène. Les diagnostics anatomo-cliniques. Tom I: Généralités, Lésions du sein. Paris, 1930. Masson et Cie. 192 str. Cena 45 fr. fr. Tom II: Appareil génital de la femme. (Część pierwsza). Masson et Cie, Paris, 1931, 284 str. Cena 75 fr. fr.

W puściźnie po przedwcześnie zmarłym chirurgu paryskim *P. Lecéne* pozostał obfity materjał dla dzieła, dotyczącego djagnostyki schorzeń chirurgicznych, lecz z większem niż zazwyczaj uwzględnieniem strony etjologicznej, czyli badań mikroskopowych, bakterjologicznych, szczepień na zwierzętach i t. p. Uczniowie Zmarłego *Pavie, Moulonget, Dobkevitch* opracowali ten materjał, wynikiem czego są dwa powyższe tomy i zapowiedź następnych. *Lecène* znany był z jasności wykładu i z wielkich zdolności pedagogicznych. Cechy te odnajdujemy w całości w powyższych książkach. Wielkie osobiste doświadczenie autora, jego drobiazgowa dokładność, jasność i logika niewzruszona rozumowania, wreszcie nader udatna szata graficzna rysunkowa, tak ważna w dziele tej treści, stanowią o wartości nieprzeciętnej „Djagnostyki", którą śmiało polecić należy każdemu chirurgowi i ginekologowi.

A. Clerc. Problèmes actuels de pathologie médicale. Masson et Cie, Paris, 1931. 331 str. Cena 40 fr. fr.

Jest to zbiór wykładów uzupełniających dla lekarzy urządzonych przez Wydział Lekarski Uniwersytetu Paryskiego. Znajdujemy więc tu szereg wykładów na tematy istotnie przeważnie bardzo aktualne. *Clerc* mówi o zaczopowaniu tętnic wieńcowych i jego znaczeniu w patologji serca, *Aubertin* poświęcił swój wykład agranulocytozie, *Bénard* rezerwie zasad, *Brulé* — rozpoznawaniu kamicy przewodu wspólnego, *Cathala* — porusza mało znany zespół określany, jako „Maladie coeliaque"; *Chabrol* pisze o żółtaczkach infekcyjnych, *Chevallier* o hemorragjach włośniczek, *Donzelot* o zawale serca, *Guy Laroche* o podstawowej przemianie materji w klinice, *Lian* o tachykardji, *Moreau* o przewlekłej zgorzeli płuc, *Pasteur Vallery Radot* o anafilaksji. Tematy więc poruszone w tym zbiorze są dość różnorodne i niewątpliwie wzbudzą zainteresowanie.

A. Selter. Manuel de séméiologie oculaire. Baillière et Fils. Paris, 1931. 226 str. Cena 36 fr. fr.

Początkujący, a być może, że i nawet więcej zaawansowany, oftalmolog ma w tej książeczce niezastąpionego doradcę, ułatwiającego orjentację w objawach ocznych i rozpoznawaniu, zwłaszcza różniczkowem, chorób ocznych. Przejrzystość zestawienia różnych objawów oraz dodatkowe ugrupowanie ich w postaci tablic znacznie ułatwia korzystanie z powyższego dziełka.

Dr. A. Guèniot. Pour vivre cent ans. Baillière et Fils. Paris 1931. 207 str.

Oto książka, której już sam tytuł wzbudza zaciekawienie u każdego. Zainteresowanie to wzrasta jeszcze bardziej, gdy dowiemy się, że autor pisząc ją przekroczył 99 rok swego życia, a obecnie być może i setny. Jako lekarz ujmuje on sprawę przedewszystkiem z szerszego stanowiska biologicznego, uzasadniając, że prawidłowa długość życia ludzkiego jest znacznie dłuższa niż się to powszechnie mniema i na poparcie swych poglądów przytacza poza innemi mniej przekonywującemi wywodami fakt, że ponieważ wzrost u człowieka ustaje w wieku około 20—22 lat, bo wtedy znikają chrząstki nasadowe, więc przeciętna długość życia wynosić musi pięciokrotnie więcej, czyli 100 lat i więcej, gdyż podobny stosunek panuje powszechnie w państwie zwierząt. Obok tych rozważań znajdziemy w powyższej książeczce sporo tematów interesujących, może najmniej ciekawy jest dział poświęcony radom autora przedłużenia życia i radom dla starców, które niewątpliwie pod względem naukowym znacznie ustępują dziełom amerykańskim. Jednakże pogodny optymizm autora, jego styl i, last but not least, jego wiek nadają książce nader miłe „cachet" i czynią z niej pierwszorzędną lekturę, zwłaszcza dla lekarza, który znajdzie w niej sporo zagadnień interesujących i ze stanowiska lekarskiego i społecznego.

Dr. J. Laumonier. La therapeutique des péches capitaux. Francois, Paris, 1931. 193 str.

Dziełko powyższe powinno zwrócić uwagę psychjatrów, psychologów i innych lekarzy interesujących się problematami psychologicznemi. Autor przystępuje bowiem do zagadnienia lecznictwa „grzechów głównych" ze stanowiska psychologa, co nie może nikogo dziwić, ponieważ jest to fach autora. Bardzo ciekawem jest podjęcie pytania leczenia zbiorowego, nieindywidualnego tych spraw, jako rzeczy ze stanowiska społecznego i higjenicznego nader ważnej. Dziełko jest bardzo interesujące i gorąco je polecić można; jeżeli zasługuje na zarzut, to być może zbyt pobieżnego podejścia do niektórych tematów, ułatwia to jednak z drugiej strony czytanie nawet komuś, kto się temi zagadnieniami właściwie bliżej nie interesuje.

Prof. Dr. Sowiński i Dr. med. M. Miller. Podręcznik diagnostyki i terapji. Warszawa, 1931. 915 str.

Podręczniki diagnostyki i terapji typu istotnie „podręcznego" rozpadają się na dwie kategorje: w jednej ugrupowanie chorób jest alfabetyczne, w drugiej podług działów. Mamy przed sobą przedstawiciela drugiej kategorji, każdy dział jest opracowany przez wybitnych specjalistów, a prof. *Sowiński* i Dr. *Miller* zajęli się pozatem ogólną redakcją tego dziełka zbiorowego. Typem tego rodzaju podręcznika jest od wielu lat znany w Niemczech, jako „Viermännerbuch" przewodnik diagnostyczno-terapeutyczny, na którym wychowało się bez przesady kilkanaście ostatnich pokoleń lekarskich i który obecnie stał się już „Neunmännerbuch'em".

Należy więc sądzić, że i u nas wydanie podobnego dzieła odpowie istotnej potrzebie i doczeka się również wielu wydań ponownych, tembardziej, że opracowanie poszczególnych działów jest bardzo dobre, a strona graficzna, poza nielicznemi błędami korektorskiemi, bez zarzutu. Jeżeli wolno wypowiedzieć pewne życzenia dotyczące następnego wydania, to korzystne byłoby dołączenie, jak w prototypie niemieckim, kartek białych do ew. dodatkowych notatek, oraz ścieńczenie książeczki przez zastosowanie innego papieru. Niewątpliwie przyszłe pokolenia studentów i młodych lekarzy nie będą się mogły obejść bez tego podręcznika. Żałujemy, że brak miejsca nie pozwala na wyliczenie autorów poszczególnych działów, są to jednak nazwiska gwarantujące w zupełności należyty poziom książki.

Informator leczniczy m. st. Warszawy na rok 1931. Wyd. „Rój".

Potrzeba wydania informatora odzwierciadlającego urządzenia lecznicze Warszawy i zawierającego wszystkie informacje potrzebne komuś szukającemu pomocy lekarskiej dawała się już dawno odczuwać. Tem cenniejszą jest inicjatywa T-wa „Rój", tembardziej, że sposób ułożenia informatora jest bardzo szczęśliwy. W odróżnieniu bowiem od innych tego rodzaju wydawnictw zawiera on dział popularno-naukowy, następnie dość szczegółowo są uwzględnione ustawy i rozporządzenia tyczące lecznictwa i ochrony zdrowia publicznego. Sama wreszcie część informacyjna i adresowa jest dobrze zestawiona i obfita. Oczywiście pierwsze wydanie tego rodzaju informatora nie może być całkowicie bez usterek, z najważniejszych wymienić należy niekompletny spis czasopism lekarskich (bardzo wiele czasopism pominięto) i zbyt krótki dział uzdrowisk. Dział ten

jest też naogół mało przejrzysty, co utrudnia choremu zorjentowanie się, jakie uzdrowiska w jego chorobie wchodzą wogóle w rachubę. Niewątpliwie usterki te nie pomniejszające zresztą w stopniu znaczniejszym wartości „Informatora", zostaną usunięte w następnem wydaniu.

KRONIKA.

Następny Zjazd Towarzystwa Chirurgów Polskich (XXVH Zjazd chirurgów polskich), odbędzie się dnia 24 kwietnia 1933 r. w Poznaniu.

Jako tematy programowe obrad wybrano:
1. Leczenie nowotworów złośliwych.
2. Leczenie t. zw. przerostu gruczołu krokowego.

* * *

FUNDUSZ WIECZYSTY IM. PROF. DR. MED. EDWARDA ŻEBROWSKIEGO.

W czerwcu r. b. upływa rok od śmierci wielkiego uczonego i pedagoga, prawdziwego przyjaciela młodzieży i ludzi cierpiących, ś. p. Prof. Dr. Med. Edwarda Żebrowskiego, Dyrektora I Kliniki Wewnętrznej Uniwersytetu Warszawskiego.

Asystenci tejże Kliniki celem uczczenia Świetlanej pamięci Swego Szefa postanowili drogą dobrowolnych składek zebrać fundusz wieczysty Jego imienia. Odsetki od tego funduszu przeznaczone będą na stypendjum dla jednego lub kilku hospitantów I Kliniki Wewnętrznej Uniwersytetu Warsz. Opiekę nad funduszem przyjęła na siebie Komisja Profesorów Wydziału Lekarskiego Uniw. Warsz.

Zwracamy się do wszystkich, którym pamięć ś. p. Prof. Żebrowskiego jest droga i którym na sercu leży dobro nauki polskiej i kształcenie młodzieży z gorącą prośbą o poparcie naszej sprawy.

Wszelkie datki prosimy składać na konto czekowe P. K. O. 26020.

KOMISJA TYMCZASOWA
Dr. E. Bratkowski
Dr. J. W. Grott
Dr. R. Kalinowski
Dr. A. Rytel.
KOMISJA PROF. WYDZ. LEK. U. W.
J. Modrakowski
R. Nitsch
L. Paszkiewicz.

* * *

ZAWIADOMIENIE.

Komitet stały wakacyjnych kursów lekarskich w Ciechocinku przystępuje, wzorem lat ubiegłych, do organizacji IV Kursu Lekarskiego w dniu 30.VIII — 1.IX r. b. (niedziela, poniedziałek, wtorek).

Protektorat nad kursem objąć raczył Pan Dyrektor Departamentu Służby Zdrowia M. S. W., dr. Eugenjusz Piestrzyński.

Kursy poprzednie, dzięki udziałowi wybitnych prelegentów oraz trafnemu wyborowi tematów, żywo interesujących lekarzy praktyków, zjednały sobie szczere uznanie uczestników-lekarzy, przybyłych w liczbie około 600 z najdalszych krańców Rzeczypospolitej.

Komitet organizacyjny, dążąc do utrzymania Kursu IV na równie wysokim poziomie, zwrócił się z prośbą o wygłoszenie odczytów do PP.: Prof. dra A. Czyżewicza (Warszawa), Dra med. H. Higiera (Warszawa), dra med. H. Kłuszyńskiego (Warszawa), Prof. dra E. Lotha (Warszawa), Prof. dra K. Michejdy (Wilno), Prof. dra W. Orłowskiego (Warszawa), Prof. dra K. Pelczara (Wilno), Prof. dra E. Piaseckiego (Poznań), Dra med. S. Rudzkiego (Warszawa), Doc. dra A. Sabatowskiego (Lwów), Dra med. W. Sterlinga (Warszawa). Prof. dra W. Szenajcha (Warszawa).

Uczestnicy kursów mają zapewnione mieszkanie (bezpłatne) w zdrojowisku, oraz ulgi kolejowe t .zw. Kuracyjne na drodze powrotnej.

Komitet projektuje szereg rozrywek i wycieczek podczas trwania kursu.

W imieniu Komitetu IV Lekarskiego Kursu Wakacyjnego:
Komisarz St. Wiśniewski, Dyrektor inż. St. Kozłowski, Burmistrz C. Cichowicz, Doc. dr. L. Lorentowicz, Przewodniczący Komitetu, Dr. med. I. Dembicki, Dr. med. P. Rudzki — Zastępcy przewodniczącego, Dr. med. J. Hurwicz — Skarbnik, Prof. dr. E. Loth, Dr. med. K. Ciągliński, Pułk. dr. Drac, Dr. med. T. Fafius, Dr. M. Kraushar.

Redaktor odpowiedzialny: *Doc. Dr. A. Wojciechowski*
Wydawca: Spółka Wydawnicza „Wiedza Lekarska".
Adres redakcji i administracji Warszawa, Kaliska 9. Tel. 724-39.
Prenumerata z przesyłką rocznie zł. 8, kwartalnie zł. 2. Konto **P. K. O. 15.785.**

		¹/₁ str.	½ str.	¼ str.
Ogłoszenia:	zewnętrzna strona okładki	zł. 450.—	250.—	135.—
	bezpośrednio przed tekstem	„ 350.—	200.—	120.—
	2-ga i 3-cia strona okładki	„ 350.—	200.—	120.—
	pozostałe	„ 300.—	170.—	95.—

ZAKŁ. GRAF. PRAC. DRUK., WARSZAWA, NOWY-ŚWIAT 54, TEL.: 615-56 I 242-40.

ROK V WARSZAWA 1931 SIERPIEŃ ZESZYT VIII

WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY PRZEGLĄDOWI FRANCUSKIEGO PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO I POTRZEBOM LEKARZA PRAKTYKA

REVUE MENSUELLE CONSACRÉE À LA LITTERATURE MEDICALE FRANÇAISE ET AUX BESOINS DU PRATICIEN

pod redakcją Doc. Dr. Wojciechowskiego

PRACE ORYGINALNE

W sprawie leczenia „Policythaemia rubra" preparatami śledziony*).

Podał
DR. M. GIRSZOWICZ
Ordynator Szp. M. Ż. w Wilnie.

Względnie rzadkie występowanie „polycythaemia rubra" oraz niewielka liczba przypadków leczenia tej choroby śledzioną opisanych w literaturze lekarskiej, szczególnie zaś polskiej, skłaniają mnie do opublikowania następującego przypadku:

Chory Leon Ł., lat 23, zgłosił się do mnie dnia 13.I.1931 bezpośrednio po odbyciu służby wojskowej ze skargami na ociężałość, bóle głowy oraz duszność. Dotychczas był zdrów. Dziedzicznie nieobarczony. Alkoholu nie nadużywa; nie pali.

Przy zbadaniu chorego nie znalazłem żadnych uchyleń od normy ze strony serca, płuc i układu nerwowego. Śledziona i wątroba — niewyczuwalne, opukowo niepowiększone. Ciśnienie krwi 155 R. R. Waga ciała 76 kg. Uderzyło mnie tylko silne przekrwienie spojówek i błony śluzowej podniebienia twardego. Poleciłem więc choremu zgłosić się do mnie powtórnie po zbadaniu jego krwi, moczu i stolca.

W dniu 16.I. b. r. chory zgłosił się z wynikami badań, które wykazały: M o c z — brak wszelkich składników patologicznych.

K a ł — nieliczne jaja Ascaris lumbricoides (przepisana z tego powodu Santonina — skutku nie odniosła).

K r e w — czerwonych ciałek 6.090.000 Hb — 118%. Eozynofilów — 3%.

Opierając się na powyższych wynikach badań, oraz biorąc pod uwagę brak innych przyczyn powodujących zmiany we krwi w kierunku zwiększenia ilości erytrocytów i hemoglobiny jak np. fizjologiczne zgęszczenie krwi po silnem poceniu się lub po biegunkach, wtórne zagęszczenie krwi z po-

*) Demonstrowano na posiedzeniu naukowym Związku lekarzy w Wilnie, w marcu 1931 r.

wodu przebywania w rozrzedzonem powietrzu (klimat górski, jazda samolotem), naskutek wrodzonych lub nabytych wad serca, rozedmy, działania jadów, (fosforu, trychinozy itp.) ustaliłem rozpoznanie: Polycythaemia rubra typu Geissböcka w odróżnieniu od typu Vaquez'a przebiegającego ze splenomegalją i normalnem parciem krwi.

Postanowiłem więc przeprowadzić leczenie w tym kierunku, zastanawiając się tylko nad wyborem metody.

Z stosowanych -dotyczczas najważniejszych metod leczenia policythaemji—upust krwi nawet dość znaczny daje tylko przejściową poprawę; benzol i fenylhydrazyna zaś działają szkodliwie na organizm. Do naświetlań śledziony promieniami Rentgena brakło najważniejszego wskazania—powiększenia narządu, z drugiej zaś strony znane mi były ujemne skutki, jakie naświetlanie śledziony może wywołać w obrazie krwi. (Powiększenie ilości czerwonych ciałek). Lepsze znacznie wyniki mogłoby dać naświetlenie kości długich oraz łopatek, mostka i miednicy. Zdecydowałem się jednak przed przystąpieniem do terapji rentgenowskiej zatrzymać się poprzednio na leczeniu śledzioną w myśl świetnych wyników, osiągniętych przez V a n d e r V e l d e n a i jego szkoły jeszcze w roku 1929 w przypadkach policythaemji.

Podobny przypadek opisuje również F r i e d m a n, że u chorego na polycythaemia rubra naskutek leczenia śledzioną ilość HB. z 95% spadła do 85%,a ilość czerwonych ciałek z 6.200.000 do 4.150.000.

Jakie jest działanie śledziony stanowiącej jakby antagonistkę wątroby w tych przypadkach nie jest dotychczas zupełnie wytłumaczone. Jest jednak faktem bezspornym, (Szkoła francuska), że operacyjne usunięcie śledziony, dokonywane na podstawie najrozmaitszych wskazań, powoduje znaczne zwiększenie się ilości erytrocytów, wśród których spostrzegamy często krwinki niedojrzałe, ziarniste. Ta wzmożona hematopoezja krwi czerwonej świadczy o tem, że jej główne źródło t. j. szpik kostny dzięki usunięciu śledziony wyzwolił się jakby z krępujących jego produkcję więzów, z hamującego działania śledziony.

Z tej hipotezy zrodziły się myśl i wskazania do terapeutycznego zastosowania śledziony w policythaemia rubra.

U naszego chorego, leczenie ograniczyło się do podawania śledziony w ilości 100—150 gr. dziennie w pokarmach, oraz francuskich preparatów organoterapeutycznych, które zawierały wyciąg ze śledziony (Opozones Lumière Lien — 3 razy dziennie po 1 tabletce). Wynik leczenia przekroczył wszelkie moje oczekiwania. Już po 2-ch tygodniach (1.II. b. r.) ilość czerwonych ciałek zmniejszyła się o 610.000, a Hb o 13%, po następnych 3-ch tygodniach (23. II.b. r.) ilość czerwonych ciałek spadła o 580.000, a Hb. o dalsze 23%. Mieliśmy więc po 5-cio tygodniowem leczeniu zamiast 6.090.000 erytrocytów tylko 4.800.000, zamiast 118% Hb, tylko 82%. Ciśnienie krwi spadło do 90 R. R. Na zakończenie pozwolę sobie dodać kilka wskazówek natury kulinarnej, dotyczących podawania chorym śledziony. Najskuteczniejsze i najlepiej znoszone są następujące postacie:

1-o. Plasterki śledziony z drobno posiekanemi jabłkami i cebulą duszone w maśle ze śmietaną i cytryną.

2-o. Śledziona w postaci pasztetu na wzór wątroby.

3-o. Bigos ze śledziony z pomidorami, koperkiem, grzybkami i kiszonemi ogórkami.

4-o. Kluski do zupy lub „farsz" do pierożków ze śledziony.

5-o. Surową śledzionę przepuszcza się przez maszynkę i podaje się w lemoniadzie.

Chciałbym również zwrócić uwagę na poważne znaczenie, jakie przypisuje się w ostatnich czasach śledzionie w leczeniu gruźlicy; na poparcie jednak tego poglądu posiadam niestety dotychczas jeszcze zbyt mało dostatecznie przekonywujących dowodów, by zasługiwały na zakomunikowanie ich ogółowi lekarskiemu.

O leczeniu zapaleń płuc u dzieci.

DR. FRANCISZEK SIENICKI.

Statystyka śmiertelności wśród dzieci podaje, że liczba zgonów w miesiącach letnich ostatnio poważnie się zmniejszyła, natomiast drugiej połowy zimy pozostała bez zmiany. Dowodzi to, że choroby przewodu pokarmowego przez racjonalne odżywianie i nowoczesne leczenie zostały w dużym stopniu opanowane. Groźny obraz chorobowy zwany dawniej „cholera infantum", pod który podciągano wszystkie niemal już obecnie wyodrębnione zaburzenia w odżywianiu, nie wywołuje już tak strasznego spustoszenia wśród naszych małych pacjentów, nawet podczas najgorętszych miesięcy letnich. Naodwrót śmiertelność wśród niemowląt i starszych dzieci z powodu cierpień narządu oddechowego w miesiącach zimowych nietylko nie zmalała, ale niekiedy nawet przewyższa dotychczasowe dane statystyczne. Statystyki niektórych zakładów niemieckich podają 80% śmiertelności. Jest to liczba w porównaniu z naszemi codziennemi spostrzeżeniami zbyt wygórowana. Bliższą rzeczywistości jest statystyka H o l t a, który podaje, że śmiertelność w 1 roku życia wynosi 66%, w 2-im 55%, w 3-im 33%, w 4-tym 16%. Największe zatem niebezpieczeństwo przypada na okres od sześciu miesięcy do dwuch lat, poczem stopniowo maleje. Cała zatem uwaga i dążenia winny być wytężone, ażeby zagadnienie leczenia zapaleń odoskrzelowych płuc wczesnego dzieciństwa — bowiem te w tym okresie życia spotykają się daleko częściej niż zapalenia włóknikowe — było równie pomyślnie rozwiązane jak w chorobach przewodu pokarmowego. Jest to jeden z ważniejszych postulatów współczesnej pedjatrji. Zdając sobie sprawę z ważności tego zagadnienia, z którym niemal codziennie spotyka się nietylko specjalista ale i lekarz praktyk, postanowiłem podać do wiadomości ogółu lekarzy swoje spostrzeżenia, oparte na stu szesnastu przypadkach zapaleń płuc w ciągu dwuch lat. Wiem dobrze, że jest to skromny materjał. Doświadczenia jednak na tym materjale oparte są tak zachęcające, że niepodobna ich nie podać, tem bardziej, że w naszem piśmiennictwie nie znalazłem wiele miejsca, poświęconego podobnym doświadczeniom, mimo, że niewątpliwie niejeden z pośród lekarzy uciekał się do stosowania tego sposobu leczenia, który niżej mam zamiar podać. Miło mi będzie jeżeli obok mojego skromnego materjału ukażą się większe statystyki kliniczne, potwierdzające moje wyniki.

Zapalenie odoskrzelowe płuc rozwija się zazwyczaj w następstwie nieżytu oskrzelowego. Najczęściej powstaje w przebiegu grypy, odry, kokluszu, rzadziej w durze brzusznym,błonicy i płonicy. Mamy tu prawie zawsze do czynienia z infekcją mieszaną: pneumokoki (szczególnie typ I), paciorkowce, bac. Bordet-Gengou, Friedländeri, Pfeifferi, pałeczki Ebertha, błonicy, micrococcus catarrhalis i t. p. Największe i najczęstsze niebezpieczeństwo kryje się w g r y p i e. Dlatego leczenie grypy musi iść w parze z zapobieganiem wystąpienia zapalenia płuc.

Elementy morfotyczne krwi, które przedostają się per diapedesim do światła oskrzeli, śluz nagromadzony w miejscu zapalenia obok obrzęku błony śluzowej oskrzeli i stąd gorszej wentylacji składają się na treść oskrzeli i podłoże dla pomyślnego rozwoju drobnoustrojów. Ażeby się oswobodzić od czynników powodujących cierpienie, natura sprowadza kaszel, jako akt samoobrony. Kaszel ten często jest bolesny, a wskutek tego powierzchowny; a jeżeli dodamy, że niemowlęta wogóle słabo odkrztuszają, a osłabione chorobą — tembardziej, zrozumiemy, że kaszel ich jest niedostatecznym, ażeby uwolnić się od zawartości oskrzeli. Sprawa chorobowa per continuitatem et continguitatem rozszerza się na oskrzeliki i pęcherzyki płucne, powstaje obraz zapalenia odoskrzelowego, zrazikowego zapalenia płuc — pneumoniae lobularis s. bronchopneumoniae. Z początku zazwyczaj tylko część zrazików jest objęta procesem chorobowym; z czasem jednak sprawa zapalna rozprzestrzenia się na sąsiednie zraziki; w miarę nie zachowywania środków zapobiegawczych obejmuje ona cały płat, przechodzi na następne, a w

ciężkich przypadkach pozostawia zaledwie drobne odcinki tkanki płucnej, którą dziecko w nasilonym tempie oddycha. Nieodzownym warunkiem zapobiegania zapaleniu płuc, a także częścią składową jego leczenia jest:

1) Zmiana położenia niemowlęcia: noszenie na ręku, leżenie raz na jednym, drugi raz na drugim boku, siedzenie w łóżeczku i t. p. Sposób ten w połączeniu z podniesieniem sił statycznych niemowlęcia, był powodem spadku śmiertelności w tak zw. zapaleniu opadowem płuc—pneumonia paravertebralis s. hypostatica, które powstawało wskutek leżenia na plecach. Obserwujemy je często u starców. Dzięki zmianom położenia uzyskujemy lepszą wentylację coraz to nowych odcinków płuca, a wskutek tego większy dopływ tlenu, który często jest środkiem zbawiennym w zapaleniach płuc, o czem jeszcze dalej wspomnę.

2) Mieszkanie musi być przewietrzane i nie posiadać zbyt wysokiej temperatury. Szybsza jest wtedy wymiana gazowa i pełniejsze oddychanie przez skórę, która jest „płucem obwodowem", jak naczynia — „sercem obwodowem".

3) Djeta winna być przeważnie płynna. Ponieważ w ustroju toczy się walka, organizm wytęża wszystkie siły obronne—konieczne jest utrzymanie dobrego stanu ogólnego, tembardziej, że dziecko się poci, przez doprowadzenie odpowiedniej ilości płynów, łatwo wchłaniających się, nie obciążających jednak żołądka i nie odciągających ciał obronnych ustroju z innego frontu, stokroć ważniejszego. Mam tu na myśli ciałka białe krwi i leukocytozę pokarmową. Walka bowiem jest decydującą, a trwa zazwyczaj niezbyt długo. Stąd djeta płynna: jak: herbata, lemoniada, soki owocowe, kleje, mleko i t. p. Niemowlęta chore należy karmić piersią rzadziej niż zdrowe.

4) Dalej staramy się o przekrwienie płuc, które w dużej mierze już natura sprowadza, drogą drażnienia skóry przez bodźce cieplne i bańki. Od czasu wprowadzenia do chirurgji przekrwienia biernego (Staungshyperemie Bier'a) i dobrych jego rezultatów w sprawach zapalnych, staramy się je wykorzystać w zapaleniach płuc. Stosujemy zatem na klatkę piersiową po stronie zajętego płuca bańki i ciepło (czasy zalecania lodowych okładów trzeba odnieść do zamierzchłej przeszłości, jakkolwiek kąpiel z zimnem oblewaniem w przypadkach, połączonych z utratą świadomości i bredzeniem wywiera korzystny wpływ; często jednak do tego środka uciekać się nie potrzebujemy) w postaci często zmienianych ciepłych okładów z dodatkiem zazwyczaj środków drażniących skórę, jak: alkohol, spirytus kamforowy i t. p. Niektórzy lekarze zalecają antiphlogistinę, która składa się z krzemianu glinu, gliceryny, małych ilości kw. borowego, salicylowego, jodu i olejków eterycznych. Antiphlogistina ma dłużej zatrzymywać ciepło; nakłada się ją jak maść nad schorzałem miejscem na 22 godziny i na 2 godziny zdejmuje, w ciągu kilku dni. Osobiście po stosowaniu antiphlogistiny w paru przypadkach nie mogłem zauważyć większej różnicy niż po stosowaniu innych procedur cieplnych in caeteris paribus. O działaniu głębszem nie może być mowy. Wygodne jej stosowanie, polegające na jednorazowym nałożeniu na dobę w przeciwieństwie do częstej zmiany okładów, przyczynia się do jej rozpowszechnienia i przysparza jej wielu zwolenników. Obserwowałem stosowanie jej na klinice prof. *Knöpfelmachera* i *Kermaunera* w Wiedniu.

5) Ważną jest rzeczą uspokojenie otoczenia. *Czerny* wypowiedział nawet takie zdanie: „Rokowanie w zapaleniu płuc jest zależne od stanu nerwowego otoczenia". Z zachowania się rodziców wnioskujemy jaki jest stan nerwowy dziecka. W rzeczywistości dziecko neuropatyczne pod wpływem nerwowego zachowywania się otoczenia łatwiej ulegnie porażeniu ośrodka naczynioruchowego, niż dziecko nie obarczone konstytucyjnie. Na rokowanie niekorzystnie wpływa zły stan ogólny dziecka. Dzieci z krzywicą łatwiej zapadają, cięższy jest przebieg choroby i częściej kończy się ona śmiercią. Cięższy jest również przebieg choroby u dzieci wyniszczonych i skrofulicznych. Nie obojętną rzeczą dla rokowania będzie rodzaj choroby, przy której wywiązało się zapalenie płuc. Wiadomą jest rzeczą, jak nieraz opornem w leczeniu jest zapalenie płuc w przebiegu grypy.

6) Przechodzę teraz do środków farmakologicznych.

Od czasu wprowadzenia przez *Aufrechta* i *Cahn-Bronnera* chininy do leczenia zapaleń płuc, śmiertelność znacznie się obniżyła. Pozajelitowe jednak wprowadzanie chininy z urethanem było często przyczyną martwicy w miejscu wstrzykiwania. Fabryce farmaceutycznej Bad-Homburg udało się uzyskać preparat pod nazwą: „Transpulmin"[1]), który zawiera w jednym cm.³ 0,03 chininy zasadowej, 0,025 kamfory w rozczynie olejków eterycznych. Preparat ten wypróbowałem, jak już wyżej zaznaczyłem w stu szesnastu przypadkach zapaleń płuc. W 104 przypadkach chodziło o zapalenie odoskrzelowe w czasie przebiegu grypy, odry lub kokluszu. W 12 przypadkach miałem do czynienia z zapaleniem włóknikowem płuc. We wszystkich tych przypadkach stosowałem transpulminę w postaci wstrzykiwań domięśniowych od 0,3 do 2 cm.³, w zależności od wieku chorego. W zapaleniach płatowych stosowałem przedtem u chorych dzieci do wewnątrz optochinum basicum, o czem pisałem w „Wiedzy Lekarskiej" (Nr. VI z 1929 r.). Ponieważ optochina jest b. gorzka, niemowlęta i starsze dzieci wzbraniały się przed tym sposobem przyjmowania lekarstwa.

Przy zastosowaniu zaś optochiny w czopkach nie mogłem zauważyć jej specyficznego działania w sposób b. wybitny. Zacząłem zatem próbować wstrzykiwań transpulminy. W zapaleniach odoskrzelowych wstrzykiwałem transpulminę często z dodatkiem 10% ol. camphorat., w dawkach następujących:

niemowlętom:

do ½ roku 0,3 cm.³ transpulminy i 0,25 cm.³ ol. camph. 10%
„ 1 „ 0,5 „ „ „ 0,5 „ „ „

dzieciom:

„ 2 „ 0:75 „ „ „ 0,75 „ „ „
„ 3 „ 1 „ „ „ 1 „ „ „

Wstrzykiwań dokonywałem w mięśnie pośladkowe, mieszając oba środki w jednej strzykawce. Wstrzykiwania są mało bolesne i nie potrzeba zachowywać żadnych specjalnych środków ostrożności przy ich stosowaniu.

Wyniki otrzymałem b. zadowalające, niekiedy wprost rzucające się w oczy. Leczenie przeprowadzałem ambulatoryjnie, jednak prawie wszystkie przypadki miałem możność obserwować. W tych przypadkach, gdzie już po jednorazowem wstrzykiwaniu nastąpiło polepszenie, komunikowali mi rodzice, że stan dziecka się poprawił. W cięższych przypadkach dokonywałem wstrzykiwań co trzeci dzień i nie więcej jak 3, ażeby już osiągnąć wyleczenie. Do transpulminy w cięższych przypadkach dodaję kamforę, a mianowicie tam, gdzie stwierdzam zaburzenie w krążeniu. Zawartość jej bowiem w transpulminie jest nieznaczna, a jak wywnioskowałem z przypadków porównawczych, większa dawka kamfory sprzyja lepszemu krążeniu, szybszej resorbcji wysięku i szybszemu przenoszeniu transpulminy do płuc, gdzie chinina rozwija swoje działanie na procesy toksyczne, a olejki eteryczne, wydzielając się przez płuca (zapach w czasie wydechu), zmniejszają ilość wydzieliny; stąd nieraz tak szybkie zmniejszanie się rzężeń wilgotnych. Mógłby mi ktoś zarzucić, że i bez stosowania transpulminy mogłoby nastąpić wyleczenie, że zatem nie mam racji mówiąc: post hoc ergo propter hoc. Bez wątpienia są takie przypadki, gdzie i bez transpulminy osiągamy wyleczenie. Jeżeli w zapaleniach włóknikowych możemy zachowywać się wyczekująco z małym stosunkowo ryzykiem, o tyle w zapaleniach odoskrzelowych musimy jaknajwcześniej wkraczać czynnie. Na potwierdzenie skuteczności transpulminy mam kilkanaście przypadków, gdzie wszelkie inne sposoby leczenia zawiodły, choroba z nieubłaganą konsekwencją posuwała się naprzód, coraz to nowe zajmując zraziki. Pozwolę tu sobie opisać kilka przypadków i zwrócić uwagę na skuteczność transpulminy.

I. Przypadek. Niemowlę G. T. sześciomiesięczne; od trzech tygodni kaszlało, jeden i pół tygodnia temu dostało silniejszej gorączki, dochodzącej do 40°C., nie spało, nie ssało, zaczęło często oddychać, w czasie kaszlu płakało. Rodzice udali się z nim do lekarza, który stwierdził za-

[1]) Transpulminie oryginalnej równoznaczne prawie pod względem składu są polskie preparaty: Gessnera — loco Pneumonin i Kamfochina „Laokoon".

palenie płuc z lewej strony. Zalecone procedury w postaci baniek, okładów, środków wykształśnych i nasercowych nie były w stanie poprawić stanu zdrowia. Niemowlę coraz częściej siniało, łapało powietrze otwartemi ustami. Po tygodniu leczenia kiedy stan był już b. groźny przywieziono je do mnie, bez nadziei na wyleczenie, ale poprostu nie mogąc patrzeć na dziecko, które co chwilę jakby konało.

W czasie badania stwierdziłem: wargi, błony śluzowe, policzki, rączki, nóżki i całe powłoki sine i zimne; tętno prawie nie wyczuwalne; uderzenia koniuszkowe serca trudne do policzenia. Oddech b. szybki; źrenice rozszerzone słabo oddziaływujące na światło, powieki nawpół otwarte, nieruchome, wzrok utkwiony w dal, kaszel ustąpił zupełnie, ruchy czynne znikły. Na całej przestrzeni pól płucnych przytłumienie, nieco wyjaśniające się u szczytów, osłuchowo: wilgotne, rozlane rzężenia drobne i średnio bańkowe, słaby oddech oskrzelowy. Gorączka 36°C. Stan zatem nie rokujący nic dobrego — stan zapaści.

Tytułem próby wstrzyknąłem 0,5 cm.³ transpulminy i 0,5 cm.³ ol. camphor. 10% i 0,03 coffeini n.-benz. Otworzyłem okno (wiosna). W pół godziny dziecko zdradziło pierwsze ruchy powiekami i rączkami. Mimo to jeszcze nie mogło przyjść do siebie. Zapisałem do domu kofeinę z koraminą i poprosiłem rodziców o przywiezienie dziecka na trzeci dzień, gdyby żyło. Na trzeci dzień, dziecko już rumiane, ruchliwe i płaczące. W górnych częściach niema już rzężeń. Tętno wyczuwalne, nieco przyśpieszone. Gorączka 37,8°. Źrenice prawidłowe. Wstrzyknąłem 0,3 cm.³ transpulminy i 0,25 cm.³ ol. camphor. 10%. Na trzeci dzień tętno dobrze wypełnione, miarowe, nieco przyśpieszone. T. 36,8°. Rzężenia — z prawej strony pod dolnym brzegiem łopatki i nieznaczne w dole z lewej strony. Jeszcze jedno wstrzyknięcie, jak poprzednie, poczem zupełne wyleczenie.

II. Przypadek. Dziecko Ch. G. 1½ roku, od dwóch dni nagle zaczęło gorączkować dość wysoko, i kaszlać krótkim, krtaniowym, ochrypłym kaszlem i ciężko oddychać. Głos dziecka niezmieniony.

W czasie badania stwierdziłem: T. 39°. Tętno b. przyśpieszone, dołki podżebrowy i jarzmowy przy wdechu zapadają się, oddychanie przyśpieszone i utrudnione. Mięśnie mostkowo-sutkowo-obojczykowe w czasie wdechu napinają się. Na szyi gruczoły wielkości fasoli i grochu polnego. Z przodu klatki piersiowej naczynia w postaci siatki. Migdały nieco powiększone i przekrwione. Nalotów nie stwierdziłem. Badanie lusterkiem krtani poza obrzękiem nieznacznym strun głosowych, zwężeniem szpary głosowej, nie wykazało innych zmian anatomo-patologicznych. Tylna część gardzieli, błona śluzowa nosa w stanie nieżytu. Przy osłuchiwaniu klatki piersiowej stwierdziłem: oddech osłabiony, szczególnie w częściach dolnych płuc, pojedyńcze rzężenia średniobańkowe i kilka trzeszczeń w dolnej części prawego płuca; posuwając się ku górze ku tchawicy oddechy stają się coraz bardziej zaostrzone, a na wysokości od III do V kręgu piersiowego przy pochyleniu głowy ku przodowi oddechy o charakterze coraz bardziej piłującym. To samo z przodu klatki piersiowej przy osłuchiwaniu ponad rękojeścią mostka; oddechy jeszcze bardziej piłujące przy pochyleniu głowy ku tyłowi. Opukiwaniem stwierdziłem: przytłumienie nieznaczne w dolnej części prawego płuca i stłumienie na wysokości wyrostków kolczystych III i IV kręgu piersiowego większe po prawej, niż po lewej stronie.

Procedury napotne, wziewania, środki wykształśne i spontaniczne wymioty nie zdołały w przeciągu tygodnia wpłynąć wybitniej na stan choroby. Zauważyłem nawet, że liczba rzężeń z każdym dniem się zwiększa, dołączają się już i drobnobańkowe. Trzeszczenia stają się coraz wybitniejsze. Przytłumienie również się rozszerza. Gorączka nie przewyższa rano 38°, wieczorem dochodzi do 39,5°. Tętno poza przyśpieszeniem nie przedstawia żadnych odchyleń. Po akcie wymiotnym ilość rzężeń i trzeszczeń zmniejszała się, oddychanie nieco się poprawiało.

Wstrzyknąłem 0,75 cm.³ transpulminy i poleciłem dziecko nosić. Na drugi dzień objawy grypowego pseudokrupu, niedodmy i zapalenia płuca prawego ustąpiły bezpowrotnie. Wskutek zmniejszenia się wydzieliny i obrzęku błony śluzowej oskrzeli, ucisk wywierany na nie przez powiększone gruczoły śródpiersiowe przestał być przeszkodą w lepszej wentylacji płuca.

III. Przypadek. Dziecko S. J. w wieku 1 rok 7 miesięcy; od 1½ tygodnia odrazu wysoka gorączka do 39,5°, słaby kaszel, wymioty. Lekarz najbliższy stwierdził grypę i zapalenie płuc; zalecił preparaty salicylowe i procedury napotne; gorączka z początku spadła do 38°, ale po trzech dniach zaczęła się znowu wznosić, kaszel się wzmógł, dziecko zaczęło szybciej oddychać, wystąpiło silniejsze osłabienie i wymioty.

Po zbadaniu rozpoznałem zapalenie odoskrzelowe płuca lewego w przebiegu grypy. Rzężenia wilgotne dochodziły prawie do grzebienia łopatki.

Wstrzyknąłem 0,75 cm.³ transpulminy. Na drugi dzień gorączka spadła do normy. W ciągu trzech dni dziecko wyzdrowiało.

Poza wstrzykiwaniami podaję w przypadkach, połączonych z właściwą niedomogą krążenia, jak już wyżej zaznaczyłem, kamforę, kofeinę, koraminę, często w połączeniu z pyrenolem i kodeiną. Ze środków przeciwgorączkowych — niekiedy pyramidon; nigdy nie stosuję preparatów salicylowych, które rozszerzając naczynia brzuszne, mogą się przyczynić do przyśpieszenia stanu zapaści. Środków typowo wykrztuśnych prawie nigdy nie stosuję u niemowląt; zwiększają one wydzielinę, którą za pomocą transpulminy staramy się ograniczyć.

W przypadkach zapaści, podobnych, jak opisałem w pierwszym przypadku, polecam ponadto stosowanie lobeliny i czystego tlenu, jeżeli on jest pod ręką. Serce bowiem niemowląt jest w stanie długo pokonywać trudności, kiedy jednak odmówi posłuszeństwa, trudno już mu przywrócić pierwotną zdolność do pracy, w przeciwieństwie do dzieci starszych i dorosłych. Objawy niedomogi mięśnia sercowego nie zawsze pochodzą od samego serca. Częściej przyczyna leży w niedostatecznym dopływie tlenu, stąd niekiedy tak szybki efekt po doprowadzeniu tlenu i podrażnieniu ośrodka oddechowego przez lobelinę.

Jak zdołałem zaobserwować w niektórych ciężkich przypadkach, mimo że objawy fizykalne nieraz w powolnym tempie ustępowały, to jednak samopoczucie, ogólny wygląd dziecka, jego zachowanie się, gorączka nie zdradzały choroby. Odnosiłem wrażenie, że objawy toxaemji ustępowały b. szybko, proces zaś anatomo-patologiczny w szybszym lub powolniejszym tempie wracał ad integrum.

Jakim jest mechanizm działania chininy?

Czy chinina w danym wypadku działa bakterjobójczo w sensie: „dosis sterilisans magna“ Ehrlicha, śmiem wątpić. Transpulmina bowiem zawiera b. małe ilości chininy, która działa specyficznie na pneumokoki. A badania bakterjologiczne wykazały, że najczęstszym współtowarzyszem, odgrywającym rolę w etjologji zapaleń odoskrzelowych płuc są pneumokoki, szczególnie typ I.

Raczej należy zastosować tu, moim zdaniem, tezę prof. *Hilgermann*a, że działa ona jako „dosis destruens minima“, to znaczy, że działa ona parazytotropowo w tym sensie, że zabija małą ilość zarazków, z których uwolnione toksyny, są w stanie wywołać odporność czynną, drogą specyficznych ciał drażniących. Wskutek uwolnienia nowych toksyn następuje obrona organizmu przez nadprodukcję ciał odpornościowych, które nietylko wiążą jady świeżo wyzwolone, ale i te, które już przedtem krążyły we krwi i były powodem cierpienia.

Tak sobie tłumaczę szybkie odtruwanie ustroju po transpulminie w zapaleniach płuc.

W zapaleniach włóknikowych uzyskałem również w przytoczonych 12 przypadkach wyniki ogromnie zadawalające. Przyczem tem szybsza była poprawa, im wcześniej zastosowałem wstrzykiwanie. W 9 przypadkach powtórne wstrzykiwanie okazało się zbędne, po dwóch dniach dzieci już nie gorączkowały, kaszel się zmniejszył, okres zwątrobienia szybciej przechodził w okres rezolucji; wysięk łatwo się wchłaniał. Czas choroby udawało się skrócić o kilka dni. Objawy toksyczne jak wymioty, niekiedy rozwolnienia, wypryski, zamroczenia świadomości po kilkunastu godzinach ustępowały bezpowrotnie. W 3 cięższych przypadkach, które otrzymałem w 4—6 dniu choroby ze względu na ciężki stan ogólny, objawy toksyczne i meningismus, uważałem za wskazane zrobić codziennie lub co drugi dzień wstrzykiwania, poczem następowało wyzdrowienie. Oczywiście podaję tu przypadki nie powikłane ropieniem, czy to w obrębie opłucnej lub płuca. Dla przykładu przytoczę dwa przypadki:

I. Przypadek. Chłopczyk K. L. w wieku 2 lat 3 mies. Choroba rozpoczęła się nagle przed czterema dniami kaszlem krótkim, wymiotami i rozwolnieniem, szybszym oddychaniem, wysoką gorączką.

Stan obecny: T. 39.3°, tętno b. przyśpieszone, małe, słabo wypełnione, miarowe, wymioty 6—7 razy dziennie, oddychanie szybkie, powierzchowne, kaszel krótki, urywany, dźwięczny. Herpes labialis. W prawym płucu, nad płatem górnym stłumienie, bronchophonia, oddech oskrzelowy, szorstki, drżenie głosowe wzmożone.

Wstrzyknąłem 0,75 cm.³ transpulminy i 0,5 cm.³ ol. camphorati 10%. Na drugi dzień gorączka spadła, wymioty i rozwolnienia ustąpiły, a na trzeci dzień stwierdziłem zaledwie pojedyńcze trzeszczenia powrotne, które, bez interwencji, znikły w dniu następnym.

II. Przypadek. Niemowlę J. S. dziewięciomiesięczne, chore od trzech dni, kaszle, wymiotuje, gorączka wystąpiła nagle. Po przybyciu stwierdziłem nad płatem środkowym prawego płuca stłumienie, oddech oskrzelowy, szorstki, miejscami na obwodzie trzeszczenia wstępne, bronchophonia, nieznaczna sztywność karku. Objawy oponowe ujemne. Tętno przyśpieszone, miarowe, dobrze wypełnione. Gorączka 40,1°. Wymioty szczególnie wieczorem.

Wstrzyknąłem 0,5 cm.³ transpulminy, poczem ustąpił opisthotonus, wymioty, gorączka spadła; na trzeci dzień po wstrzykiwaniu dziecko zdrowe zupełnie.

Muszę tu jednak stwierdzić, iż nie we wszystkich przypadkach włóknikowego zapalenia płuc wyniki są tak rzucające się w oczy. Jeżeli weźmiemy pod uwagę niejednakową zdolność chorych do aktu samoobrony i to, że nie we wszystkich przypadkach bywają przyczyną zapalenia włóknikowego pneumokoki (mogą być bac. Friedländeri, Pfeifferi, paciorkowce, jakkolwiek rzadko), a uważając chininę za środek specyficzny przeciwko pneumokokom, zrozumiałą jest rzeczą, że znajdą się przypadki, w których nie otrzymamy znacznego polepszenia. Nie możemy się też spodziewać dobrych wyników w późniejszych o-

kresach zapaleń włóknikowych, jakkolwiek polepszenia spotykałem, szczególnie w tak zw. „pneumonia protracta".

Przekonałem się, że transpulmina daje lepsze wyniki u dzieci, niż u dorosłych (dla tych ostatnich w zapaleniach włóknikowych więcej nadaje się solvochina), tak w zapaleniach włóknikowych, jak i odoskrzelowych, co prawdopodobnie należy odnieść do zbyt małych ilości chininy, zawartej w transpulminie i zbyt małych dawek jej dla dorosłych. Jeżeli po dawce 2 cm.^{3} dla dorosłego nie stwierdzimy poprawy, należy wstrzyknąć powtórnie więcej 3—4 cm.^{3} i w ten sposób nieraz udaje się osiągnąć poprawę, co zdołałem stwierdzić w jednym przypadku.

Prócz preparatów chininy, bakterjobójcze działanie na pneumokoki posiada również żółć i sole zasadowe kwasów żółciowych, co wykorzystał do swoich doświadczeń na myszach prof. *Hilgermann*.

W doświadczeniach chorych stosuje on Natr. taurochol. w znacznem rozcieńczeniu w odpowiedniej koncentracji jonowej płynu (PH 8,4 — 9,6), w którym środek ten wykazuje optimum swego działania, nie tracąc zdolności parazytotropowej w pozajelitowem zastosowaniu, mimo zadziałania na niego alkalicznej rezerwy krwi. Takim płynem okazała się surowica krwi. Środek ten pod nazwą „Chemotherapeutisches Pneumokokkenserum" wyrabia Sächsisches Serumwerk w Dreznie. Nie mając osobistych doświadczeń z powyższym środkiem, ograniczam się tylko do wzmianki.

Dalsze doświadczenia wykażą, czy rzeczywiście ma on wpływ specyficzny na sprawy pneumokokowe i czy może on wyprzeć preparaty chininowe w zapaleniach płuc. W ostatnich czasach stosują surowice w podobny sposób przyrządzone na inne zarazki n. p. paciorkowce.

Teoretycznie należy przypuszczać, że w zapaleniach odoskrzelowych płuc nie zdoła powyższa surowica zastąpić transpulminy. W nawiasie zaznaczę, że:

W zapaleniach odoskrzelowych płuc u osób starszych otrzymałem również dobre wyniki i tem szybsze, im większa była gorączka i lepszy stan ogólny chorego. Konieczna była jednak większa ilość wstrzykiwań, niż u dzieci, co prawdopodobnie stoi w związku ze słabszym odczynem zużytego organizmu i trudniejszym przedostawaniem się środka do miejsca procesu patologicznego wskutek tak częstej miażdżycy naczyń i upośledzonego krążenia. W chorobach połączonych z charłactwem, wycieńczeniem lub innemi sprawami o złem rokowaniu nie osiągniemy poprawy. Jestem przekonany, że sposób wyżej podany będzie w stanie w dużej mierze przyczynić sie do rozwiązania problematu leczenia zapaleń płuc wczesnego dzieciństwa i do znacznego obniżenia śmiertelności, podobnie jak racjonalna djeta w zaburzeniach żołądkowo-jelitowych.

PIŚMIENNICTWO.

1. *Gotteles* i *Ziemilski*. Kamfochina przy leczschorz. narz. oddechowego (Prakt. Lek. ark. VII — 1928).
2. *Ziemilski B.* O leczeniu zapaleń płuc. (Prakt. Lek. ark. VIII — 1928).
3. *Sienicki Fr.* Kaszel u dzieci. (Prakt. Lek. ar. VI—1929).
4. *Sienicki Fr.* O leczeniu włóknikowego zapalenia płuc. (Wiedza Lek. Nr. VI, 9, 1929).
5. *W. Orłowski.* Choroby narządu oddechowego.
6. *Hutinel.* Les maladies des enfants.
7. *Bergélet Hufnagel.* Broncho-pneumonie grippale avec éruption. (Soc. med. d. Hop. 30.IV.20).
8. *P. Lereboullet.* La grippe: clinique, prophyl. traitement. (Les actualités med. Baillière, 1926).
9. *H. Grenet.* Trait. specifique de broncho-pneumonie. (Revue med. de la Suisse romande 1927).
10. *Dufourt et Sedallian.* L'etiologie et prophylaxe broncho-pneumonie. (Rev. med. de la Suisse 1927).
11. *Paul Hoim* — Die Pathologie d. Säuglingspneumonie. (Mtschr. für Kdheilk. Bd. 45 H. 2 1929).
12. *R. Neumann* u. *H. Happe* — Zur Bakteriologie u. spezif. Prophyl. d. Säuglingspneumonie (Ibidem).
13. *C. de Lange.* Stat. cerebr. b. Bronchopn. (Jahrb. f. Kdheilk. Bd. 119. H. 1 u. 2—1928).
14. *S. Bothner.* Ueber d. Bhdl. d. kindl. Bronchopnm. m. Roentgenstrahlen (M. M. Wschr. Nr. 29 — 1928).
15. *Paul Görle.* Transpulmin u. Solvochin (Nürnb. med. Ges. u. Polikl. Sitz. 12/IV/1929).
16. *Ochsenius.* Z. Bhdl. d. Bronchopn. bes. b. Grippe in frühen Kindesalter (M. M. Wschr. Nr. 1 — 1930).
17. *Hilgermann. D.* Chemotherapie d. Pneumokokkeninfection (M. M. W. Nr. 35 — 1930).
18. *Hilgermann.* Neue Ziele u. Wege d. Chemotherapie (M. M. W. Nr. 35 — 1930).
19. *Hilgermann.* D. Chemotherapie d. Streptokokkeninfektion. (M. M. W. Nr. 46—1930).
20. *E. Feer* — Lehrb. d. Kindheilkunde.

STRESZCZENIA

CHOROBY WEWNĘTRZNE

słabych odczynów ogniskowych i niekiedy więk-

Gościec wielostawowy dorosłych i jego leczenie organicznemi związkami złota. (Les rhumatismes polyarticulaires de l'adulte et leur traitement par les sels organiques d'or.). Jacques Forestier.

Presse médicale. Nr. 40. 1931, Maj.

Właściwa etjologja wielostawowego przewlekłego gościca zniekształcającego nie jest ostatecznie wyjaśniona. Zaburzenia naczynioworuchowe są raczej objawem, a nie właściwą przyczyną, również zdaniem autora nie należy traktować ten rodzaj schorzeń stawowych jako sprawę skazową. Autor skłania się raczej ku poglądom angloamerykańskim, które ujmują gościec zniekształcający jako sprawę infekcyjną, wywoływaną infekcją względnie łagodną, ale postępującą stale. W około 10% przypadków można stwierdzić wpływ określonego zarazka: prątka gruźliczego, gonokoka, krętka bladego. W reszcie, czyli 90%, zarazkiem prawdopodobnie będącym przyczyną zmian chorobowych jest swoisty szczep paciorkowca. Rzecz prosta należy przypuścić, że do wybuchu choroby pozatem jest koniecznym warunkiem odpowiednie podłoże, powstające na tle zaburzeń gruczołów dokrewnych, allergji i t. p. lecz jednak za przyczynę właściwą należy uważać wyżej wspomniany szczep paciorkowca. Pewna analogja w przebiegu klinicznego wielostawowego zniekształcającego gościca i gruźlicy nasunęła autorowi myśl wykorzystania związków złota w leczeniu tych spraw, tembardziej, że leczenie szczepionkami, związkami jodu, salicylatami i t. p. bardzo często nie prowadzi do celu. Chryzoterapja zgodnie z współczesnemi poglądami nie może być uważaną za leczenie swoiste li tylko przeciwprątkowe. Pomyślne działanie złota w schorzeniach paciorkowcowych, jak to wykazały prace *Feldta*, rokowały nadzieję, że nie pozostanie ono bez wpływu i w gościcu wielostawowym.

Autor przeprowadził chryzoterapję u 48 chorych, z tych najwięcej bo 36% było w wieku od 30 do 40 lat, a sprawa chorobowa trwała przed rozpoczęciem leczenia u 39,9% powyżej 2 lat, u 29,1% od 2 do 5 lat i wreszcie u 31% powyżej 5 lat były więc to przypadki już dłużej trwającego schorzenia, leczone bezskutecznie w najrozmaitszy sposób.

Celem należytego doboru przypadków były przeprowadzone drobiazgowe badania kliniczne w kierunku obrazu krwi, % hemoglobiny, zawartości mocznika, kwasu moczowego, cholesteryny, wreszcie w razie potrzeby wykonywano odczyn Wassermana. Z badań tych wynikło, że w czystych przypadkach wielostawowego gościca zniekształcającego zwykle zaznacza się niewielki spadek hemoglobiny i dość znaczna leukocytoza, sięgająca w niektórych przypadkach do 23.000, natomiast chemizm surowicy nie wykazał większych odchyleń. Autor opierając się na swem doświadczeniu i wynikach powyższych badań sądzi, że najodpowiedniejsze przypadki do leczenia złotem są to przypadki o cechach arthritis inflammatoria z zajęciem przeważnem maziówki z hyperleukocytozą. Natomiast artropatje typu artroz jak np. malum coxae senilis, lipoarthritis genu i t. p. zachowują się odpornie na leczenie złotem.

Autor posługiwał się związkiem organicznym złota i siarki znanym pod nazwą allochrysine Lumière a w przekonaniu, że obecność siarki zdawna używanej w leczeniu schorzeń stawowych wzmoże działanie złota i uważając, że siarka w allochryzynie związana jest w sposób racjonalniejszy niż w sanochryzynie. Allochryzyna była stosowana w postaci wstrzykiwań domięśniowych, co tydzień, początkowo w dawkach dość sporych, bo po 0,25. Tak wielkie dawki jednak często wywoływały objawy zatrucia, wobec czego wkrótce zmniejszono dawkę do 0,1, względnie nawet do 0,05 u chorych osłabionych. W ten sposób autor obecnie podaje, wstrzykując co tydzień, ogółem od 1,50 do 2.50 allochryzyny w ciągu 2 do 3 miesięcy, poczem po przerwie 6—8 tygodniowej wstrzykiwania w razie potrzeby są wznawiane. Biorąc nawet pod uwagę możliwość samoistnych remisji i polepszeń występujących w przebiegu wielostawowego gościca, wyniki leczenia allochryzyną należy określić jako bardzo dobre. Wszystkie przypadki były spostrzegane conajmniej 8 do 10 miesięcy, co pozwala wyłączyć przypuszczenie samoistnej remisji. Wpływ leczenia klinicznie ujawniał się szybko, a mianowicie zgrubienia maziowki znikały, bóle ustępowały, tak, że chorzy nie odczuwali potrzeby przyjmowania jak poprzednio związków salicylowych lub leków nasennych, ruchy w stawach zajętych zwiększały się, stan ogólny wykazywał znaczną poprawę. Ciepłota powoli opadając stawała się prawidłową, hyperleukocytoza w przypadkach z wyraźnie powiększoną liczbą białych ciałek krwi, znikała.

Badania moczu i krwi nie wykazywały zmian, co stanowi dowód nieszkodliwości preparatu dla nerek. Liczbowo z 44 przypadków leczonych i spostrzeganych w sposób wyżej wymieniony w 17 uzyskano wynik bardzo dobry, w 16 dobry, w 10 średni i tylko w jednym przypadku leczenie powyższe nie dało żadnego wyniku. Co się tyczy powikłań leczenia, to były one dość częste w okresie stosowania dużych dawek i prawie zupełnie znikły z chwilą, gdy leczenie zaczęto przeprowadzać za pomocą dawek małych. Objawy bezpośrednio występujące po wstrzyknięciu miejscowo były żadne, natomiast objawy ogólne spostrzegano w postaci

szych wzniesień ciepłoty, co jednak nigdy nie prowadziło do poważniejszych następstw i nie wymagało zaprzestania podawania złota. Z objawów późnych na pierwszy plan wysuwają się objawy ze strony skóry i śluzówek, a mianowicie nadżerek na śluzówce ust i erytrodermij o charakterze odrowym lub płoniczym. Jak wyżej zaznaczono, powikłania te prawie zupełnie znikły z chwilą obniżenia dawek, a w celu zapobiegnięcia ich powstawaniu, autor ponadto doradza otoczyć szczególną opieką higjenę jamy ustnej, stosować podsiarczyn magnezu w przypadkach anafilaksji, wreszcie dokładnie spostrzegać chorych i kontrolować odczyn po każdem wstrzyknięciu, aby w razie wystąpienia większych odczynów zmniejszyć dawkę lub przedłużyć odstęp między injekcjami.

W ten sposób ujęte leczenie dałoby się zobrazować w następującym schemacie:

po dokładnem zbadaniu i ewentualnem usunięciu istniejących ognisk infekcji, 2—3 wstrzyknięcia po 0,05 w odstępach tygodniowych celem zbadania wrażliwości chorego. Następnie, o ile tolerancja okaże się dobrą, wstrzykuje się co tydzień po 0,1 aby ogółem podać w ten sposób I,50 do 2,0 preparatu (15 do 20 wstrzyknięć). Bez względu na wynik po uzyskaniu tej dawki leczenie przerywa się na 6 tygodni, poczem rozpoczyna się druga serja wstrzyknięć po 0,1 w przypadkach cięższych lub po 0,05 w lżejszych. Druga serja składa się znowu z 15—20 injekcji. Ponieważ mamy do czynienia ze sprawą wybitnie przewlekłą, autor doradza długotrwałe dalsze stosowanie terapji złotowej podług następującego planu: wstrzyknięcia co 10 dni po 0,05 w ciągu 4 miesięcy, 2 miesięcy przerwy i nowa serja taka sama czteromiesięczna i t. d. W ten sposób udało się autorowi uzyskać trwałe zniknięcie wszelkich objawów, aczkolwiek o zupełnem wyleczeniu nie chce autor mówić ze względu na krótki (2 lata) okres spostrzegania.

Zastanawiając się nad sposobem działania złota, uważa autor, że działa ono jako bodziec raczej wzmagający obronne siły ustroju, a nie jako środek bezpośrednio bakterjobójczy. Połączenie z siarką, zdaniem autora, jest szczególnie cenne, aczkolwiek w bliższych detalach jeszcze niewyjaśnione; ma to być przedmiotem dalszych badań.

Chemizm żołądka w niedomodze sercowej. (Le chimisme gastrique dans l'insuffisance cardiaque). R. Rahier.

Presse Méd. N. 46. r. 1931.

Od dawna było wiadomem, że w okresie niedomogi mięśnia sercowego bardzo znaczna liczba chorych skarży się na zaburzenia żołądkowe. Chorzy ci mają mały apetyt, łatwo ulegają nasyceniu, natychmiast po jedzeniu skarżą się na ucisk w żołądku, nieraz miewają nudności a nawet wymioty. Objawy żołądkowe mogą występować nie tylko ostro, ale tak wcześnie u tego rodzaju chorych, że nieraz one przedewszystkiem zwracają na siebie uwagę. Te objawy, zależne od niedomogi mięśnia sercowego, występują przedewszystkiem z chwilą pojawienia się obrzęków i nie są wywoływane przez przyjmowane leki, które, rzecz prosta, same dla siebie mogą nieraz powodować zaburzenia żołądkowe. Częstość występowania zaburzeń żołądkowych także nie zależy od rodzaju zmian w zastawkach serca. Poprawa ogólnego stanu, a zwłaszcza ustąpienie obrzęków, pod wpływem leczenia diuretycznego, sprowadza też ustąpienie objawów żołądkowych.

U tego rodzaju chorych z zaburzeniami ze strony żołądka stwierdzano nieraz niedokwaśność żołądka. Autor dokonał szeregu badań u 28-miu chorych na niedomogę mięśnia sercowego z obrzękami, badając też i chorych, którzy na żadne dolegliwości się nie uskarżali. Badano treść żołądkową na kwasotę ogólną i obecność kwasu solnego wolnego naczczo oraz po śniadaniu Ewald'a; u niektórych chorych badań dokonywano po histaminie. Z tych 28-miu chorych, 22-ch wykazało niską kwasotę ogólną oraz zupełny brak kwasu solnego, zarówno naczczo, jak i po próbnem śniadaniu. Natomiast u 6-ciu stwierdzono obecność wolnego kwasu solnego po śniadaniu, podczas gdy tylko 2 wykazało obecność tego kwasu i w treści wydobytej naczczo. Naogół liczby kwasoty ogólnej, jak i wolnego kwasu solnego były niskie. Po wstrzyknięciu 1 mlgr. histaminy, z 7-miu zbadanych przypadków, u 4-ch stwierdzono obecność wolnego kwasu solnego, lecz w nieporównanie mniejszej ilości, aniżeli u ludzi zdrowych. Także i ogólna ilość wydzielonego soku żołądkowego była niższa, niż u ludzi zdrowych. Doświadczalne badania *Gley'a* wykazały, że upośledzenie krążenia krwi w żołądku zmniejsza wydzielanie i kwasotę treści żołądkowej. Ten czynnik niewątpliwie gra rolę i u chorych z niedomogą krążenia, u których uderza jednak, że upośledzenie wydzielania żołądkowego, spotyka się przedewszystkiem u chorych z obrzękami. Znaczna zawartość CO_2 we krwi, według autorów rumuńskich *Teodoresco* i *Danlesco*, ma być przyczyną hypochlorhydrji. Autor nie zgadza się z powyższem zdaniem, gdyż u jednego chorego z bardzo znaczną sinicą, lecz bez obrzęków, stwierdził prawidłową zawartość wolnego kwasu solnego w treści żołądkowej, natomiast z chwilą gdy u tegoż samego chorego wystąpiły obrzęki, wówczas spadła ogólna kwasota treści żołądkowej i zniknął wolny kwas solny. Badania ostatniej doby wykazały też brak wszelkiej łączności między djetą bezsolną a obecnością wolnego kwasu solnego w treści żołądkowej. Jakkolwiek z powyższych badań wynika, że istnieje zależność między występowaniem obrzęków a znikaniem kwasu solnego w treści żołądkowej, to jednak zależność ta występuje tylko u chorych z niedomogą krążenia, gdyż według badań autora, w zapaleniu nerek ze znacznymi obrzękami, stwierdza się obecność kwasu solnego w soku żołądkowym.

Wyniki powyższej pracy wskazują, że w niedomodze krążenia z obrzękami zmniejsza się ilość wydzielanej treści żołądkowej, znika wolny kwas solny i występuje atonja żołądka. Po ustąpieniu obrzęków i wyraźnych objawów niedomogi krążenia, ilość wydzielanej treści żołądkowej zwiększa się i pojawia się kwas solny. Wreszcie w cierpieniach nerkowych, bez niedomogi krążenia, mimo znacznych nieraz obrzęków ogólnych, wydzielanie treści żołądkowej nie ulega zmianie.

HÉMOPLASE Lumière

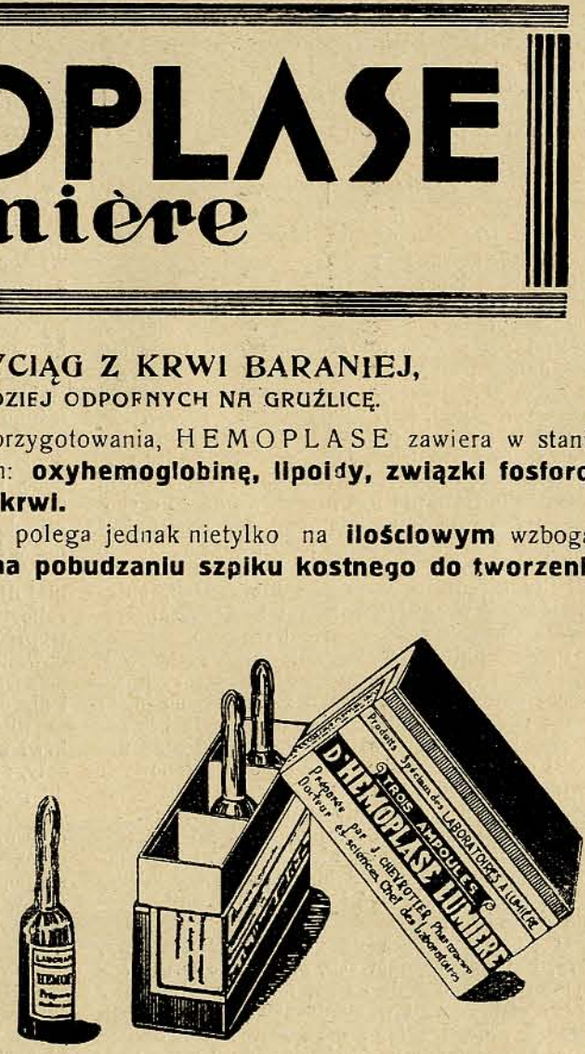
CAŁKOWITY WYCIĄG Z KRWI BARANIEJ,
ZWIERZĄT NAJBARDZIEJ ODPORNYCH NA GRUŹLICĘ.

Dzięki specjalnej metodzie przygotowania, HEMOPLASE zawiera w stanie niezmienionym, biologicznie czynnym: **oxyhemoglobinę, lipoidy, związki fosforowe, zaczyny krwinek, surowicę krwi.**

Działanie HEMOPLASE polega jednak nietylko na **ilościowym** wzbogacaniu ustroju składnikami leku, lecz **na pobudzaniu szpiku kostnego do tworzenia ciałek czerwonych.**

WSKAZANIA:

GRUŹLICA,
ANEMJA,
BLEDNICA,
REKONWALESCENCJA,
CHARŁACTWO,
KRWOTOKI I STANY PO KRWOTOKACH



Postaci:

HÉMOPLASE AMPOULES (Domięśniowo) à 10 cc. á 5 cc.; Niezawodny nawet w przypadkach **najuporczywszych.**

DAWKOWANIE: **Dorośli:** 2 lub 3 wstrzyknięcia po cc. tygodniowo; Dzieci od 5—8 lat— 2 razy tygodniowo po 2 cc; od 8—13 lat—2 razy tygodniowo po 5 do 10 cc.

HÉMOPLASE DRAGÉES.

DAWKOWANIE: 6 — 10 drażetek dziennie podczas jedzenia.

HÉMOPLASE GRANULÉ postać ziarnista (z cukrem i wanilją) (SPECJALNIE DLA DZIECI)

DAWKOWANIE:

Dzieci od 2—6 lat: 1—3 łyż. dziennie, od 6—12 lat: 3—4 łyż. dziennie podczas jedzenia.

Skład główny L. NASIEROWSKI Warszawa, ul. Kaliska 9, tel. 724-39, 630-12

Próby i literatura na żądanie WPP. Lekarzy.

Leczenie ostrego gośćca stawowego zapomocą dużych dawek salicylu i zasad. (La méthode salicyloalcaline massive dans le traitement du rhumatisme polyarticulaire aigu). D. Daniélopolu, C. Dimitriu i Cimino-Bérenger.

Presse Méd. Nr. 46. r. 1931.

Daniélopolu od r. 1923 broni tezy, że gościec stawowy jest cierpieniem, dotyczącem przedewszystkiem serca, że przebiega znacznie ciężej u dzieci, niż u ludzi dorosłych i że jedynem leczeniem swoistem gośćca jest podawanie dużych dawek salicylanu sodu oraz sody, według metody, podanej przez *Lees'a* i *Mackenzy'ego*. Salicylan sodu należy podawać w dawkach od 12 do 30 gr. na dobę, w połączeniu z dwuwęglanem sodu w dawce podwójnej, t. j. 24 do 60 gr. na dobę. Powyższe leki należy podawać w dawkach częściowych zarówno w dzień, jak i w nocy. Nadto stosuje się djetę przeciwzakwaszającą. Tego rodzaju leczenie nie tylko nie jest przeciwwskazane u chorych z sercowymi powikłaniami, ale nawet jest polecenia godne. Powyższe leczenie, zastosowane bardzo wcześnie i prowadzone dostatecznie długo, t. j. do ustąpienia wszelkich klinicznych, objawów gośćca, przedstawia nawet leczenie zapobiegawcze wobec powikłań sercowych.

Przez ostatnich 7 lat autorowie zastosowali powyższy sposób leczenia u 130-tu chorych na gościec stawowy, przyczem u 9-ciu badano bliżej skutek podawania dużych dawek salicylu bez sody oraz z sodą, oznaczając zasób zasad oraz pH krwi i moczu oraz pojawiania się ciał ketonowych również we krwi i w moczu. Z tych 130-tu przypadków, 62 przedstawiało zmiany w sercu. 27 przypadków sercowych znajdowało się w okresie niewyrównania krążenia, niektórzy z nich wykazywali znaczniejsze ilości białka w moczu. Tylko 43 przypadki mogły być leczone od początku metodą autorów.

U 68-miu chorych na gościec wielostawowy, ostry, bez zmian sercowych, stosowano dawki salicylanu sodu od 8 do 22 gr. na dobę. Niektórzy chorzy otrzymywali w sumie 500 do 900 gr. salicylanu sodu w ciągu całego leczenia. Salicylan sodu podawano w dawkach 1 do 2 gr. z podwójną ilością sody w 100 ccm. wody, co półtora do trzech godzin w czasie dnia i co cztery do pięć godzin w czasie nocy. Po przyjęciu leku zalecano zawsze pobieranie jakiegoś pożywienia. Djeta składała się przedewszystkiem z pokarmów mącznych i cukru. Czas trwania całego leczenia wahał się od paru dni do 67 dni.

U chorych gośćcowych, dotkniętych też cierpieniem serca, dawka dobowa salicylanu sodu wahała się od 4 do 20 gr. Całkowita ilość w czasie leczenia wynosiła do 728 gr. Sposób podawania leku nie różnił się od poprzednio opisanego. Czas leczenia wynosił od 10 do 84 dni. U chorych ze znacznem osłabieniem mięśnia sercowego stosowano 8 do 10 gr. na dobę. U 2 chorych z migotaniem przedsionków, stosowano dawkę 8 i 14 gr. na dobę.

Tolerancja chorych wobec dużych dawek salicylanu sodu była doskonała, o ile stosowano równocześnie podwójną dawkę sody. Z chwilą nie tylko odstawienia, ale nawet zmniejszenia dawki sody do dawki, równającej się dawce salicylanu sodu, występowały nudności i wymioty. Przy ponownem podwyższeniu dawki sody, bez zmniejszania dawki salicylanu sodu, objawy nietolerancji znikały. U chorych z białkomoczem, dawki do 18 gr. salicylanu sodu nie dawały żadnych objawów pogorszenia.

Przy tak wysokich dawkach salicylanu sodu chorzy, z ciężkimi nawet powikłaniami sercowymi, przeważnie nie wykazywali żadnych ujemnych objawów ze strony serca. Bardzo rzadko występowała tylko nierównomierność akcji serca, z powodu skurczów dodatkowych (arrhythmia extrasystolica). Oczywiście u chorych z niedomogą mięśnia sercowego stosowano równocześnie leki nasercowe i moczopędne.

Szum w uszach występował jedynie w stopniu słabym, powiększał się jednak znacznie, jeżeli obniżano dawkę sody.

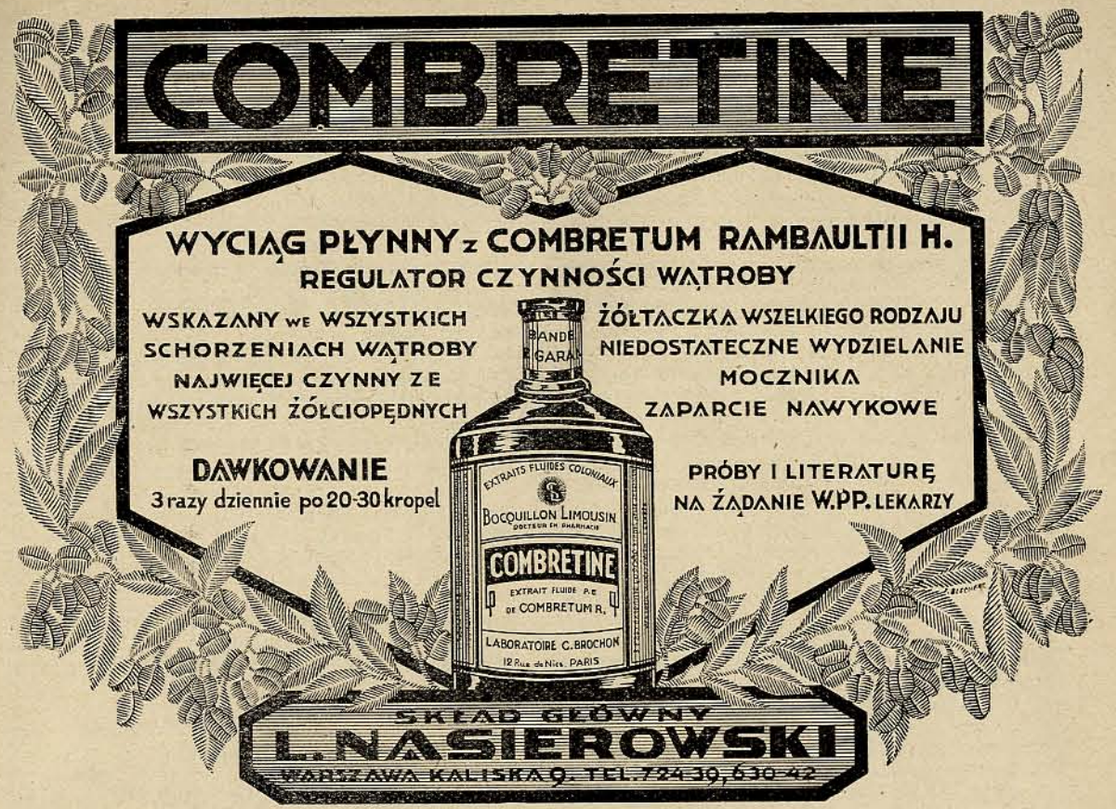
U dzieci stosowano dawki naogół mniejsze, wynoszące jednak 8 do 14 gr. salicylanu sodu na dobę, podczas gdy wiek tych dzieci wahał się od 5 do 12 lat. Dawka salicylanu sodu, w odniesieniu do wagi ciała, była zatem wyższa u dzieci, niż u ludzi dorosłych.

Autorowie podkreślają konieczność odpowiedniej djety oraz należyte rozcieńczanie podawanego salicylanu sodu. Nadto należy dbać starannie o wypróżnienia, aby uregulować wchłanianie się podawanego leku. Leżenie w łóżku jest niezbędnie konieczne nie tylko dla chorych stawów, ale też i dla oszczędzania serca.

Bliższe badania, zapomocą oznaczania pH krwi i moczu, oraz zasobu zasad we krwi, wykazały, że objawy nietolerancji wobec salicylanu sodu polegają na silnem zakwaszeniu ustroju i że odpowiednie alkalizowanie zapomocą podawania podwójnej dawki sody, zapobiega tym powikłaniom. Autorowie przytaczają obszerniejsze dane na poparcie powyższego twierdzenia. Co się tyczy pojawiania się ciał ketonowych w moczu, autorowie tylko raz jeden podobny przypadek stwierdzili.

Wyniki otrzymane zapomocą omawianego sposobu leczenia są tak dobre, że tylko bardzo wyjątkowo spotyka się przypadki, w których leczenie to nie daje spodziewanych wyników. Przypadki te jednak okazały się oporne także wobec innych sposobów leczenia.

Autorowie podkreślają z całym naciskiem, że wcześnie rozpoczęte i odpowiednio prowadzone leczenie ostrego gośćca stawowego, zapobiega powikłaniom sercowym, podczas gdy niedostateczne leczenie lub rozpoczęte późno, nie chroni przed tymi powikłaniami, które wówczas niemal zawsze występują. Sprawę występowania sercowych powikłań w gośćcu stawowym autorowie przedstawiają następująco: z pojawieniem się ostrego gośćca stawowego serce jest zawsze dotknięte powyższą sprawą od samego początku choroby. Objawy ze strony zastawek serca pojawiają się dopiero w drugim lub trzecim tygodniu choroby, aż zapalna sprawa na zastawkach posunie się dostatecznie daleko, by dać objawy kliniczne. Przy zmianach zastawkowych mięsień sercowy jest również zawsze dotknięty. Samo zapalenie mięśnia sercowego zdarza się nierównie częściej, aniżeli z jednoczesnymi zmianami na zastawkach. Zmiany w mięśniu sercowym są w gośćcu stawowym swoiste i polegają na wystąpieniu guzków



Aschoff'a. Schorzenie mięśnia sercowego objawia się klinicznie przeważnie dopiero po ustąpieniu ostrego napadu gośćca, jako wzmożona pobudliwość serca, tachycardia, arrhythmia, migotanie przedsionków, tętno naprzemienne i t. p. Autorowie sądzą, że odpowiednie leczenie pozwala zapobiec wystąpieniu cięższych powikłań ze strony mięśnia sercowego, o ile zmiany sercowe ograniczają się tylko do obrzęków i nacieczenia komórkowego. W późniejszych okresach, gdy te zmiany ulegają dalszej organizacji, nawet odpowiednio przeprowadzone leczenie salicylowe, nie może dać pożądanych wyników. Nie mniej jednak i w tych przypadkach zaleca się dalsze leczenie zapomocą salicylanu sodu, gdyż zarazek gośćca tkwi jeszcze w mięśniu sercowym i może być przyczyną dalszego rozwoju sprawy chorobowej. W tych to przypadkach, o ile początkowe leczenie było późno lub niedostatecznie przeprowadzone, autorowie zalecają podawanie kilku gr. salicylanu sodu dziennie, z odpowiednią dawką sody, w przeciągu kilku miesięcy, z czasowemi przerwami.

Wreszcie autorowie podkreślają, że salicylan sodu jest lekiem swoistym dla błon surowiczych i to nie tylko w cierpieniu natury gośćcowej. Także sprawy stawowe ostre, na tle anafilaktycznym, dają się skutecznie i szybko leczyć zapomocą salicylanu sodu.

W końcu swej pracy autorowie streszczają otrzymane wyniki, zalecając podany wyżej sposób leczenia i określając najwyższą dawkę dobową, dla postaci chorobowych średniego natężenia 15 gr. na dobę, dla postaci ciężkich 25 gr. na dobę (zawsze z podwójną dawką sody).

Padaczka u chorej sercowej czy padaczka sercowa. (Epilepsie chez une cardiaque ou épilepsie cardiaque). C. I. Urechia.

Soc. Méd. des Hôpit. Nr. 17. r. 1931.

Problem padaczki sercowej nie jest dotychczas rozwiązany; liczba przypadków, ogłoszonych dotąd jest niezbyt liczna a tłumaczenie ich wątpliwe, co skłania autora do podania poniższego przypadku.

Chora, lat 39, w dzieciństwie przebywała różyczkę, a później kilkakrotne zapalenie migdałków z wysoką gorączką. Perjody wystąpiły późno, były nie regularne i skąpe. Chora jest matką trojga dzieci i dotychczas czuła się zupełnie zdrową. Dopiero od dwuch lat odczuwa duszność po fizycznych wysiłkach a pod wieczór występują nawet lekkie obrzęki na dolnych kończynach. Po dwuch latach trwania tych objawów wystąpił w nocy napad padaczki, stwierdzony przez męża chorej. Po napadzie pojawiły się bóle głowy i uczucie zmęczenia. W pół roku później wystąpił drugi napad a ponadto wrażliwość chorej się wzmogła, wystąpiło drżenie dolnej szczęki i od czasu do czasu pojawiają się zwiastuny napadu padaczkowego pod postacią parestezji w okolicy serca oraz halucynacje świadome. Badanie wykazuje pewne objawy zwyrodnienia, bladość śluzówek, lekkie powiększenie tarczycy; w sercu stwierdza się typowe zwężenie lewego ujścia żylnego, które ma istnieć od dzieciństwa. Tętno jest niekiedy nierównomierne, inne narządy wewnętrzne bez zwian. z wyjątkiem nieco powiększonych migdałków. Od czasu do czasu pojawiają się objawy Chwostka i Wejssa, jednakowoż bez hypocalcaemji. Równowaga kwasowo-zasadowa jest zachowana, płyn mózgowo-rdzeniowy, dno oka i mocz bez zmian; ciśnienie krwi $^{15}/_{8}$; Wa krwi i płynu ujemny. W czasie obserwacji wystąpił raz napad tachycardji znacznego stopnia a następnej nocy wystąpił napad padaczki. Elektrokardiogram w pierwszem odprowadzeniu wykazał czasowo dodatkową falę między P. a T.

U tej chorej zatem, dotkniętej wadą serca, w ostatnim okresie czasu niewyrównaną, występowały zrzadka napady zupełnie typowej padaczki a nadto można było stwierdzić poronną tężyczkę, raz zaś napad tachycardii i extrasystolii. Wszelkie badania w celu wykrycia przyczyny padaczki pozostały bez skutku. Wbrew zdaniu *Huchard'a*, który w tych przypadkach uważa sprawę sercową i padaczkę za choroby od siebie niezależne, autor sądzi, że chodzi tu o padaczkę sercową. Jako tłumaczenie powstawania padaczki należy przyjąć, że napadowe zaburzenia krążenia, wywołane występowaniem częstoskurczu w sercu, dotkniętem wadą są przyczyną niedokrwienia mózgu a to z kolei wywołuje padaczkę u chorej, dotkniętej niewątpliwie predyspozycją do spasmofilji.

Śmiertelny przypadek ciężkiej hemofilji. (Sur un cas mortel de grande hémophilie). K. Achard, M. Bariéty, G. Desbuquois i Cachera.

Soc. Méd. des Hôpit. Nr. 17. r. 1931

Zastosowanie przetaczania krwi w przypadkach hemofilji zmieniło na korzyść jej rokowanie do tego stopnia, że *P. E. Weil* twierdzi, iż żaden chory na hemofilję nie powinien w przyszłości umierać. Zdarzają się jednak przypadki tak ciężkie, jak niżej opisany, w którym mimo kilkakrotnych przetaczań krwi, nastąpiła śmierć.

Chory lat 16-tu cierpiał już od dzieciństwa na hemofilję. Jeden z jego braci zmarł na krwiomocz wskutek hemofilji, drugi brat chorego jest zdrów; wywiady rodzinne nie wykazały więcej przypadków hemofilji.

Chory poraz pierwszy zgłosił się do kliniki z powodu wylewu krwawego do kolanowego stawu. Badania fizykalne, jakoteż badanie moczu nie wykazało żadnych zmian. Badanie krwi wykazało niedokrewność (3,720,000), oraz znaczną mononukleozę, przy prawidłowej ilości białych ciałek. Czas krwawienia wynosił 20 minut, objaw opaskowy dodatni, czas krzepnienia 5 godzin. W tym przypadku zatem hemofilja była powikłana równoczesną hemogenją. Chorego leczono zapomocą podskórnych wstrzykiwań surowicy przeciwbłonicznej, 20 ccm, co drugi dzień. Po trzech tygodniach leczenia wystąpił obfity krwiomocz, który pod wpływem chlorku wapnia per os, oraz surowicy przeciwbłonicznej podskórnie ustąpił. Po pewnym czasie wystąpiły objawy pokrzywki, jako wyraz anafilaksji. U chorego rozpoczęto leczenie odczulające względem surowicy przeciwbłonicznej, które musiano jednak przerwać wobec wypisania się chorego z kliniki na własne żądanie. W chwili wypisania żadnych krwiotoków nie było, czas krwawienia wynosił 7 godzin. Ilość wapnia we krwi prawidłowa.

Po pięciu miesiącach chorego przywieziono w bardzo ciężkim stanie, z powodu silnego i uporczywego krwiotoku z małej rany na lewym łokciu. Ciepłota ciała była podwyższona. Czas krwawie-

PHOSPHACID

Dr. ROMANOWSKIEGO

Wodnoglicerynowy roztwór niedotlenków wapniowo-fosforowych i fosforu mineralnego w stanie koloidalnym.

DZIAŁANIE: — Dzięki swej niezakończonej budowie chemicznej PHOSPHACID oddziaływuje energicznie w drodze chemo biologicznej na odbudowę i uzdrowienie drobin protoplazmatycznych i jąder komórek.

WSKAZANIA

ANEMJA,
REKONWALESCENCJA.
KRZYWICA,
NEURASTENJA,
CUKRZYCA,
GRUŹLICA: chirurgiczna, płucna, gruczołowa, skóry.

W sprzedaży: Pudełka po 6 amp. i po 12 amp, á 1 ccm.
„ „ 6 „ „ 12 „ á 2 ccm.

Stosuje się w postaci wstrzykiwań podskórnych lub śródmięśniowych.

NIEZAWODNE LEKI KRĘTKOBÓJCZE

W KILE, DURACH I ZIMNICY

do stosowania śródmięśniowo:

„QUINBY SOLUBLE"

WODNY ROZTWÓR

JODO - BIZMUTANU - CHININY

Bezbarwny, nie plami, nie tłuści, nie drażni

„Q U I N B Y"

JODO - BIZMUTAN - CHININY

W ZAWIESINIE OLEISTEJ.

L. NASIEROWSKI Warszawa, Kaliska 9.
tel. 724-39 i 630-42.

nia wynosił 3 i ½ minuty, czas krzepienia 10 godzin, znaczna niedokrwistość (2,120,000 ciałek czerwonych i 60% hemeglobiny), nadto leukocytoza neutrofilna. Choremu wstrzyknięto natychmiast podskórnie 30 ccm surowicy przeciwbłonicznej, po uprzedniem odczuleniu zapomocą metody Besredki. Ponieważ do następnego dnia krwiotok nie ustąpił, przeto niewielka ta rana została opatrzona przez chirurga. Mimo to krwiotok trwał nadal, ciepłota ciała wynosiła 39,8°, a stan chorego wydawał się beznadziejny. Dopiero w tym czasie rodzina zgodziła się na przetaczanie krwi, a za krwiodawcę ofiarował się starszy, zdrowy brat. Dokonano przetoczenia 300 ccm krwi; w ciągu następnych paru godzin krwiotok ustąpił, lecz w nocy ponowił się. Następnego dnia przetoczono ponownie 300 ccm krwi, a po upływie dalszych 4 dni przetoczono 350 ccm. Po paru dniach ciepłota ciała opadła do stanu prawidłowego a rana prawie, że się zagoiła. W trzy tygodnie później gorączka znowu się pojawiła, prawdopodobnie wskutektek bardzo niewielkiej ilości ropy w prawie zagojonej ranie. Mimo chirurgicznego opatrzenia rany i kilkakrotnych przetaczań krwi (w sumie 1 litr) chory zmarł, z powodu obfitych krwotoków z omawianej rany.

Autorowie podkreślają, że niezwykle ciężki obraz hemofilji był wywołany powikłaniem zespołu hemogenicznego. Z tej też przyczyny surowica przeciwbłoniczna nie dała tak świetnych rezultatów, jak to zazwyczaj bywa, Także z powodu hemogenji wystąpiły objawy anafilaktyczne. Następnie autorowie zastanawiają się dlaczego przetaczanie krwi, które dało tak świetne wyniki z początku leczenia, pozostało zupełnie bezskuteczne pod koniec życia chorego. Jako tłumaczenie podają powstanie t. zw. hemotrypsji. Pod tą nazwą *Chevalier* (w r. 1924) a następnie *Clerc* a później *P. E. Weil*, rozumieją szczególny stan krwiotoczny, występujący zwłaszcza w hemogenji. Stan ten charakteryzuje się krwiotokami, niedającemi się zahamować i powstaje po upływie dłuższego lub krótszego czasu wylęgania, a wywołany jest przez wystąpienie pierwszego krwiotoku.

Leczenie krwiopluć gruźliczych. (Traitement des hémoptysies tuberculeuses). G. Caussade i A. Tardieu.

Revue de méd. Nr. 4. r. 1931.

W leczeniu krwiopluć i płucnych krwiotoków gruźliczych należy pamiętać, że zależą one zawsze od uszkodzenia naczynia rozmaitej wielkości i to bez względu na postać anatomiczną i kliniczną gruźlicy.

Jeżeli chodzi o pęknięcie tętniaka Rasmussena, patogeneza krwioplucia jest jasna. Natomiast istnieją różne zapatrywania w odniesieniu do krwioplucia w innych przypadkach. Autorowie podkreślają, że w niniejszym artykule nie dotykają zupełnie sprawy krwawego zabarwienia plwociny w obrzęku płuc, natomiast starają się wykazać, że w gruźlicy wszystkie krwioplucia i krwiotoki polegają tylko na pęknięciu lub przedarciu ściany naczyń krwionośnych. Szczególniej zaś sądzą, że samo przekrwienie, jako takie, nie daje krwioplucia. Autorowie przytaczają dowody z patologji ogólnej, że nie spotykamy krwiotoków przy najsilniejszym nawet obrzęku i przekrwieniu śluzowej błony nosa, chyba że nastąpi przedarcie naczyń. Podobnie też i w obrzęku płuc, gdy ciśnienie krwi i przekrwienie w płucach dochodzi do znacznego stopnia, nie spotykamy krwioplucia, co najwyżej tylko lekkie podbarwienie plwociny. Dawni anatomo-patologowie przyjmowali istnienie krwawienia, jako proces zwykłej transsudacji poprzez ściany naczyń włosowatych. W istocie rzeczy żadne warunki krążeniowe, ani też uszkodzenia naczyń, poza ich przedarciem, nie dają krwiotoków, w prawdziwem słowa tego znaczeniu.

Badania *Pissavy'ego* i *Saidmann'a* na płucach świeżo zabitych owiec wykazały, że wzmożenie ciśnienia w krążeniu płucnem, przekraczające dziesięciokrotnie ciśnienie prawidłowe, nie daje ani przedarcia naczyń, ani przesiękania poprzez ich ściany. Ponieważ zaś żaden stan patologiczny nie doprowadza do dziesięciokrotnego zwiększenia ciśnienia, przeto należy przyjąć, że samo wzmożenie ciśnienia nie może doprowadzić do krwiotoków. Natomiast autorowie ci wykazali, że płuca owcze, poddane procesowi pośmiertnego rozkładu w przeciągu 24 godzin, wykazują naczynia, ulegające łatwo przedarciu pod wpływem ciśnienia wewnątrz nich przekraczającego niespełna czterokrotnie ciśnienie prawidłowe.

Badania anatomo-patologiczne wykazują, że w gruźlicy włóknistej tkanka włóknista jest bogato unaczyniona, przyczem te naczynia są przeważnie uszkodzone, bądźto przez proces serowacenia, bądź też przez sam proces włóknisty (prace *Saidmann'a* z pracowni *Letulle'a)*. Zmiany naczyniowe i bogate ukrwienie w częściach marskich płuc wykazał także M. P. *Weil*. Ciekawe pod tym względem obrazy anatomo-patologiczne przedstawia i sam *Letulle* oraz inni badacze.

Autorowie poruszają także sprawę krwiopluć w przebiegu zwężenia ujścia żylnego lewego. Te krwioplucia zauważył, jako jeden z pierwszych, Trousseau, który je odnosił do przekrwienia płuc i wzmożonego ciśnienia w krążeniu małem. Badania ostatniej doby, przeprowadzone między innymi także i przez autorów, wykazują, że w powyższem cierpieniu, wbrew dotychczasowemu mniemaniu, gruźlica płuc może istnieć, a co zatem idzie, wywoływać krwiotoki. Wiadomo też, że w zwężeniu lewego ujścia żylnego mamy do czynienia ze zmianami (miażdżycowemi), w tętnicy płucnej i jej rozgałęzieniach, które mogą usposabiać do pękania naczyń i do krwiotoków.

Leczenie.

Wobec jednolitej, według autorów, patogenezy krwiopluć gruźliczych, autorowie dzielą je jedynie na postaci lekkie i ciężkie.

A. Leczenie postaci lekkich.

Nawet w postaciach lekkiego krwioplucia wskazany jest zupełny spokój chorego, t. j. leżenie w łóżku, w pozycji siedzącej. Odżywienie powinno być płynne, lekko strawne, o letniej ciepłocie i w małych dawkach; należy unikać zimnych płynów. Dla uśmierzenia kaszlu i podniecenia psychicznego autorowie stosują małe dawki morfiny, dawane dwa do trzech razy i nie przekraczające dobowej dawki 2 ctgr. Autorowie nie podzielają obaw, wypowiadanych co do szkodliwości morfiny, która znosząc kaszel i upośledzając oddychanie, może się przyczyniać do zalegania krwi i wydzieliny w oskrzelach. Doświadczenie kliniczne temu zaprzecza a ewentualnie rozszerzanie się

CRYPTARGOL LUMIÈRE

SÓI SREBROWA SIARCZANU SODOWEGO TIOGLICERYDU

OVULES, SOLUTION

Do użytku zewnętrznego

W GINEKOLOGJI, UROLOGJI, WENEROLOGJI I CHIRURGJI.

ZALETY:

Wyjątkowo silne działanie **bakterjobójcze** (35% Ag). Wybitne dzlałanie **kieratoplastyczne i zmniejszające przekrwienie. Nie wywołuje podrażnienia** błon śluzowych i skóry. **Nie psuje się** pod wpływem powietrza i światła. **Nie plami** skóry, ani bielizny.

A) **CRYPTARGOL OVULES,** gałki dopochwowe z ustalonej gliceryny (0,25 cryptargol'u w jednej gałce). Działanie wybitnie przeciwgnilne, przeciwzapalne i kieratoplastyczne; nie plamią ani skóry, ani bielizny.

WSKAZANIA:

Nadżerki pochwy, szyjki macicy. Zapalenia macicy, jajowodów, jajników. Owrzodzenia (gruźlica). Upławy (flour albus). Co 2 — 3 dni po 1 gałce.

B) **CRYPTARGOL SOLUTION** stężony rozczyn do przemywań.

WSKAZANIA:

1. Do **przemywań pochwy** rozczyn 1:1000 do 5:1000
2. Do **przemywań pęcherza** rozczyn 1:1000 do 5:1000 w ilości 500 ccm. do 1000 ccm.,
3. w **ostrych zapaleniach pęcherza** moczowego (wkraplanie 20 — 30 kropel rozczynu 1:100),
4. W **leczeniu rzeżączkowego zapalenia** cewki moczowej:
   a) w zapaleniu tylnej części—przemywania rozczynem 1:1000 do 5:1000,
   b) w zapaleniu części przedniej: 2—3 razy dziennie po 3 przestrzykiwania rozczynem 1:100 do 5:100 pierwsze przy otwartej cewce moczowej, drugie i trzecie należy przetrzymać przez 5 minut,
5. Do przemywania ran owrzodzeń w **CHIRURGJI, DERMATOLOGJI** rozczyn 1:1000 do 5:1000.

Skład główny L. Nasierowski Kaliska 9, Warszawa

sprawy chorobowej po krwiotokach jest wywołane samym procesem chorobowym, a nie rozrostem drobnoustrojów i prątków gruźliczych przez zaleganie w drogach oddechowych. Aby obniżyć ciśnienie i zmniejszyć dopływ krwi do płuc, *Guinard* zaleca wdychiwanie amylum nitrosum. Autorowie polecają roztwór trinitryny (np. R. extr. thebaici 0.20 + sol. alcool. trinitrini 1 : 100... XXX gt. + Aq. dest. 10.0 MDS. XV. kropli w łyżce wody. Po 2 godzinach można powtórzyć).

B. Leczenie obfitych krwiotoków ciągłych i przerywanych.

1. Jednym z najdzielniejszych środków, hamujących płucne krwiotoki jest ucisk płuca, wywołany zapomocą odmy sztucznej. Ten sposób leczenia nieraz jest jednak trudny albo i wprost niemożliwy do przeprowadzenia, ze względu na częstą niemożność ustalenia, które płuco krwawi, następnie ,ze względu na obecność zrostów, nieprzerywanego kaszlu i t. p.

2. Z innych leków stosuje się środki rozszerzające naczynia, a zatem obniżające ciśnienie krwi. Obok amylum nitrosum, względnie trinitryny, o czem była mowa wyżej, często stosujemy emetynę. Zdania co do działania emetyny są bardzo podzielone, zdolność wzmagania krzepliwości krwi, przypisywana emetynie, zdaje się być bardzo wątpliwą. W doświadczeniach, obniżenie obwodowego ciśnienia krwi występuje dopiero po dawkach większych a wywołane jest nie tylko przez rozszerzenie naczyń krwionośnych, ale także i przez wpływ emetyny na serce w kierunku osłabienia pracy serca. Obniżenie ciśnienia krwi w krążeniu małem występuje w doświadczeniu nie stale i tylko po dużych dawkach. Zbierając, autorowie sądzą, że działanie tych środków może wprawdzie, przez rozszerzenie naczyń obwodowych, zmniejszyć dopływ krwi do serca prawego i do krążenia małego, działanie to jednak niewątpliwie nie wystarcza do zatrzymania ciężkich krwiotoków płucnych .

3. Z leków, zwiększających krzepliwość krwi, należy przedewszystkiem wymienić wyciąg z tylnego płatu przysadki mózgowej, który w roku 1913. *Rist* wprowadził do lecznictwa krwiotoków płucnych. Wstrzykiwania powinny być dożylne, w odpowiedniem rozcieńczeniu, wstrzykiwać należy bardzo wolno, w przeciągu 5-ciu minut. Nie należy stosować wyciągów z całej przysadki mózgowej, gdyż te wywołują objawy wstrząsu. W razie potrzeby można z całą ostrożnością ponawiać wstrzykiwania tego leku. Poza wstrzykiwaniami wyciągu tylnego płatu przysadki mózgowej, można zalecić wstrzykiwania surowicy Dufour'a i Le Hello. Jest to surowica królicza, pobrana w okresie biernej anafilaksji tego zwierzęcia. Surowica ta znajduje się w handlu pod nazwą: anthema. W zastosowaniu, dla uniknięcia wstrząsu anafilaktycznego, należy wstrzyknąć choremu 1 do 2 ccm podskórnie, a dopiero po upływie 6-ciu do 10-ciu godzin, należy wprowadzić podskórnie całą dawkę leczniczą, t. j. 10 do 30 ccm. Stosowanie przysadki mózgowej nie przedstawia przeciwwskazania do stosowania powyższej surowicy, przeciwnie nawet, w ciężkich przypadkach, oba te leki należy równocześnie stosować. Inne środki, wzmagające krzepliwość krwi, jak chlorek wapnia i pektyna, posiadają daleko mniejsze znaczenie.

Na końcu swej pracy autorowie zwracają uwagę na niezbyt obfite krwiotoki gruźlicze, dochodzące czasem zaledwie do kilku ccm, które w ciągu paru godzin, lub nawet krócej mogą spowodować śmierć. Te przypadki na szczęście są bardzo rzadkie, a przyczyną śmierci jest niewyjaśniona, być może, że wywołuje ją nagłe osłabienie serca. Leczenie polega jedynie na wspomaganiu krążenia, przyczem chory powinien pozostawać w pozycji leżącej.

Wreszcie autorowie podają parę uwag na temat krwiotoków, występujących w czasie odmy sztucznej.

Przyczyny tych krwiotoków mogą być wielorakie. Krwawić może płuco nieuciśnięte, wskutek nagłego przemieszczenia dużej masy krwi i równoczesnego procesu chorobowego; może też jednak krwawić i płuco uciśnięte, wskutek przedarcia, nawet nieznacznego, zrostu opłucnowego dub skutkiem zbyt brutalnie wykonanego zabiegu albo też znacznej ruchomości i podatności śródpiersia i t. p. W leczeniu krwiotoków występujących z płuca nieuciśniętego należy przedewszystkiem zaprzestać dalszego zakładania odmy sztucznej. W razie krwiotoków z powodu przedarcia zrostu opłucnowego. leczenie odmą można nadal stosować, lecz bardzo ostrożnie, po dokładnem badaniu rentgenologicznem, nakłuwając w innem miejscu klatkę piersiową i wpuszczając tylko niewielkie ilości gazu. W razie krwiotoków, wywołanych zbyt dużem ciśnieniem gazu w jamie opłucnej lub też zbyt szybkiem wchłanianiem się gazu, należy w pierwszym wypadku zastosować zupełny spokój chorego, pozostawiając odme; w drugim zaś należy odmę dopełnić. O ile krwiotoki występują skutkiem zbytniej ruchomości śródpiersia i skręcenia dużych pni żylnych, wówczas należy wypuścić nieco gazu pod kontrolą promieni Roentgena i należy odmę stosować z całą ostrożnością. W przypadkach odmy opłucnowej, w których krwioplucia bardzo często się powtarzają, musimy uwzględnić szereg różnych przyczyn. Np. należy zaprzestać zakładania odmy tam, gdzie krwiotoki powstają wskutek pękania kruchych naczyń krwionośnych w gruźlicy włóknistej. Natomiast można zachować leczenie odmą, o ile krwiotoki występują u osobników z nadciśnieniem żylnem, z powiększeniem serca prawego i powiększeniem wątroby; w tych przypadkach jednak należy nadto stosować środki sercowe, moczopędne i upusty krwi. W przypadkach uporczywych krwiotoków trzeba też myśleć o skazie krwiotocznej i w razie jej stwierdzenia, uwzględnić ten czynnik patogenetyczny.

W razie płucnych krwiotoków po wyrwaniu nerwu przeponowego, obok leczenia środkami wewnętrznymi, można ewentualnie stosować odmę opłucnową, której skuteczność autorowie poddają w wątpliwość.

Rozdzielenie etjologicznego zespołu alkoholizmu i kiły w rozpoznaniu pewnych hepatomegalji. (Dissociation du complexe étiologique alcoolisme et syphilis dans le déterminisme de certaines hépatomégalies). M. Creyx.

Soc. Méd. des Hôpit. Nr. 16. r. 1931.

Autor podkreśla niezbędność dokładnych wywiadów i badań dodatkowych w przypadkach hepatomegalji, nawet wówczas gdy obraz chorobowy wydaje się zupełnie jasny. Na dowód powyższego autor przytacza historje choroby chorej lat 51, która zgłosiła się z powodu zaburzeń ze strony przewodu pokarmowego, krwiotoków z nosa, krwiotoków macicznych oraz krwawych wybroczyn na skórze. Dokładne wywiady pozwoliły na stwierdzenie istnienia alkoholizmu. Badanie fizykalne wykazało zabarwienie skóry prawidłowe (oprócz wybroczyn, wywołanych nieznacznymi urazami), narząd oddechowy i krążenia bez zmian, brzuch wysklepiony, wątroba bardzo duża, śledziona niepowiększona, brak wodobrzusza i krążenia ubocznego, brak obrzęków, powiększeń gruczołów i t. p. W moczu ze składników patogenetycznych tylko ślad urobiliny. We krwi niedokrewność (3,360,000 krwinek, 80% hemoglobiny i względna limfocytoza), czas krwawienia 2 i ½ minuty, czas krzepnienia 26 minut.

Wpowyższym przypadku obraz chorobowy odpowiadał zupełnie marskości wątroby przerostowej typu *Hanot i Gilbert'a*. Mimo to u chorej dokonano prowokacji zapomocą wstrzyknięcia 2 ctgr benzoesanu rtęci, poczem odczyn Bordet-Wassermanna we krwi wystąpił wybitnie dodatnio. Odpowiednie leczenie przeciwkiłowe sprowadziło znaczne polepszenie ogólne stanu zdrowia a wątroba zmniejszyła się prawie do normalnego stanu. W powyższym przypadku, mimo wszelkie pozory sprawy chorobowej na tle alkoholizmu, etjologicznie,, na plan pierwszy wybija się zakażenie kiłowe.

Z. Gorecki.

CHIRURGJA

Wskazówki lecznicze w przypadkach przewlekłego zapalenia stawów typu „Les arthrites". (Orientations thérapeutiques dans le rhumatisme chronique, Les arthrites). Coste, Forestier i Lacapère.

La Presse Méd. Nr. 35, maj 1931 r.

Autorowie dzielą wszystkie przypadki tak zwanego przewlekłego gośćca stawowego (nazwa niewłaściwa i kwalifikująca się do zupełnego zarzucenia) na dwie zasadnicze grupy: a) grupę zapalną (arthrites) i b) grupę zwyrodnieniową (arthroses), opartą w swej etjologji na czynnikach zużycia, zestarzenia się, czynnikach odżywczych.

W pracy niniejszej uwzględniają autorowie wyłącznie leczenie przypadków grupy pierwszej, zapalnej (arthrites).

W okresie zaostrzenia. W pierwszym rzędzie należy zwrócić uwagę na ewentualne ogólne tło zakaźne (kiła, rzeżączka, gruźlica, ostry gościec stawowy) i na przypuszczalny punkt wyjścia zakażenia, jak migdałki, próchnicowe zęby, zakażone zatoki kości twarzy, przewód pokarmowy i moczowy i t. p.

Co do schorzenia samych stawów, to na pierwszem miejscu należy postawić pewne środki natury ogólnej, jak środki ogólnie wzmacniające i przeciwko niedokrwistości, szczepienia lecznicze, proteinoterapję, środki chemiczne i, wreszcie, wyciągi z gruczołów dokrewnych (tarczyca, przytarczyce i jajniki).

I. Szczepionki i proteinoterapja. Stosowanie szczepionek wywiera działanie swoiste, uodporniające wyłącznie w tych przypadkach, w których udało się stwierdzić tożsamość drobnoustrojów, które wywołały dane schorzenie stawów, z drobnoustrojami, zawartemi w szczepionce. We wszystkich innych przypadkach działanie szczepionek polega prawie wyłącznie na proteinoterapji. W przypadkach o etjologji gruźliczej dodatnie wyniki spostrzegano po stosowaniu różnego rodzaju wyciągów z prątków Kocha (antigène méthylique, allergine Jousset'a, tuberkulina), często kosztem silnego odczynu miejscowego i ogólnego. W zapaleniu stawów rzeżączkowem szczególnie dobre wyniki daje wstrzykiwanie szczepionek do samych ognisk chorobowych (stawów), lub też w miejscu wrót pierwotnego zakażenia ustroju. Zresztą autorowie otrzymywali bardzo dobre wyniki i po stosowaniu podskórnem szczepionek. Naogół można powiedzieć, że w rzeżączce stawów wynik leczniczy za-

FRANCUSKIE WODY MINERALNE

Zwracać uwagę na znak ochronny

Zwracać uwagę na znak ochronny

VITTEL

GRANDE SOURCE

Działa leczniczo na **NERKI**

Podagra-dna. Piasek moczowy (Kamienie nerkowe) Artretyzm.

SOURCE HÉPAR

Obfitość leczniczych składników mineralnych

Działa leczniczo na **WĄTROBĘ**

Kamienie żółciowe

Obstrukcja

Niedomoga Wątroby.

Sezon od 20 Maja — 25 Września.

NOWOCZESNY ZAKŁAD WODOLECZNICZY.

stosowania szczepionek swoistych jest w prostym stosunku do nasilenia odczynu miejscowego i ogólnego.

Proteinoterapja (la thérapeutique de choc, Reiztherapie), znajduje bardzo rozległe zastosowanie w przewlekłych zapaleniach stawów, a pewną trudność może tutaj stanowić tylko wybór z całego szeregu zalecanych i reklamowanych preparatów takiego, któryby w swem działaniu nie okazał się ani zbyt mocnym, ani zbyt słabym. Do zakresu proteinoterapji odnieśćby należało również stosowanie doskórne kutiwakcyny Ponndorfa (tuberkulina z wyciągiem prątków Kocha i innych drobnoustrojów chorobotwórczych), po której widywano w dużej odsetce znaczną poprawę, aż do wyleczenia wogóle, bez względu zresztą na etjologję cierpienia. Szczepionka Ponndorfa jest przeciwskazana w przypadkach gruźlicy płuc aktualnej lub zagojonej.

II. Środki chemiczne. Poza leczeniem swoistem przeciwkiłowem (sulfarsenol), w przypadkach kiły nabytej i wrodzonej, inne środki natury chemicznej są tutaj mniej pewne w swem działaniu; stosuje się: metale w stanie kolloidalnym (srebro, złoto), urotropinę, salol, salicylan sodu, trypaflawinę i gonakrynę (w rzeżączce), jod, siarkę.

III. Wyciągi gruczołowe. Stosowanie wyciągów z tarczycy, przytarczyc i jajników może liczyć na wyniki wyraźne tylko w tych przypadkach, w których ma miejsce rzeczywiście niedomoga powyższych gruczołów wewnętrznego wydzielania. Ale i w tych przypadkach na pierwszem miejscu postawić należy stosowanie szczepionek i proteinoterapję.

IV. Leczenie miejscowe. Poza wstrzykiwaniem do chorych stawów szczepionek i różnych środków chemicznych (lipjodol, roztwór pepsyny, allokryzyna i inne), należy zwrócić uwagę na niezbyt długie unieruchomienie stawów, zmienionych zapalnie, i wczesne ich uruchamianie, ze względu na dużą tendencję do zesztywnienia. Ze środków fizykalnych znaczną poprawę przynoszą — stosowanie ciepła (okłady, gorące promienie, diatermja) i naświetlania rentgenowskie.

W okresie przycichania procesu zapalnego w stawach. W stanach całkowitej i trwałej remisji wskazane będzie wyłącznie stosowanie środków fizykalnych (elektryzacja mięśni, jonizacja, heljoterapja, kąpiele siarkowe) i mechanoterapja. W razie zupełnego wygaśnięcia w stawach procesu zapalnego (klinicznie i biologicznie) wszelkie leczenie szczepionkami, środkami chemicznemi i proteinoterapja stają się zbędne.

Wyniki najnowszych doświadczeń nad zmianami chemicznemi płynów tkankowych w przebiegu ostrej niedrożności jelit. (Le syndrome humoral de l'occlusion intestinale - nouvelle étude expérimentale). Gosset, Binet, Codounis i Petit-Dutaillis.

La Presse Méd. Nr. 47, czerwiec 1931.

Na zejście śmiertelne wskutek ostrej niedrożności jelitowej składają się zasadniczo dwa czynniki: 1) sterkoremja to jest zatrucie ustroju treścią jelitową, która zostaje wchłonięta przez zmieniony drobnowidzowo nabłonek śluzówki (w warunkach prawidłowych dla treści tej, w jej postaci trującej, nieprzepuszczalny) — objawy sterkoremji występują na pierwszy plan w niedrożnościach oniskiem umiejscowieniu; i 2) spadek stężenia chlorków we krwi, wywołany przez uporczywe wymioty i zaleganie treści jelitowej, powyżej przeszkody — właściwy, niedrożnościom, umiejscowionym wysoko. Jasnem jest przeto, że wstrzykiwanie dożylne w celach leczniczych stężonych (10—20%) roztworów chlorku sodu największe swoje działanie okaże w przypadkach wysokiej niedrożności, jakkolwiek z korzyścią będzie i w przypadkach niedrożności o niskiem umiejscowieniu.

W pracy niniejszej autorowie zajmują się wynikami doświadczeń na psach, u których wywołano sztucznie mechaniczną niedrożność jelitową i następnie przeprowadzono rozbiór chemiczny surowicy krwi, mający na celu określenie ilościowe zawartości chloru, sodu, azotu bezbiałkowego, białek i tłuszczu.

Okazało się, że zawartość chloru w surowicy we wszystkich przypadkach (przeszkoda mechaniczna w odległości 15 — 118 cm od odźwiernika) spadła znacznie, z 4,8 — 3,5 g na 2,8 — 2 g. Sód w tym samym czasie obniża się również, ale w znacznie mniejszym stopniu tak, że stosunek Na: Cl zmienia się wyraźnie na korzyść sodu. Równolegle do spadku chloru w surowicy wzrasta stężenie azotu bezbiałkowego, a mianowicie do 1,40 — 2,40 g na litr (norma = 0,39); w przypadkach maksymalnego obniżenia zawartości chloru w surowicy znajdujemy największe liczby dla stężenia azotu bezbiałkowego. Zawartość białka i tłuszczu w surowicy wzrasta również, przyczem z białek największy przyrost osiągają globuliny.

Poziom cukru podnosi się także, ale nieznacznie.

Wszystkie zmiany powyższe w składzie chemicznym surowicy krwi nasilają się w miarę pogarszania się stanu ogólnego i cofają się względnie ustępują zupełnie — w razie przywrócenia prawidłowej drożności przewodu pokarmowego.

Mechanizm powstawania żółtaczki w niedrożnościach mechanicznych przewodu żółciowego wspólnego. (Le mécanisme de l'ictère dans l'obstruction du canal cholédoque). Chabrol, Maximin i Busson.

La Presse Méd. Nr. 48, czerwiec 1931.

Wostatnich latach różni autorowie *(Haberland, Garnier i Prieur)*, zaczęli występować przeciwko dawnej teorji, że do wywołania żółtaczki, wystarcza zatkanie względnie podwiązanie przewodu żółciowego wspólnego, twierdząc ze swej strony, że główną przyczyną żółtaczki bywa tutaj zakażenie dróg żółciowych. Na poparcie swojej tezy przytaczają fakty doświadczalne i kliniczne. Po podwiązaniu przewodu żółciowego wspólnego żółtaczka u kotów rozwija się bardzo rzadko, u świnek morskich — bardzo późno, u psów zaś — niestale. W przypadku kamicy przewodu wspólnego w 5—20% wszystkich przypadków żółtaczki nie bywa wcale pomimo to, że kamienie zdawałoby się całkowicie zamykają światło przewodu. „Podwiązanie przewodu żółciowego wspólnego sprowadza tylko niewielką i przejściową hyperbilirubinemję, bez żółtaczki; żółtaczka zjawia się dopiero wówczas, gdy do tego czynnika mechanicznego przyłączy się czynnik zakaźno-toksyczny...".

Autorowie pracy niniejszej, w celu wyjaśnienia powyższego zagadnienia przeprowadzili szereg doświadczeń na psach, polegających na podwiązaniu w warunkach jałowych jednocześnie i przewodu żółciowego wspólnego, i pęcherzykowego — dla wyłączenia pęcherzyka żółciowego.

We wnioskach swych ostatecznych przechylają się zdecydowanie na stronę dawnej czysto mechanicznej teorji powstawania żółtaczki w przebiegu zatkania przewodu wspólnego, a wbrew poglądom, przypisującym tutaj główną rolę zakażeniu.

Po operacji podwiązania przewodu wspólnego i pęcherzykowego u szeregu psów badano następnie co godzinę krew tętniczą na zawartość bilirubiny, i okazało się, że hyperbilirubinemja występuje bardzo wcześnie, bo już w końcu pierwszej godziny, i nasila się stopniowo w ciągu następnych godzin. W innej serji doświadczeń tego rodzaju, w celu wyjaśnienia dalszych następstw podwiązania przewodu wspólnego, badano krew i mocz co dwa, a następnie co 4 dni. Po dwunastu godzinach od operacji zawartość bilirubiny w litrze krwi wynosiła 0,025 grama, po 24 godzinach — 0,1 grama, po 2 dniach — 0,2 grama (ujawnia się żółtaczka), po 3 dniach — 0,4 grama, po 8 dniach — 0,5 grama na litr krwi.

Jasnem jest przeto, że żółtaczka w przebiegu niedrożności przewodu wspólnego jest wywołana przedewszystkiem przez czynnik natury mechanicznej, gdyż już w pierwszych godzinach hyperbilirubinemja osiąga znaczną liczbę, to jest w czasie, kiedy zakażenie bezwzględnie nie mogło się jeszcze rozwinąć. Jakkolwiek trzeba przyznać, że w dalszym przebiegu choroby czynnik zakaźno-toksyczny i będąca następstwem zatkania przewodu wspólnego niedomoga wątroby w rozwijaniu się i nasilaniu żółtaczki grają rolę niemałą.

Nowsze sposoby leczenia wewnętrznego wrzodów żołądka i dwunastnicy. (Quelques nouveaux traitements des ulcères gastriques). Plichet.

La Presse Méd. Nr. 48, czerwiec 1931.

Niema prawie roku, żeby nie lansowano jakiegoś nowego środka dietetyczno - farmakologicznego, któryby umożliwił wyleczenie wrzodu żołądka lub dwunastnicy bez operacji. Większość tych środków okazuje się bluff'em i świat lekarski szybko przechodzi nad niemi do porządku dziennego. Niektóre z nich, jednakże, zasługują na głębszą uwagę i uwzględnienie w lecznictwie chociażby dlatego, że nie znamy dotychczas środka wewnętrznego, któryby w sposób zupełnie pewny zabezpieczał wyleczenie wrzodu żołądka i dwunastnicy. Do tego ostatniego rodzaju środków należą: 1) dieta Jarowstky'ego (białko jaja kurzego i masło, 2) proteinoterapja, 3) podawanie witamin i 4) leczenie wyciągami z przytarczyc.

I. Stosowane dotychczas szeroko leczenie leżeniem w łóżku, dietą mleczną i podawaniem zasad i środków osłaniających śluzówkę żołądka (bizmut, talk, kaolina i t. p.) ma tak liczne wady, że zostaje naogół zarzucane. Dieta Sippy'ego nawet w Stanach Zjednocz. Am. P. już tylko niewielu liczy zwolenników. Podawanie dużych ilości zasad sprowadza w niektórych przypadkach ciężkie nieraz objawy alkalozy, co zaś do podawania mleka— to jest to pokarm zasadniczo niewłaściwy dla chorych na wrzód żołądka, ponieważ zalega długo w żołądku i wyraźnie zwiększa wydzielanie kwasu i soku żołądkowego; pomijając już to, że u osób wrażliwych wywołuje biegunki lub też uporczywe zaparcia.

Według Japowstky'ego dieta chorych na wrzód żołądka lub dwunastnicy powinna odpowiadać następującym warunkom: pokarm ma, po względnie krótkim pobycie w żołądku, jak najszybciej przechodzić do dwunastnicy, żeby przez swe zaleganie w żołądku niepobudzać jego śluzówki do wzmożonej produkcji kwasu i soku żołądkowego (co z reguły pociąga za sobą długotrwały skurcz odźwiernikowy); a poza tem powinien być dostatecznie pożywny, żeby chory się nie głodził. Wymaganiom tym odpowiada dieta podana przez Jarowstky'ego, a składająca się z białka kurzego i masła. Chory dostaje I dnia rano białko 1 jaja kurzego, surowe i niesolone, a popołudniu 20 gramów świeżego masła, następnego dnia — białko 2 jajek i 40 g. masła i t. d. aż 10 dnia — białko 10 jajek i 180 — 200 gr. masła (w paru dawkach). Przez te 10 dni wody powinien chory dostawać jak najmniej. Po 10 dniach zaczyna dostawać zupę z mąki ryżowej, jęczmiennej, dobrze przetarte jarzyny (bez soli) kompoty. Już po paru dniach bóle ustępują zupełnie i samo owrzodzenie szybko się zabliźnia.

PERSODINE
Lumière
SWOISTE LECZENIE
BRAKU ŁAKNIENIA
NADSIARCZANAMI
DZIAŁA OGÓLNIE **DROGĄ KRWIOBIEGU** ZAPOMOCĄ **TLENU:**
$[M_2]S_2O_8 + H_2O = [M_2]SO_4 + H_2SO_4 + O$
ANALOGJA z DZIAŁANIEM **KLIMATU GÓRSKIEGO.**
PRZYWRACA ŁAKNIENIE NAWET W NAJUPORCZYWSZYCH PRZYPADKACH U DOROSŁYCH I DZIECI.
Łaknienie, wywołane zapomocą PERSODINE jest wyrazem wzmożenia zdolności asymilacyjnej ustroju.
SPOSÓB STOSOWANIA:
Dorośli: 2 razy dziennie po 3 tabletki na godzinę przed jedzeniem.
Dzieci od 8 — 10 lat: 2 razy dziennie po 2 tabletki na godzinę przed jedzeniem.
Dzieci od 2 — 7 lat: 2 razy dziennie po 1 tabletce na godzinę przed jedzeniem
rozpuszczając tabletki w 1/4 szklanki czystej wody bez dodawania cukru lub innych substancyj.

II. Proteinoterapję w przypadkach wrzodów żołądka i dwunastnicy stosuje się już od 20 lat z wynikiem naogół zachęcającym, gdyż jakkolwiek nie osiągnięto bezwzględnych dowodów gojenia się pod jej wpływem owrzodzenia, tem nie mniej sprowadza ona tak znaczne i trwałe złagodzenie bólów, że przez to samo zdobyła sobie prawo obywatelstwa w liczbie środków,ogólnie stosowanych we wrzodzie żołądka. Proteinoterapja ta polega na wstrzykiwaniu mleka, nukleinianu sody, kazeozanu, wakcineuriny, autohemoterapji, a nawet na wstrzykiwaniach dożylnych szczepionek durowych i gonokokowych; to ostatnie zresztą uważa autor za dające zbyt silny wstrząs i przez to za niewskazane.

III. Autorowie, którzy uzależniają powstawanie wrzodów żołądkowo - dwunastniczych od braku witamin w ustroju,tłumaczą to w ten sposób, że brak ten powoduje osłabienie ściany żołądka na zakażenie, które jest bezpośrednią przyczyną tworzenia się wrzodu. Autorowie ci zalecają podawanie w tym celu chorym odnośnym soku z pomarańcz i pomidorów, bogatych szczególnie w witaminę C, uodporniającą przeciwko zakażeniom przewodu pokarmowego.

IV. Leczenie wrzodów żołądkowo-dwunastniczych wstrzykiwaniami wyciągów z przytarczyc polega na zwiększaniu tą drogą zawartości wapna w surowicy krwi i oddziałaniu w ten sposób na układ nerwowy roślinny, a zwłaszcza na nerw błędny. Poza tem paratyreoidyna zmniejsza wydzielanie soku żołądkowego, wzmaga wywędrowywanie ciałek białych krwi z naczyń i wogóle wzmaga ogólną odporność ustroju na wszelkiego rodzaju zakażenie.

Mechanizm chorobotwórczy i leczenie spadku ciśnienia płynu mózgowo-rdzeniowego po urazach czaszki. (De l'hypotension du liquide céphalo-rachidien dans les traumatismes du crane). R. Leriche.

La Presse Méd. Nr. 51 czerwiec 1931.

W obrazach klinicznych różnych urazów czaszki uwzględnia się szeroko czynnik ogólnie znany, jakim jest wzrost ciśnienia płynu mózgowo-rdzeniowego. Jednakże o chorobowem obniżeniu tego ciśnienia, które zdarza się po urazach czaszki niewiele rzadziej od jego wzmożenia, pamięta się i myśli zbyt rzadko. Autor na 75 spostrzeganych przez siebie przypadków urazów czaszki w 16% stwierdził (klinicznie i zapomocą manometru Claude'a) wyraźne obniżenie ciśnienia płynu mózgowo-rdzeniowego (poniżej 10), przyczem zastosowanie odpowiedniego leczenia sprowadziło szybką i zupełną poprawę.

Objawy kliniczne tego obniżenia ciśnienia nie są zbyt charakterystyczne: senność (ale nie śpiączka), odurzenie, niechęć do odpowiadania na pytania, obawa przed światłem i hałasem, silny ból i zawroty głowy. Tętno zwolnione lub przyśpieszone, ale niezbyt mocno napięte, oddech — powierzchowny. Nakłócie lędźwiowe daje najwyżej kilka kropel płynu mózgowo-rdzeniowego; nakłucia powtarzane pogarszają stan chorego. Objawy te przypominają naogół obraz początkowego zapalenia opon mózgowych.

Mechanizm obniżenia ciśnienia mózgowo-rdzeniowego. Pod wpływem urazu czaszki i gwałtownego wstrząsu, jakiemu ulega jej zawartość, następuje odruchowy skurcz tętnic opon i mózgu; skurcz ten zwykle nie trwa długo i bezpośrednio po nim przychodzi czynne rozszerzenie tętnic (mózg i opony są mocno przekrwione), które jest bezpośrednią przyczyną wzrostu ciśnienia płynu mózgowo-rdzeniowego. Jednakże w pewnych przypadkach ów skurcz tętnic utrzymuje się przez czas dłuższy, pociągając za sobą zmniejszenie się ilości ciśnienia tego płynu.

Wracając jeszcze do przyczyn bezpośrednich tego obniżenia ciśnienia, należy zaznaczyć, że poza skurczem odruchowym tętnic może tu grać rolę również większa utrata płynu mózgowo-rdzeniowego wskutek stałego jego wyciekania przez szczelinę pękniętej kości, lub też przez otwory po nakłuciach lędźwiowych.

Leczenie stanów obniżonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego. Wstrzykuje się dożylnie 20—40 cm³ wody destylowanej; jeśli nie nastąpiła szybka poprawa, to należy wkrótce po tem wstrzyknąć dożylnie lub podskórnie 500 — 1000 m³ roztworu fizjologicznego. Trzeba pamiętać o tem, żeby przez stosowanie środków powyższych nie wzmóc nadmiernie ciśnienia płynu mózgowordzeniowego. Powyższe działanie lecznicze wstrzykiwania dożylnego wody destylowanej nie jest zupełnie jasne, ale pomyślne tego wyniki zostały stwierdzone w bardzo licznych przypadkach, przyczem uderzająca poprawa w stanie chorych występowała w zadziwiająco krótkim czasie.

Uwagi w sprawie rozpoznawania radjologicznego i leczenia przerzutowych nowotworów kości. (Quelques aperçus sur le diagnostic radiographique et le traitement des tumeurs osseuses métastatiques). Mathey-Cornat.

Paris Médical Nr. 24, czerwiec 1931.

Rozpoznawanie przerzutów kostnych nowotworów złośliwych ma szczególne znaczenie w tych przypadkach, w których pierwotne ognisko nowotworowe albo nie jest znane narazie ,albo też w ogólnym obrazie klinicznym ma tylko drugorzędne znaczenie. *P. Delbet* wypowiada następujące uwagi ogólne na temat rozpoznawania tego rodzaju guzów: „Każdy guz trzonu kości długich i guz kostny, którego pierwszym objawem klinicznym jest złamanie samoistne kości, — nasuwają duże podejrzenie w kierunku ich natury przerzutowej. Guzy które się szybko rozsiewają specjalnie w zakresie układu kostnego, bywają bardzo rzadko pierwotnemi mięsakami kości".

Częstość występowania nowotworowych przerzutów kostnych jest znaczna i wzrasta w dalszym ciągu, w miarę dokładniejszego badania rentgenologicznego układu kostnego odnośnych chorych. Najczęstszem umiejscowieniem przerzutów jest kręgosłup (rak sutka, sterczu i tarczycy), następnie idą — żebra, mostek, obojczyk, miednica, kość udowa, kości długie kończyn i inne. Mięsaki kostne dają naogół rzadko przerzuty do innych kości, a przeważającą liczbę wtórnych guzów kostnych stanowią przerzuty raków nabłonkowych i gruczołowych. Największą tendencją tworzenia przerzutów kostnych odznaczają się: rak sutka (daje w 30% przerzuty do kości), rak sterczu (w 70%), rak tarczycy (w 40%) i nadnerczak (w 20% wszystkich przypadków).

Rozpoznanie przerzutu opiera się głównie na zdjęciu rentgenowskiem (promieniami miękkiemi), jakkolwiek odczytywanie kliszy może nastręczać tutaj duże trudności, zwłaszcza jeśli doszło do złamania samoistnego kości w miejscu przerzutu, (przemieszczone i zachodzące na siebie odłamy mogą skrywać rysunek ogniska kostnego). W przypadkach najbardziej typowych obraz rentgenowski przerzutu w kości długiej wygląda następująco: widać jamę w kości okrągłą lub owalną, o brzegach niezbyt ostrych i dnie niejednostajnem, umiejscowioną w trzonie, istota zbita może być ścieńczała lub nawet przerwana, ale wyraźnego bujania okostnego z wtórnem skostnieniem w pobliżu ogniska nie bywa prawie nigdy. W rzadszych przypadkach przerzuty umiejscawiają się podokostnowo lub w nasadach, ewentualnie — zamiast tworzyć ogniska rozrzedzenia w kości — powodują ogniskowe nadmierne uwapnienia. W kręgosłupie przerzuty umiejscawiają się w trzonach kręgowych, powodując z czasem ich zniszczenie, zapadnięcie się i ucisk na korzonki nerwowe lub sam rdzeń. Pierścienie międzykręgowe nie bywają zajęte. W rozpoznaniu rentgenowskiem różniczkowem uwzględniać należy: kilaka, ropień kostny, torbiel kostną, mięsaka kostnego (wykazuje zawsze bujanie okostnowe), szpiczaki (myelomata), postać torbielowatą schorzenia włóknistego kości.

Rak sutka daje przerzuty kostne zwykle w ciągu pierwszego roku po operacji, — rzadziej — w ciągu dalszych 2—4 lat; jest to zwykle jego postać włóknista (scirrhus) i daje przerzuty do kości udowych, miednicy, kręgów, żeber, mostka i innych.

Rak sterczu daje przerzuty kostne bardzo wcześnie, czasami przed ujawnieniem się pierwotnego ogniska; ogniska rakowe w miednicy i kręgosłupie wykazują często nadmierne uwapnienie (eburneatio).

W raku tarczycy przerzuty kostne bywają nierzadko pierwszym objawem choroby (zwłaszcza w jego postaci o bardziej powolnym przebiegu).

Nadnerczaki dają przerzuty najczęściej do trzonu kości ramieniowych i udowych; ogniska te ujawnić się mogą czasami w 9 lat dopiero po operacji wyjęcia nerki.

Leczenie przerzutów kostnych. Naogół przerzutowe guzy kostne z reguły stanowią pod względem chirurgicznym, noli me tangere; w wyjątkowych tylko przypadkach zachodzą wskazania do odjęcia lub wyłuszczenia w stawie kończyny, ewentualnie można się uciec do odnerwienia tętnicy głównej, przecięcia korzonków tylnych lub też przecięcia nerwu współczulnego w przypadkach uporczywych bólów w przebiegu przerzutów do kręgów. Naświetlania rentgenowskie i radowe są w wynikach swych nierówne i niepewne, jakkolwiek w szeregu przypadków osiągnięto nimi wynik dodatni w postaci uspokojenia bólów, trwającego do 6 miesięcy.

Badania nad anatomją i fizjologją blizny skórnej. (Recherches sur l'anatomie et la physiologie des cicatrices). Leriche i Howes.

La Presse Méd. Nr. 53, lipiec 1931.

Blizny skórne odznaczają się, jak wiadomo, dużą różnorodnością, uwzględniając a priori chociażby tylko blizny po ranach jałowych i zaszytych według wszelkich zasad techniki chirurgicznej. Jedne są linijne, ledwo dostrzegalne, inne — gwiaździste, wciągnięte, pigmentowane, czasami nadmiernie wystające ponad powierzchnię (bliznowiec), wrażliwe na wpływy atmosferyczne, będące siedliskiem bólów, wreszcie, mogące być punktem wyjścia różnych i nieraz bardzo złożonych odruchów.

Autorowie zbadali makroskopowo, drobnowidzowo, wrażliwość na różne bodźce, podatność ciepłotę, rozciągłość i t. p, blizny skórnej w 96 przypadkach, przyczem były to albo blizny linijne, albo blizny po rozległych ubytkach tkankowych, albo też blizny pośrednie — po ranach zaszytych z pozostawieniem sączków.

Badanie neurologiczne blizny. Wrażliwość na różne bodźce fizjologiczne i chorobowe zmienia się znacznie w zależności od wielkości blizny. Najmniejsze pod tym względem zaburzenia spotykamy w bliznach linijnych, w których dochodzi najwyżej do niewielkich zaburzeń czucia kształtu, dotykowego i bólu. W bliznach rozległych może dojść do zupełnego zniesienia wszelkiego czucia, za wyjątkiem czucia głębokiego; czasami w środkowej części takiej blizny bywają pola przeczulicy bólowej. Kilkakrotnie spotykano się z bliznami bardzo bolesnemi, reagującemi bólem na najlżejszy bodziec (delikatne dotknięcie) i były to blizny poamputacyjne i blizny w pobliżu nerwiaków (nerwu pośrodkowego i kulszowego).

Co do ciepłoty blizny, to w okresie wczesnym (blizna czerwona) ciepłota bywa zwiększona o 5°C w porównaniu ze skórą otoczenia, w okresie późnym (blizna blada) ciepłota bywa obniżona o 0,5—1°C.

Badanie drobnowidzowe blizny. Grubość warstwy naskórka jest zmniejszona, brodawek skórnych niema wcale. W bliznach linijnych conajmniej 4-miesięcznych widuje się rozrzucone między komórkami nabłonkowemi włókna nerwowe bez osłonki myelinowej; włókien tych nie bywa wcale w bliznach średnich i dużych, w których budowa tkankowa ulega znacznemu zaburzeniu. Blizna młoda, różowa jest bogata w fibroblasty i w naczynia krwionośne włosowate; z wiekiem liczba jednych i drugich maleje coraz więcej, a zato wzrasta znacznie liczba włókien klejodajnych; w związku z ubożeniem blizny w naczynia krwionośne, staje się ona blada, anemiczna.

Tkanka włóknista nie zawiera tu w ciągu dwu pierwszych lat wcale włókien elastycznych; włókna te zjawiają się dopiero po tym okresie, i to liczba ich nie dorównywa nigdy liczbie włókien elastycznych w skórze prawidłowej.

Blizna nie zawiera wcale torebek włosowych, gruczołów łojowych, tkanki tłuszczowej ani ciałek dotykowych. Włókna nerwowe amyelinowe przerastają całą bliznę dopiero po 6 miesiącach, w bliznach bolesnych stwierdzono obecność niezwykle dużych ilości włókien nerwowych myelinowych.

W związku ze znaczną ubogością dojrzałej bliz-

ny w naczynia krwionośne stoi jej zmniejszona żywotność i nietrwałość strukturalna; dlatego też tak łatwo dochodzi w rozległych bliznach, stanowiących miejsce zmniejszonej odporności, do owrzodzeń i obumarcia, które mogą być wywołane wtórnie przez niewielkie nawet i przejściowe chociażby zaburzenia w krążeniu.

Brak włókien elastycznych w bliźnie tłumaczy jej niepodatność i kruchość; rozległa blizna skórna łatwo pęka, względnie rozrywa się, pod wpływem stosunkowo niewielkiego urazu.

Na zakończenie dodać należy, że rodzaj blizny zależy w pierwszym rzędzie od charakteru rany i jej leczenia; dlatego też wycinanie brzegów rany przypadkowej i jej szew pierwotny z jednej strony, a pokrywanie wtórne ran ziarninujących przeszczepami skórnemi i naskórkowemi z drugiej — należałoby wykonywać znacznie częściej, niż to się dotychczas praktykuje.

Uwagi w sprawie częstości występowania i trudności rozpoznawczych gruźlicy chirurgicznej. (Quelques remarques sur les tuberculoses chirurgicales, leur fréquence, les difficultés de leur diagnostic). Sorrel, Bufnoir i Fumet.

La Presse Méd. N 38, maj 1931.

Autorowie we wnioskach swoich opierają się na 10-letnim materjale klinicznym (1920 — 1930) l'Hôpital Maritime de Berck, na który składają się — 7259 przypadków gruźlicy chirurgicznej, z czego 5203 przypadki gruźlicy kostno-stawowej. Co do częstości umiejscowienia procesu chorobowego w układzie kostnym, na pierwszem miejscu postawić należy kręgosłup, a następnie staw biodrowy, kolanowy, łokciowy i t. d. Jeśli chodzi o wiek, to u dzieci gruźlica kostna zaczyna się najczęściej między 2 i 4 rokiem życia, u dorosłych — między 18 a 25 rokiem życia, przyczem wśród tych ostatnich w dużej liczbie przypadków właściwy początek cierpienia należy odnieść do okresu dzieciństwa.

Wieloogniskowość procesu swoistego jest naogół właściwością wieku dziecięcego, np. połączenie gruźlicy kości płaskich i krótkich z gruźlicą paliczków (spina ventosa) i gruczołów chłonnych; ale zdarza się i w wieku dorosłym, np. gruźlica kręgosłupa i stawu biodrowego.

Śmiertelność w przypadkach gruźlicy kostno-stawowej wynosiła 8,9% (8% wśród dorosłych, 9% wśród dzieci), przyczyną śmierci było przerzucenie się procesu swoistego na narządy wewnętrzne, zwykle opony mózgowe. Nie zauważono wcale, żeby zabieg operacyjny u tego rodzaju chorych przyczyniał się do zwiększenia częstości występowania zapalenia gruźliczego opon mózgowych.

W rozpoznawaniu ogromną usługę oddaje rentgenografja, a zwłaszcza zdjęcia po wpuszczeniu do przetoki lipjodolu i zdjęcia stereoskopowe; umożliwia ona odróżnienie gruźlicy kostno-stawowej z jednej strony — od gruźlicy przystawowej, z drugiej zaś — od takich przypadków jak kiła kostno-stawowa wrodzona i nabyta, osteo-chondro-dystrophia, biodro szpotawe, różne postacie osteo-chondritis (np. choroba Legg-Perthes-Calvé, Koehlera i inne), mięsaki kostne, raki kręgów pierwotne i pozornie pierwotne i różne zaburzenia rozwojowe kręgosłupa.

Odróżnienie raka kręgów od gruźlicy bywa czasami niesłychanie trudne, nawet przy dłuższej obserwacji chorego; z drugiej strony — rak kręgosłupa, a przynajmniej te jego postacie rzeczywiście i pozornie pierwotne, są bez porównania częstsze, niżby się zdawało. Autorowie spostrzegali mężczyznę 38-letniego do szpitala z rozpoznaniem choroby Potta o umiejscowieniu szyjnem. Objawy chorobowe datują się od kilku lat. Obecnie przedstawia objawy ucisku rdzenia i korzonków części szyjnej z porażeniem spastycznem kończyn górnych i wiotkiem — kończyn dolnych. Zdjęcie rentgenowskie wykazało ubytki trzonu kręgu szyjnego V i sąsiedniego krążka międzykręgowego, coby przemawiało za procesem gruźliczym. Po roku, w czasie którego objawy to nasilały się, to przycichały, a stan ogólny chorego ciągle był dobry, w bocznych częściach szyi zaczął wyrastać guz, który narazie uważano za ropień opadowy i nakłuto. Wydobyto tylko krew. Wkrótce po tem objawy zniszczenia kręgu zaczęły się szybko nasilać, a zdjęcie rentgenowskie tym razem pokazało miejscowo obraz typowy dla raka kręgu i cały szereg przerzutów do płuc. W parę tygodni potem chory zmarł.

Uwagi w sprawie leczenia gruźlicy kostno-stawowej, poparte danemi statystycznemi ze szpitala l'Hôpital Maritime de Berck za okres czasu 1920 — 1930. (Quelques remarques sur les tuberculoses chirurgicales. Evolutions des idées sur leur traitement pendant la dernière décade d'après la statistique de l'hôpital Maritime de Berck). Sorrel, Bufnoir i Fumet.

La Presse Méd. Nr. 40, maj 1931.

Omówiwszy w swej poprzedniej pracy rozpoznawanie i częstość występowania różnych postaci gruźlicy kostno-stawowej, autorowie zajmują się obecnie wynikami leczenia operacyjnego odnośnych przypadków. Wszystkich przypadków spostrzegano 5203, w nich w 27% zastosowano leczenie operacyjne, przyczem wśród dzieci odsetka leczenia operacyjnego wynosiła 19%, wśród dorosłych — 43%. U dzieci leczenie ogólne (aero - helio — i thalassoterapja) w połączeniu z leczeniem ortopedycznem w olbrzymiej większości przypadków wystarcza do wyleczenia (klinicznego) gruźlicy kostno-stawowej. Inaczej jest u dorosłych, u których środki te naogół nie wystarczają, przebieg choroby jest długotrwały i ciężki, a do wygojenia się anatomicznego ogniska gruźliczego nie dochodzi prawie nigdy. Jeśli w wyżej przytoczonej statystyce l'Hôpital Maritime de Berck 57% chorych dorosłych pomimo to uniknęło zabiegu operacyjnego, to zależało to przeważnie od różnych przeciwskazań do operacji (późny wiek, zły stan ogólny, wieloogniskowość procesu gruźliczego) i braku zgody na nią, ze strony chorych.

W pewnej liczbie przypadków próbowano leczenia chemicznego — metodą Jacobsona, Finikowa (jodyna w oliwie i wapno) — jednakże bez wyraźnych wyników. Przebieg choroby u 32 chorych, leczonych wdg. Finikowa, nie różnił się niczem od przebiegu u innych chorych zupełnie analogicznych, u których tego leczenia nie stosowano.

To samo mniej więcej, można powiedzieć o stosowaniu odpowiednich szczepionek i surowic w przebiegu gruźlicy kostno-stawowej.

Przechodząc teraz do samej techniki zabiegów operacyjnych, to zabiegi te możnaby podzielić na następujące trzy grupy: 1) sączkowanie jam kostnych i usuwanie martwaków, 2) wycięcie stawów (resectio), 3) odjęcia kończyn i wyłuszczenia w stawach, i wreszcie 4) operacje usztywniające (Albee, artrodezy stawu biodrowego).

Pierwszą grupa należy do zabiegów ogólnie uznanych, do których wskazania nie nasuwają żadnych wątpliwości. W odniesieniu do gruźlicy stępu należy zaznaczyć, że w przypadkach zamkniętych (bez przetok) wycięcie kości napiętkowej uważa się za metodę z wyboru, w przypadkach zaś otwartych wycięcie jej zabezpiecza rozległe sączkowanie stawu skokowego i przyśpiesza wygojenie się ogniska chorobowego. Po wycięciu kości napiętkowej w 53 przypadkach bez przetok u dzieci, w 31 — otrzymano wynik bardzo dobry, w 5 — dobry, w pozostałych 17 przypadków wynik nie jest znany. U dorosłych wykonano zabieg ten w 43 przypadkach, w 21 — wynik był dobry, a w pozostałych — brak poprawy lub zaszła konieczność odjęcia kończyny.

Druga grupa. Wycięcie stawu dotyczyło najczęściej stawu kolanowego. Na 120 rezekcyj stawu kolanowego u dorosłych z powodu gruźlicy w 107 przypadkach wynik otrzymano bardzo dobry, w 8— potrzebne były w następstwie małe poprawki (przetoki), ale ostateczny wynik był również dobry. Wycięcie stawu barkowego wykonano w 21 przypadkach — wyniki nieco gorsze od poprzednich. To samo, mniej więcej, można powiedzieć o rezekcji stawu łokciowego (49 przypadków) i napiętkowego (28 przypadków).

Operacji usztywniających kręgosłup (Albee) wykonano 272 (z tego 268 u dorosłych), co wyniosło 37% wszystkich przypadków gruźlicy kręgosłupa u dorosłych; w pozostałych 63% operacji zaniechano wyłącznie ze względu na przeciwskazania do niej, jak: zły stan ogólny, gruźlica czynna narządów wewnętrznych, obecność licznych ognisk gruźliczych, niskie ciśnienie krwi, wiek późny, duży garb, porażenie kończyn dolnych. W przypadkach operowanych wyniki osiągnięte były bardzo dobre w 60%, dobre — w 20%. Śmiertelność pooperacyjna poniżej 1%.

Pozatem wykonywano usztywnienie stawu biodrowego, sposobem wewnętrznym i zewnętrznym, z wynikiem naogół dobrym. Na zakończenie zaznaczyć należy z naciskiem, że pomyślny wynik operacji w przypadkach gruźlicy kostno-stawowej zależy w dużym stopniu od uwzględnienia wskazań operacyjnych i wyboru odpowiedniego momentu do zabiegu — nie może to być ani okres początkowy cierpienia, ani okres pełnego rozwoju; ognisko gruźlicze musi być odpowiednio „dojrzałe" do zabiegu, to jest muszą się już zacząć w nim uprzednio procesy wytwórcze, procesy gojenia się.

Postacie anatomiczne i sposoby operowania ropni mózgowych pochodzenia usznego. (Les règles du traitement chirurgical de l'abscès cérébral d'origine otique). Piquet.

La Presse Méd. Nr. 40, maj 1931.

Istnieje duża rozbieżność w poglądach na stosowanie tych czy innych metod operowania ropni mózgowych wogóle; dotyczy to również i ropni mózgowych pochodzenia usznego. Naogół można powiedzieć, że wybór tego lub innego sposobu operacyjnego zależy od postaci anatomo-patologicznej danego ropnia. W związku z tem nasuwają się tu następujące pytania: 1) Kiedy operować? 2) Jakądrogę należy wybrać dla dotarcia do ogniska mózgowego? Jak należy sączkować jamę ropnia

Panuje zupełna zgoda co do tego, że z chwilą ustalenia rozpoznania ropnia mózgowego należy operować i ropień ów otworzyć. Jednakże istnieją stany chorobowe mózgu i opon — jak obrzęk tkanki mózgowej, zapalenie surowicze opon; rozlane nieropne zapalenie tkanki mózgowej, które klinicznie mogą maskować do pewnego stopnia ropień mózgu pochodzenia usznego, dając objawy ucisku mózgu, tem nie mniej — ze względu na brak sformowanego ogniska ropnego w tkance mózgowej — należy się tu ograniczyć do wydłutowania wyrostka sutkowatego z przyległościami, po którem w ogromnej liczbie przypadków powyższe objawy rzekomego ropnia mózgowego ustępują bez śladu. Z chwilą zlikwidowania ogniska zakaźnego w kości tem samem ustępują i wtórne objawy ze strony mózgu i opon; w pewnych nielicznych tylko przypadkach objawy te utrzymują się w dalszym ciągu i dochodzi do wytworzenia się ropnia, co daje tem samem wskazanie do drugiego zabiegu — nacięcia ściany ropnia mózgowego.

Z chwilą ustalenia rozpoznania ropnia mózgu pochodzenia usznego, wyłania się sprawa operacyjnego dostępu doń — czy iść przez ognisko zapalne w kości (masteideotomia), czy też poza niem, przez łuskę kości skroniowej. Ten pierwszy sposób przedstawia — w przeciwieństwie do drugiego — bardzo liczne korzyści: umożliwia odrazu opanowanie pierwotnego ogniska kostnego, bezpośrednią ocenę zmian miejscowych ze strony opon (ewent. ropień podoponowy), ze strony zatok żylnych (zakrzepy), pozwala na opróżnienie ropnia w miejscu, gdzie powierzchnia mózgu jest przyklejona prawie zawsze do opon, co zabezpiecza przed przedostaniem się zakażenia do przestrzeni międzyoponowych, i wreszcie, umożliwia próbne nakłucie móżdżku w poszukiwaniu ewentualnego ropnia.

Co się tyczy sposobów sączkowania jamy ropnia, to wszelkie sączki gumowe należy, zdaniem autora, odrzucić i sączkować albo wąskiemi paskami gazy, albo wogóle nic nie zakładać i tylko przy opatrunku na tępo rozsuwać brzegi rany mózgowej i wypuszczać zbierający się w głębi płyn ropiasty.

Powikłania pooperacyjne w ropniach mózgu pochodzenia usznego. W pewnej, niemałej zresztą, liczbie przypadków opróżnienie ropnia nie prowadzi do wygojenia, a wówczas chory jest narażony na następujące dwa powikłania, doprowadzające do śmierci: ucisk mózgu i zakażenie opon mózgowych. Ucisk mózgu (najczęstsza przyczyna śmierci tego rodzaju chorych) bywa wywołany przez ciągle wzrastające objętościowo ropnie mnogie, lub też rozległe i rozlane zapalenie tkanki mózgowej ze znacznem jej obrzmieniem. O ile ropnie mnogie można jeszcze operować i starać się je opróżnić, to wobec rozlanego zapalenia mózgu chirurg jest zupełnie bezradny.

Z rozważań powyższych nasuwają się następujące wskazówki praktyczne. Przy braku wyraźnych objawów ropnia mózgu umiejscowionego; należy się ograniczyć do zlikwidowania ogniska kostnego i zrewidowania miejscowego opon; tkanki mózgowej lepiej nie nakłuwać. Ewentualnie można zastosować w celach leczniczych dodatkowo nakłucia lędźwiowe. W przypadkach, przebiegających z gorączką, po usunięciu ogniska kostnego można nakłuć w temże miejscu mózg i — w razie stwierdzenia obecności wyraźnego płynu ropiastego — naciąć oponę i ścianę ropnia i sączkować go.

Tam, gdzie objawy ropnia mózgu są od samego początku zupełnie wyraźne, metodą z wyboru będzie dotarcie doń poprzez ognisko zapalne w kości skroniowej i sączkowanie jak wyżej. Podobnie należy postąpić w przypadkach, w których na pierwszy plan obrazu klinicznego wysuwają się objawy zapalenia opon mózgowych i zatok żylnych.

„Lumbalizacja" pierwszego kręgu krzyżowego, jej obraz kliniczny i anatomo-patologiczny i jej leczenie. (La lombalisation douloureuse). M o u c h e t.

La Presse Méd. Nr. 43, maj 1931.

Jak wiadomo, między poszczególnemi odcinkami kręgosłupa kręgi graniczne mogą przyjmować charakter, czyli upodabniać się do kręgów wyżej lub niżej leżących. I tak VII krąg szyjny może upodobniać się do I piersiowego — przy nadmiernym przeroście wyrostków poprzecznych, tworzących wówczas tak zwane żebra szyjne. Rzadziej bywa odwrotnie — I krąg piersiowy upodabnia się do VII piersiowego i traci swoje żebra prawidłowe. Na granicy między częścią lędźwiową i krzyżową kręgosłupa podobnie — albo V krąg lędźwiowy upodabnia się do I krzyżowego, wchodząc jakby w skład kości krzyżowej, która liczy wówczas 6 kręgów (zjawisko często spotykane), albo też I krąg krzyżowy nabiera wyglądu i charakteru ostatniego kręgu lędźwiowego, tracąc poniekąd swój ścisły związek anatomiczny z kością krzyżową. Te ostatnie przypadki są rzadsze nieco od poprzednich. Owa „lumbalizacja" jest uważana za cechę wsteczną, regresyjną i polega na pewnem oddzieleniu się od kości krzyżowej tej jej części, która odpowiada I kręgowi krzyżowemu; przyczem ów VI kręg lędźwiowy przedstawia różne nieprawidłowości, jak np. oddzielenie łuku tylnego od trzonu, i nosi charakter jakby szczątkowy.

Powyższe zmiany anatomiczne mają duże znaczenie praktyczne, gdyż są źródłem różnych chorobowych zaburzeń czynnościowych (bóle). Sakralizacja V kręgu lędźwiowego daje bóle neuralgiczne wskutek ucisku nieprawidłowych ognisk zwapnienia na korzonki nerwowe. Lumbalizacja zaś I kręgu krzyżowego daje podobne objawy, uwarunkowane tutaj przez asymetrję boczną lub przednio-tylną kręgu zmienionego, co sprowadza nieprawidłowe rozłożenie ciśnienia i sił pociągających danej części kręgosłupa. Jeśli np. ów kręg upodobniony jest wyższy zprzodu niż ztyłu, wówczas odcinki kręgosłupa powyżej i poniżej niego tworzą pewien kąt, otwarty do przodu, a kręg zniekształcony ma tendencję zsunięcia się do przodu w kierunku wejścia do małej miednicy. Stan ten jest uważany za pierwszy stopień rozwoju kręgozmyku (spondylolisthesis), a szereg autorów sądzi, że w każdym przypadku kręgozmyku mamy do czynienia z lumbalizacją I okręgu krzyżowego.

Obraz kliniczny. Jakkolwiek powyższe zmiany anatomiczne są wrodzone, to dolegliwości występują znacznie później — momentem wywołującym są tu pewne powtarzające się nadwyrężania tej mniej sprawnej części kręgosłupa, lub też jednorazowy uraz, jak np. jakiś forsowny wysiłek mięśniowy. Występują silne bóle tej okolicy, szerzące się, które z czasem słabną ale utrzymują się stale. Postawę tego rodzaju chorych cechuje umiarkowana lordoza lędźwiowa z charakterystycznem zapadnięciem się linji wyrostków kolczystych powyżej kości krzyżowej; okolica ta jest bolesna przy ucisku, ruchy tej części kręgosłupa są wyraźnie ograniczone, zwłaszcza zginanie do przodu, które jest przytem bolesne. Chód bywa naogół prawidłowy, ale bieg jest utrudniony, to samo — schodzenie ze schodów. Rozpoznanie potwierdza się zdjęciem rentgenowskiem, które zawsze powinno obejmować cały kręgosłup, od części szyjnej do krzyżowej, gdyż tylko wtedy możemy z całą pewnością ustalić, czy mamy do czynienia z lumbalizacją kręgu krzyżowego, czy z sakralizacją kręgu lędźwiowego.

Rokowanie co do zdrowia jest niezbyt pomyślne. Leczenie jest trudne. Pewną poprawę daje unikanie zmęczenia, dłuższego chodzenia i stania, noszenie niskich obcasów, dłuższe leżenie nawznak z uniesionemi kolanami, wreszcie, noszenie odpowiedniego pasa ortopedycznego, który odpycha część lędźwiową kręgosłupa ku tyłowi, a kość krzyżową — ku przodowi. Najlepsze jednakże wyniki i naogół trwałe daje usztywnienie kręgosłupa zapomocą operacji Albee'ego.

M. Czyżewski.

CHOROBY KOBIECE, POŁOŻNICTWO.

Pyelografja po injekcji dożylnej urosélectanu. (La pyélographie après injection intraveineuse d'urosélectan). B e c k e r P. d e.

Journ. belge Radiol. 19, 73, 1930.

Autor przedstawia szereg rentgenogramów uzyskanych po dożylnem wprowadzeniu uroselektanu i dochodzi do wniosku, że metoda ta winna być szeroko przyjęta i stosowana przedewszystkiem. Pyelografia klasyczna po wprowadzeniu płynu kontrastowego poprzez ceweczki moczowodowe ma znaczenie dopełniające i winna znajdować zastosowanie w przypadkach, gdzie uroselektan byłby przeciwwskazany z jakichkolwiek bądź przyczyn, lub nie dałby wystarczająco pewnych wyników.

Leczenie pęknięć ropniaków jajowodu do wolnej otrzewnej. (Le traitement des ruptures de pyosalpinx en péritoine libre). Q u é n u J. et G. P. C o s t a n d u l a k i.

Bull. méd. r. 1930, cz. II, str. 713.

Natychmiast po ustaleniu rozpoznania należy drenować jamę brzuszną lepiej przez brzuch, gdyż

daje lepszy dostęp do miejsca schorzenia; w przypadkach bardzo ciężkich wypadnie ograniczyć się do nacięcia sklepienia pochwy i wypuszczenia ropy tą drogą. Sposób znieczulenia, oczywista, zależy od wielkości zamierzonego zabiegu i od stanu chorej.

Podczas samej operacji w początku nie należy układać chorej w położeniu Trendelenburga. Uczynić to można dopiero po dokładnem zabezpieczeniu górnej części jamy otrzewnowej za pomocą kompresów. Ostateczny plan operacyjny zależy również od stanu, jaki operator znajdzie w jamie brzusznej i od stanu ogólnego pacjentki.

Leczenie uporczywych zapaleń jajowodów, niepoddających się djatermji i innym sposobom leczenia, zapomocą promieni pozaczerwonych z powodu 4 przypadków wyleczonych. (Traitement par les rayons infra — rouges des salpingites rebelles à la diathermie et aux autres traitement; a propos de 4 cas gueris). R o u s s e a u P. et P. R y e r.

Presse méd. r. 1930, cz. II, str. 1307.

Przyznając djatermji pierwszorzędne znaczenie w leczeniu przewlekłych zapaleń przydatków macicy, autor stwierdza, że są przypadki tego schodzenia, które się ani djatermji, ani innym metodom leczenia konserwatywnego nie poddają. Dla tych to przypadków poleca autor naświetlanie promieniami pod (poza) czerwonemi, z aparatu Waltera, z odległości 20—50 cm., po 30—45 min., co drugi dzień w ilości 20—30 naświetlań; leczenie to zastosował w 4 przyp., których opis wraz z dokładnym przebiegiem choroby podaje w artykule.

Działanie omawianego sposobu leczenia fizykalnego nie jest jeszcze dokładnie wyjaśnione w swym mechanizmie; prawdopodobnie jednak obok ciepła działają tu czynniki chemiczno-fizyczne i zmiana w stanie koloidalnym naświetlanych tkanek.

Odmiany operacji Lefort'a, zamknięcia pochwy. (Modifications au procédé de cloisonnement vaginal de Lefort). D u t a i l l i s P a u l.

La Gynécol. T. XXX, Nr. 3, r. 1931, str. 152.

Autor proponuje odmianę techniki operacji Lefort'a tego rodzaju, aby zamiast jednego ciągłego płata z przedniej i tylnej ściany pochwy wycinać kolejno dwa, tak, aby zeszycie obu ścian odbywało się piętrowo.

Z kolei autor przeszedł do następnej odmiany techniki, polegającej na niewycinaniu oddzielonych płatków śluzówki pochwy, lecz na zbliżaniu ich powierzchniami okrwawionemi do siebie, oprócz zbliżania powierzchni pęcherzowej do odbytniczej. Dla wykonania tego autor odpreparowuje płatek z trzech stron, pozostawiając nienaruszoną podstawę od góry, a szwy łączące przeprowadza tak przez brzeg, jak podstawę płatka.

Na zakończenie wreszcie zabiegu P.-D. radzi zawsze wykonać wydatną plastykę krocza, aby zbliżywszy mięśnie krocza wytworzyć trzecie piętro tkankowej podpory wypadających narządów rodnych.

Zabieg Schauta-Wertheim'a (Interpositio uteri vesico-vaginalis), autor odrzuca jako zbyt gwałtownie zmieniający stosunki anatomiczne w miednicy małej.

Rozszerzone wycięcie macicy w leczeniu raka szyjki macicy. (Technika profes. Villard'a). (De l'hystérectomie élargie dans le cancer du col utérin. (Technique de M. le Professeur Villard). L a b r y R.

Lyon chirur. T. 27, str. 445, 1930.

Zadaniem techniki profesora Villard'a jest zmniejszenie do minimum możliwości zakażenia w czasie operacji. W tym celu przed operacją pacjentki są b. dokładnie przygotowane przez czas dłuższy, i gruntownie zbadane. Na 6—8 dni dostają one codzień irrygacje z płynem przeciwgnilnym (Labarraque'a albo Tormez'a). Kauteryzacji guza przed operacją nie wykonywuje się. Różnice w technice od oryginalnej operacji Wertheima są nieznaczne; odpreparowanie pęcherza odbywa się później, podwiązanie kikutów załatwia się po odcięciu pochwy; brzegów pochwy nie obszywa się; w czasie kiedy pochwa jest otwarta, leży w niej aspirator, wyciągający ewentualnie zakażoną wydzielinę; sączek zakłada się przez pochwę, worka Mikulicza Villard nie stosuje. Śmiertelność pierwotna pooperacyjna wynosi na 70 osób — 5 zmarłych (co stanowi 7,14%).

W sprawie zrakowacenia kikuta szyjki macicy po nadpochwowem odcięciu tej ostatniej. (La question de la cancerisation du moignon cervical après hysterectomie subtotale). P i n s a n, J. R.

Rev. Franç. Gynec. T. 25, Nr. 11, str. 688, r. 1930.

Na zasadzie 5 obserwowanych przez się przypadków i na zasadzie piśmiennictwa autor dochodzi do następujących wniosków w sprawie poruszonej w tytule:

częstość zrakowacenia kikuta szyjki po nadpochwowem odcięciu wynosi najwyżej 1%;

stosunkowo najczęściej niewiadomo dlaczego powikłanie to występuje w przypadkach, w których usuwano macicę nadpochwowo z powodu mięśniaków;

wycięcie śluzówki szyjki z pozostawionego kikuta nie wpływa, wbrew dotychczasowemu mniemaniu, na zabezpieczenie przed następowem zrakowaceniem.

Wyżej wymienione uwagi bynajmniej nie powinny wpływać na ograniczenie dotychczasowego zakresu zastosowania nadpochwowego odcięcia macicy.

W przypadkach zrakowacenia kikuta szyjki macicy należy leczniczo stosować promienie Rentgena lub radu; operacja zazwyczaj jest albo bardzo trudna, albo niemożliwa.

Wyniki leczenia raka szyjki przeważnie radem w ciągu ostatnich 7 lat. (Résultats du traitement du cancer du col principalement par le radium, dans les sept derniéres années). P o u e y E.

Gynécologie, T. XXX. Nr. 3, str. 140, r. 1931.

Ogólna ilość leczonych chorych wynosiła 217. Z tego 86 kobiet żyje, a 40 z nich uważać można za wyleczone przynajmniej od lat 3.

Nie jest to coprawda termin ogólnie uznany za dowód wyleczenia, ale praktycznie biorąc wiadomo, że chore, które wytrzymały bez nawrotu przez 3 lata w większości przypadków są istotnie wyleczone.

Ściśle biorąc upłynęło od czasu leczenia:

u 9 chorych — 3 lata, u 13 — 4 lata, u 6—5 lat, u 9 „ 6 lat, u 3 — 7 lat.

Technika leczenia polegała na wprowadzeniu do wnętrza macicy rurki z radem, osłoniętym filtrem 1 mm. platyny plus 1 mm. gumy, i do pochwy — 2 rurek z radem, osłoniętym filtrem 2 mm. platyny plus 2 mm. gumy. Dawka ogólna podawana w ciągu tygodnia wynosiła zazwyczaj 50 mcd. (milicurie-détrits). Stosowanie lamp radowych z zewnątrz zawiodły pokładane weń nadzieje. Przygotowanie chorych polegać winno na oczyszczeniu owrzodzenia rakowego czy to chlorkiem cynku, czy kauteryzacją cieplną, czy elektrokoagulacją, ewentualnie na usunięciu nadmiernie dużych kalafiorów łyżeczką czy też nożyczkami. Badania wewnętrznego chorych przed leczeniem należy unikać, względnie wykonywać je b. ostrożnie. W czasie stosowania radu w macicy i pochwie obowiązują opatrunki co drugi dzień.

Na zakończenie autor podaje opis przebiegu leczenia u pacjentek wyleczonych dłużej, jak od 5 lat.

Diatermja Ginekologiczna, jako cenny środek pomocniczy w leczeniu radem nowotworów macicy i pochwy. (La diathermie gynécologique, moyen auxiliaire précieux de la curiethérapie utéro-vaginale). Gentil F.

Bull. Assoc. Franç. Etude Canc. T. 19, str. 510, 1930.

Po leczeniu radem raka części pochwowej i pochwy występuje szereg mniej lub więcej przykrych dolegliwości, jak to: przejściowe bóle brzucha, lekkie podrażnienie pęcherza i odbytnicy, niewielkie parcie na kiszki i biegunka; a po pewnym czasie występuje zmniejszona rozciągliwość pochwy, jej zwężenie, stwardnienie więzadeł krzyżowo-macicznych i przymacicznych.

Aby uniknąć wymienionych wyżej powikłań autor radzi stosować diatermję, poczynając już od 8-go dnia po skończonem stosowaniu radu, przyczem zaczyna on od temper. 38° elektrody wewnątrzpochwowej (aparat „Thermoflux", — termometr Dr. Benda'y); z biegiem czasu temperaturę tę podnosi się do 40°C. Leczenie polega na serji 12 nagrzewań 20-o minutowych, stosowanych co 2-gi dzień. Na tej drodze uzyskano na 45 pacjentek bardzo dobre wyniki u 42. Stan ogólny pacjentek szybko poprawiał się, bóle znikały, parcie na stolec i mocz nie występowało, upławy zmniejszały się lub znikały i pochwa tak przy oglądaniu, jak przy wymacywaniu, przedstawia się zupełnie prawidłowo.

Nieco gorsze wyniki uzyskiwano w przypadkach raka daleko posuniętego.

Fizjoterapja zapaleń przydatków. (Le traitement physiotherapique des salpingo-ovarites). Dausset H., Chenilleau A.

Rev. d'Actinol. T. 6, str. 252, 1930 r.

W szpitalu Hôtel Dieu w Paryżu stosuje się w leczeniu zapalnych stanów przydatków następujące metody:

1) gorąca woda w irrygacjach, z ciśnieniem lub bez, lawatywy według Reclus'a, natryski brzucha, mające na celu przekrwienie jego powłok;

2) promienie pozaczerwone często stosowane zewnętrznie, lub do pochwy (Gynocalor Ackermann'a);

3) elektryczność w postaci diatermji, koagulacji diatermicznej, prądu galwanicznego, promieni Rentgena;

4) światło — lampa łukowa;

5) masaż ginekologiczny.

Zwracać należy uwagę w leczeniu przedewszystkiem na długie trwanie (do 3 godz.) i częstość (codzień) seansów i na rozmaitość środków leczniczych.

Chętnie stosuje autor t. zw. „La cure de Luxeuil", t. j. przestrzykiwanie pochwy kanką a double courant 100 litrami wody o temp. o 40—45°.

Można też irrygację tę połączyć z gorącą kąpielą (met. Alquier). Po irrygacji chora dostaje natrysk miejscowy o temp. 45° i ogólny o temp. 38°. Prąd galwaniczny daje znakomite zmniejszenie bolesności w zapaleniach jajowodów; elektroda ujemna zanurzona jest w rozczynie natr. salicyl., elektrody dodatnie kładzie się na brzuch i krzyż.

Leczenie rentgenologiczne świądu, zapomocą naświetlań układu nerwowego współczulnego. (Traitement par la radiothérapie fonctionelle sympathique des prurits vulvaires). Gouin J., et A. Bienvenue.

Bull. Soc. Radiol. méd. France, 18, str. 428, r. 1930.

Swiąd sromu, nie wywołany przez przyczyny zewnętrzne, (owsiki, upławy gonokokowe lub ciężarnych i t. d.), lecz związany przyczynowo, czy to ze stanem neuropatycznym, czy z zaburzeniami trawienia, czy z dysfunkcją jajników leczy się dobrze pod wpływem jednorazowego naświetlania okolicy nerwu trzewiowego (n. splanchnicus). Na wynik leczenia nie wpływa, czy swiąd powstał dawno czy też jest świeżym schorzeniem, czy jednocześnie mamy do czynienia z wypryskiem czy nie, natomiast ma znaczenie moment, w którym rozpoczęto naświetlanie, a mianowicie najlepiej naświetlić chorą na 8—10 dni przed początkiem spodziewanej miesiączki. Poprawa przychodzi po kilkodniowym pogorszeniu objawów. W kilku przypadkach autor widywał nawroty choroby, stosował wówczas z powodzeniem znowu to samo leczenie. Lekarstw nie stosowano żadnych.

Leczenie chirurgiczne porażeń położniczych. (Le traitement chirurgical de la paralysie obstétricale). Lauwers M. E.

J. de Chir. T. 36, str. 161, r. 1930.

Autor rozróżnia 3 typy porodowego porażenia ramienia: 1) częściowe górne porażenie zwojowe: dotyczy ono C5 i C6; mięśnie porażone: deltoideus, biceps, brachialis internus i supinator longus; zaburzenia czucia na przedniej i zewnętrznej powierzchni przedramienia od łokcia do dłoni. Przy typie Duchenne-Erbe dołącza się porażenie mięśni supraspinatus i infraspinatus.

2) Częściowe porażenie dolne zwojowe dotyczy C7, C8, D1; mięśnie porażone: interossei, zginacze palców, mięśnie palucha i małego palca, zaburzenia czucia występują na dłoni i zewnętrznej powierzchni ramienia.

3) Całkowite porażenie zwoju; porażeniu ulega cała ręka, zaburzeniom czucia dłoń, przedramię i zewnętrzna powierzchnia ramienia.

Pochodzenie porażenia porodowego leży zazwyczaj w nieostrożnych manipulacjach z rękami płodu przy porodzie. Anatomicznie stwierdza się uszkodzenie od naciągnięcia aż do całkowitego rozerwania nerwów.

Leczenie u noworodka polega na unieruchomieniu kończyny górnej w abdukcji pod kątem prostym w stawie ramieniowym, w zgięciu w stawie łokciowym, pronacji dłoni i przedramienia. Pod takim opatrunkiem zrasta się ewentualne oddzielenie nasady kostnej po 2—3 tygodniach, a przy porażeniu przeszkadza się wytworzeniu się przykurczów. Dalsze leczenie elektrycznością, ortopedyczne lub operacyjne.

Topografja i mechanizm bolów ciążowych i połogowych. (La topographie et le mecanisme des douleurs de la gestation et du post-partum). Aburel E.

C. r. Soc. Biol. Paris, T. 105, str. 759, r. 1930.

Wiele kobiet w ciąży i w połogu cierpi na bóle umiejscowione w okolicy kości krzyżowej, w udach i w dole brzucha. Okazało się, że nerwy okolicy lędźwiowej i górnej części ud, bolesnych w ciąży i w połogu wchodzą do rdzenia w tych samych odcinkach, co nerwy idące od macicy.

Autor rozpatruje i odrzuca uznawane dotychczas hypotezy objaśniające, omawiane bóle, a mianowicie: 1) ucisk na splot nerwowy, 2) odwapnienie kości łonowych, 3) zakażenie.

Autor przypuszcza, że bóle we wspomnianych okolicach zależą od podrażnenia idącego od macicy, powiększonej nadmiernie, i że powstają one wówczas kiedy podrażnienie to przekroczy próg świadomości.

Ostre zapalenie wyrostka robaczkowego w połogu. (Appendicite aiguë de suites de couches). Marmasse Jean.

Presse méd. 1930, II, str. 1122.

Autor opisuje 2 przypadki ostrego ropnego zapalenia wyrostka robaczkowego we wczesnym połogu. Obydwa przypadki leczono operacyjnie z dobrym wynikiem.

Autor przypomina zdanie Brindeau, który poleca traktować zapalenie wyrostka robaczkowego w ciąży tak samo, jak poza ciążą, poprostu tak, jakby ciąży nie było.

Leczenie operacyjne niskiego usadowienia łożyska. (Traitement chirurgical des accidents de l'insertion basse du placenta). Turenne.

Gynéc. et. Obstétr. T. 22, str. 289, r. 1930.

Na 26.000 porodów przyszło do krwawienia z powodu niskiego usadowienia łożyska w 74 przyp. co stanowi 2,8‰. Śmiertelność matek wyniosła 4,1% (3 przyp.); śmiertelność dzieci 61,1% (48 dzieci).

Wszystkie 3 przypadki śmierci matek odnoszą się do grupy 67 przyp. leczonych metodami klasycznemi, w pozostałych 7 przyp. zastosowano cięcie cesarskie z dobrym wynikiem. To też autor poleca tę ostatnią operację, jako metodę wyboru dla większości przypadków, oddając starym metodom postępowania jedynie te, w których ujście zewnętrznie jest już całkowicie rozwarte, i warunki pozwalają na natychmiastowe ukończenie porodu.

Wpływ przebicia pęcherza płodowego na przebieg porodu. (Influence de la rupture artificielle de la poche des eaux sur l'evolution de l'accouchement). Laye Pierre.

Rev. Franç. Gynéc. Obstétr. T. 25, str. 659, r. 1930.

Szkoła Strasburska, która oddawna pod wpływem swego założyciela prof. Schikelè'go była teoretycznie stronniczką przebicia pęcherza płodowego w czasie I okresu porodu, poczęła od końca r. 1927 stosować je systematycznie, w każdym porodzie w położeniu podłużnem, żądając jedynie, jako warunku, zamknięcia części pochwowej i rozwarcia ujścia zewnętrznego przynajmniej na palec. Podstawą teoretyczną tego postępowania jest przekonanie o zupełnej zbędności wód przodujących, skoro rozwarcie ujścia wewnętrznego i zewnętrznego macicy jest skutkiem działalności czynnej podłużnych włókien mięsnych macicy, nie zaś biernego poddawania się ujścia sile klina, za jaki uważają niektórzy autorowie wody przodujące, otoczone pęcherzem. To też głównym czynnikiem rozwierania się ujścia są skurcze macicy, pęcherz płodowy zaś ma rolę dodatkową.

a) Przebicie pęcherza płodowego zmniejszając objętość macicy na skutek częściowego odpływu wód płodowych, wpływa zazwyczaj na wzmocnienie bólów porodowych, które w najlepszym wypadku stają się dłuższe i występują częściej.

b) Rozwarcie ujścia zewnętrznego zazwyczaj postępuje szybciej po przebiciu pęcherza płodowego i poród kończy się niekiedy w zdumiewająco szybkim czasie. Dzieje się to jednak nie zawsze: niekiedy następuje chwilowe spadnięcie ujścia zewnętrznego, które było rozciągnięte niejako na napiętym pęcherzu płodowym, teraz straciło swą podporę, aż do czasu, kiedy zesuwająca się w dół część przodująca zajmie miejsce pęcherza płodowego; druga możliwość — to czynne obkurczenie się ujścia zewnętrznego, będące skutkiem przewagi mięśni okrężnych szyji. Spazm ten szyji zwalczyć się daje z powodzeniem przez podanie podskórne środka przeciwskurczowego, przedewszystkiem spasmalgine — Roche.

W niektórych rzadkich przypadkach obkurczenie szyji jest skutkiem normalnego napięcia mięśni okrężnych, szyji, ale zbyt słabej czynności mięśni podłużnych trzonu. W tych przypadkach wchodziłyby w grę środki wzmacniające bóle porodowe.

Stosowanie środków przeciwskurczowych w przypadkach spastycznego obkurczenia szyji (czynnego) winno być dość wczesne, aby nie dopuścić do wytworzenia się następnego obrzęku brzegów ujścia, ustępującego zazwyczaj dopiero po jego nacięciu.

c) Wreszcie i na ustalenie się części przodującej wpływa przebicie wód płodowych korzystnie, oczywista — o ile istnieje możliwość przejścia główki, jako części przodującej, przez miednicę małą. Zwłaszcza przy główce ruchomej nad wchodem wytwarza się w wodach przodujących na sku-

tek komunikacji z wodami następowemi siła, przeciwdziałająca postępowi główki, brak zaś postępu uniemożliwia całkowite oddzielenie wód przodujących od następowych, stąd „circulus viciosus", który rozwiązać należy przebiciem pęcherza płodowego. Oczywista wykonywać należy to ostrożnie, regulując gwałtowność odpływu wód płodowych i przeciwdziałając możliwemu wypadnięciu części drobnych, przedewszystkiem pępowiny. Ta ostatnia wypada zaledwie w 0,52% przypadków.

Przystępując do rozpatrzenia zarzutów przeciw omawianej metodzie postępowania położniczego pamiętać należy, że dotychczas podnoszone zarzuty opierały się na obserwowaniu porodów z samoistnym przedwczesnym odpływem wód płodowych w przypadkach, już z innych powodów, patologicznych porodów.

Obserwacje autora opierają się na materjale przeciętnym, a więc przeważnie fizjologicznym w ilości 1557 porodów.

Rozpatrując kolejno zarzuty stawiane tej metodzie, jako to: niebezpieczeństwo wypadnięcia pępowiny, konieczność częstego rozwiązywania rodzącej operacyjnie, niebezpieczeństwo dla płodu, niebezpieczeństwo zakażenia — autor odrzuca je jeden za drugim, przytaczając niezmiernie dokładną statystykę porównawczą przypadków, w których nie przebito pęcherza płodowego i takich, w których tego dokonano.

Odsetek powikłań jest taki sam, względnie nieco większy w grupie porodów bez przebicia pęcherza płodowego, niż w grupie prowadzonej według zaleceń szkoły strasburskiej.

Szczegóły i obserwacje przeczytać należy w oryginale.

Próbny poród w przypadkach ścieśnionych miednic (L'épreuve du travail dans le traitement des bassins limités). Brouha M.

Rev. Franç. Gynéc. T. 25, str. 449, r. 1930.

Autor omawia porody przy miednicach ścieśnionych, których conj. vera wynosi od 8—9½ cm. Obserwując dokładnie te przypadki autor przychodzi do wniosku, że należy zachowywać się możliwie zachowawczo i raczej poddać poród próbie, niż zbyt pohopnie chwytać się cięcia cesarskiego. Zresztą w ostatnich czasach zaznacza się spadek odsetka cięć cesarskich wykonanych z powodu ścieśnionej miednicy. Mianowicie w r. 1927 rozwiązano cięciem cesarskiem 46%, w 1928 — 30%, a w r. 1929 — 20% kobiet ze ścieśnioną miednicą.

T. Zawodziński.

CHOROBY SKÓRNE I WENERYCZNE.

Trzy przypadki kiły arsenoodpornej. (Trois syphilitiques arsénorésistants ou arsénorécidivants). Gougerot.

La Presse Méd. 1931, Nr. 47.

Przypadek pierwszy jest przykładem kiły opornej na leczenie związkami arsenu. Świeży przypadek kiły z objawami pierwszo i drugorzędnemi poddany był energicznemu leczeniu arsenobenzolem w dawkach (0.15—1.05). Pomimo, że chory otrzymał 6.2 gr. arsenobenzolu, wykwity utrzymywały się i świeże pojawiły się na twarzy. Jak większość przypadków arsenoodpornych tak i ten okazał się wrażliwym na bizmut. Po trzecim zastrzyku przetworu bizmutu rozpuszczalnego w oliwie — wysypka ustąpiła. Przypadek drugi jest przykładem kiły, dającej rychły nawrót po leczeniu arsenobenzolem. U kobiety 28-letniej, leczonej z powodu wysypki kiłowej arsenobenzolem, w 6 dni po ostatnim zastrzyku (0.9) wystąpiły zmiany odpowiadające nazwie syphilides papulosquameuses.

W przypadku trzecim pomimo energicznego leczenia arsenobenzolem odczyn Wassermana utrzymywał się dodatni; zmianę odczynu na ujemny udało się uzyskać przez leczenie przetworami bizmutu. Autor zwraca uwagę na niewłaściwość przedłużania leczenia arsenobenzolem w podobnych przypadkach, na konieczność jak najszybszego przejścia do innych leków. W razie, gdyby przypadek kiły okazał się odporny na wszystkie trzy grupy leków należy leczenie specyficzne połączyć z autohemoterapją lub proteinoterapją.

O źródłach przewlekłych zakażeń skóry. (Sur les origines et les sources premières des infections cutanées chroniques). R. Sabouraud.

La Presse Méd. 1931, Nr. 48.

Autor zastanawia się nad przyczyną powstawania przewlekłych bakteryjnych schorzeń skóry, jak czyraczność, figówka bakteryjna i t. p., przychodzi do przekonania, że źródłem, z którego stale szerzy się zakażenie są fałdy skóry, zakażone mieszki włosowe i strupy, w których można wykazać obecność bakterji ropnych, zwłaszcza gronkowców. Dlatego też tak, jak w szeregu innych schorzeń śledząc za zakażeniem zwracają lekarze szczególną uwagę na wyrostek robaczkowy i migdałki — tak zadaniem dermatologa jest zwrócić baczną uwagę na wszelkie najmniejsze nawet zmiany w fałdach skóry, na nieznaczne odczyny zapalne ujść około mieszkowych włosowych, na wszelkiego rodzaju strupki i zdarcia naskórka.

Trzy postaci nietypowego uporczywego liszaja płaskiego. (Trois formes de lichen plan atypiques rebelles: guérison par les traitemens des lichens). H. Gougerot.

La Presse Méd. 1931, Nr. 23.

Przypadek pierwszy dotyczył kobiety 53-letniej, cierpiącej od szesnastu lat na ustawiczne swędzenie skóry, nasilające się okresowo, już to uogólnione, już to umiejscowione w fałdach okołostawowych. Badanie dokładne wykazało na śluzówce lewego policzka dyskretne lecz typowe wykwity liszaja płaskiego wobec czego swędzenie rozpoznano jako objaw swoisty patogenetycznie związany z tym schorzeniem. W miesiąc po zastosowaniu leczenia promieniami X (naświetlanie rdzenia) swędzenie i wykwity na śluzówce ustąpiły.

Przypadek drugi dotyczył 27-letniego mężczyzny, u którego od 3-ch lat istniały na tułowiu swędzące rumieniowe, złuszczające się tarczki, które na pierwszy rzut oka nasuwały podejrzenie co do parakeratosis Broq'a. Chory był leczony różnemi sposobami bezskutecznie. Na języku znaleziono podczas dokładnych oględzin wykwity typowe dla liszaja płaskiego w postaci mlecznych plamek okrągłych, ułożonych w kształcie litery V. Przypadek ten rozpoznano jako nietypową postać rumieniową — złuszczającą liszaja płaskiego i zastosowano leczenie promieniami X (odcinek rdzenia międzyłopatkowy i lędźwiowo-krzyżowy) i zastrzykami domięśniowemi acetyl-arsanu. Wszystkie wykwity stopniowo ustąpiły, pozostawiając na tułowiu brunatne plamy, na języku ścieńczenie śluzówki tak, jak w przypadkach zejścia glossitis syphilitica.

Przypadek trzeci dotyczył 48-letniego mężczyzny cierpiącego od 8 lat na neuralgję języka. Chory był leczony u wielu lekarzy (dentystów, neurologów i t. d.), bezskutecznie, w końcu skierowano go do autora z rozpoznaniem kiły, gdyż istniały wykwity i na żołędzi. Wykwity te okazały się wieńcowo ułożonemi typowemi, lśniącemi grudkami liszaja płaskiego. Chory otrzymywał dwa razy tygodniowo podskórnie zastrzyki sulfarsenolu w dawkach 0.12—0.6 do 6 gramów. Wyzdrowienie nastąpiło w 2 miesiące.

Z. Jastrzębska.

KRONIKA.

III. Międzynarodowy Kongres Radjologji Lekarskiej odbędzie się w Paryżu w dniach od 26 do 30 lipca r. b. pod protektoratem Prezydenta Rzeczypospolitej Francuskiej i pod przewodnictwem honorowem p. *Marji Curie-Skłodowskiej. Prezesem Kongresu jest Antoni Beclére,* generalnym sekretarzem *Ledoux-Lebard.*

W skład Delegacji Polskiej wchodzą: jako przewodniczący *Dr. Bronisław Sabat* (Warszawa), *Dr. Alkiewicz* (Poznań) i *Dr. Grynkraut* (Warszawa); jako zastępcy delegatów: *Dr. B. Kryński* (Warszawa), *Dr. Tumidajski* (Lwów) i *Dr. M. Zaleski* (Warszawa).

W myśl statutu Międzynarodowych Kongresów Radjologicznych uczestnikami Kongresów, które odbywają się co 3 lata mogą być członkowie Towarzystw Radjologicznych, lub osoby polecone przez Towarzystwo Radjologiczne.

Z Polski zgłosiło uczestnictwo w Zjeździe 32 radjologów, z tych 14 zgłosiło komunikaty.

*

III kurs dokształcający dla lekarzy urządzony przez fundację Tomarkin w New Yorku odbędzie się w Locarno od 11—26.X.1931. Informacji udziela sekretarjat fundacji Tomarkin, Locarno, Case postale 128.

*

Pod redakcją d-ra *Adolfa Klęska* zaczęło wychodzić czasopismo p. t. „Droga do zdrowia" poświęcone w pierwszym rzędzie zapobieganiu chorobom, a przeznaczone dla osób ubezpieczonych w Kasach Chorych. Niewątpliwie potrzeba nam było dawno pisma tak prowadzonego, a mającego szanse trafienia do szerszych mas, albowiem na terenie popularyzacji higjeny zdziałano u nas bardzo mało. Pierwsze numery tak redakcyjnie, jak i graficznie przedstawiają się bardzo dodatnio. Należy szczerze życzyć nowemu pismu jak największego rozwoju.

POKŁOSIE TERAPEUTYCZNE.

Bardzo dobre wyniki otrzymywano, stosując w celach leczniczych wstrzykiwania do *gruźliczych ognisk kostno-stawowych podwójny cjanek złota i potasu* w roztworze wodnym 1 : 1000, z dodatkiem nowokainy w stosunku 0,5%. Dawka jednorazowa dla dzieci wynosi 0,003 — 0,005 g. cjanku złota i potasu, dla dorosłych — 0,01 — 0,02 g. Po nałożeniu na kończynę powyżej chorego stawu opaski Esmarcha wstrzykuje się dany roztwór do ogniska gruźliczego i w jego najbliższe otoczenie, opaskę zaś zdejmuje się dopiero po 15—20 minutach. Bezpośrednio po zabiegu następuje pewne pogorszenie miejscowe i ogólne, po paru zaś dniach zaczyna się wybitna poprawa — zmniejszenie się bólów samoistnych i przy ruchach, poprawa ogólna, przyrost na wadze; okres miejscowego gojenia się ogniska znacznie się skraca.

W razie potrzeby po 2 — 3 tygodniach powtarza się owe wstrzyknięcie, i zwykle dwa wstrzyknięcia wystarczają do zagojenia się ogniska gruźliczego, obok stosowania zwykłego dla tych przypadków leczenia ortopedycznego (unieruchomienia).

(La Presse Méd. Nr. 217, 1931).

*

* *

W leczeniu żylaków goleni wstrzykiwaniem środków drażniących zaczęto stosować w ostatnich czasach z powodzeniem *glicerynę.* Nowy ten środek góruje nad innemi, jak np. salicylanem sodu, chininą, uretanem, tem, że nie jest wcale trujący (będąc raczej fizjologiczną odżywką dla ustroju), a swoje działanie drażniące i pobudzające proces zakrzepowy w żyle zawdzięcza tylko swemu stężeniu. Nie daje powikłań, ani miejscowych ,ani ogólnych, a przedostanie się pewnych ilości tego środka pod skórę powoduje tylko niewielki i krótkotrwały ból (bez obawy wywołania nekrozy). Wstrzykuje się jednorazowo 5—10 cm^3 roztworu 50—75% gliceryny w wodzie destylowanej, następne wstrzyknięcie (do tejże żyły) — po 4 dniach, w razie potrzeby trzecie — po 6 dniach. Środek

ów nadaje się w zupełności do stosowania ambulatoryjnego, zwłaszcza u osobników w wieku podeszłym i w niezbyt dobrym stanie ogólnym (serce, płuca), u których inne środki (trujące) będą przeciwskazane.

(La Presse Méd. Nr. 48, 1931).

* * *

Najodpowiedniejsza pora podawania lekarstw.

Rano, naczczo	Sole przeczyszczające. Leki przeciwczerwiowe. Leki zobojętniające HCl w nadkwasocie.
Przedpołudniem, w przerwie międzyposiłkowej	Leki nasercowe. Leki kojące i uspokajające. Leki antyseptyczne jelitowe.
Przed posiłkiem	Leki pobudzające łaknienie. Leki gorzkie (Amara). Związki jodowo-taninowe. Chinina.
Bezpośrednio przed posiłkiem	Arszenik. Żelazo. Podsiarczany. Leki fosforowe.
W środku posiłku	Leki przeciwdnawe, typu atofan. Pigułki przeczyszczające (podczas kolacji).
W końcu posiłku	Leki salicylowe typu aspiryny.
Po posiłku	Leki bromowe. Kreozot. Tran.
W godzinę po posiłku	Leki z belladonną. Sole alkaliczne lub wiążące HCl. Niektóre środki antyseptyczne jelitowe.
W okresie między posiłkami	Leki zwalczające kaszel, zwłaszcza syropy. Środki przeciwgośćcowe (salicylaty).
Przed udaniem się na spoczynek	Leki uspokajające i nasenne. Środki regulujące krążenie.

(Bruxelles-Médical, Nr. 38, 1931).

Redaktor odpowiedzialny: *Doc. Dr. A. Wojciechowski*
Wydawca: Spółka Wydawnicza „Wiedza Lekarska".
Adres redakcji i administracji Warszawa, Kaliska 9. Tel. 724-39.
Prenumerata z przesyłką rocznie zł. 8, kwartalnie zł. 2. Konto P. K. O. 15.785.

		¹/₁ str.	½ str.	¼ str.
Ogłoszenia:	zewnętrzna strona okładki	zł. 450.—	250.—	135.—
	bezpośrednio przed tekstem	„ 350.—	200.—	120.—
	2-ga i 3-cia strona okładki	„ 350.—	200.—	120.—
	pozostałe	„ 300.—	170.—	95.—

ZAKŁ. GRAF. PRAC. DRUK., WARSZAWA, NOWY-ŚWIAT 54, TEL.: 615-56 I 242-40.

ROK V WARSZAWA 1931 WRZESIEŃ ZESZYT IX

WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY PRZEGLĄDOWI FRANCUSKIEGO PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO I POTRZEBOM LEKARZA PRAKTYKA

REVUE MENSUELLE CONSACRÉE À LA LITTERATURE MEDICALE FRANÇAISE ET AUX BESOINS DU PRATICIEN

pod redakcją Doc. Dr. Wojciechowskiego

PRACE ORYGINALNE

Przekwitanie u kobiet i u mężczyzn

podał

DR. WILHELM ROSENKRANZ.

Mówiąc o przekwitaniu mamy na myśli płeć żeńską, chociaż w ostatnich latach zaczęto rozróżniać i przekwitanie męskie. Czy słusznie, zastanowimy się nad tem później. Kobieta jest zaprzągnięta w służbę swej płci więcej aniżeli mężczyzna; jej całe życie skupia się w fizjologicznem zadaniu wydawania potomstwa i utrzymania rodu ludzkiego. Tak dalece, że mamy prawo wyodrębnić tę fazę życiową, w której gaśnie jej zdolność wydawania potomstwa. Przekwitanie jest zjawiskiem fizjologicznem i jako takie powinno przejść niespostrzeżenie. Niestety tak nie jest, wplatają się zjawiska patologiczne, zacierają się granice tak, że ostatecznie nie wiemy, co jeszcze należy zaliczyć do fizjologji, a co do patologji i to właśnie jest charakterystycznem dla przekwitania. Przekwitanie trwa przeciętnie dwa lata i rozpoczyna się w wieku od 40 — 58, najwięcej między 45 a 49 rokiem życia (około 45%). Trwanie i wiek zależny jest od klimatu, rasy, podłoża dziedzicznego, od życia poprzedniego, od wyżycia się płciowego, od warunków życiowych, materjalnych, a najwięcej od konstytucji. Klimat południowy i rasa południowa przyśpieszają przekwitanie n. p.: córki południowców, zamieszkałe w krajach północnych wchodzą wcześniej w okres przekwitania. Chinki i japonki w 40 roku życia, murzynki z centralnej Afryki w 35, a kobiety plemion nawpół dzikich nawet w 30 roku życia. Ma się wrażenie, że niższość rasy obniża wiek przekwitania. Zyskują na czasie kobiety sfer bogatych, gdyż ciężkie warunki życiowe, niedożywienie obniżają wiek przekwitania. Z typów konstytucjonalnych typy infantylny i hetero-seksualny prędzej przekwitają aniżeli pykniczny. Opóźniają przekwitanie mięśniaki, obniżenie trzewi, tyłozgięcie macicy i inne. Fizjologiczny przebieg przekwitania przedstawia się pokrótce nastę-

pująco: naczelnym objawem są zmiany w krwawieniu. Zmiany już to nagłe, dające często asumpt do ciąży wrzekomej (grossesse nerveuse) jużto powolne, zaznaczające się coraz mniejszemi, w różnych odstępach czasu, krwawieniami przerywanemi silniejszemi krwotokami. W narządach rozrodczych rozpoczyna się proces wsteczny przez zanik tłuszczu w okolicy sromu, na wargach dużych, przez zanik gruczołów łojowych i włókien sprężystych. Pochwa z początku przekrwiona, ma później rysunek marmurowany, z powodu zaniku naczyń i licznych bladych odcinków błony śluzowej. Staje się ona krótszą, mniej elastyczną o gładkich zanikających sklepieniach. Niekiedy ubytki błony śluzowej powodują zrośnięcie się ścian pochwy. Macica jest z początku duża z powodu przekrwienia, później mała, płaska, twarda o bujnie przerosłej tkance łącznej kosztem włókien mięsnych. Waga jej zmniejsza się niekiedy do 30 gramów. Zatraca się granica między szyjką, a trzonem macicy, część pochwowa zanika — pochwa przechodzi wprost na ujście zewnętrzne. Aparat więzadłowy macicy ulega zanikowi, zwiotczeniu, macica obniża się, ustala się w położeniu poziomem. Wszędzie buja tkanka łączna, w trąbkach zanika światło, w jajnikach nie wytwarzają się pęcherzyki, naczynia wapnieją.

Zmiany w narządach rozrodczych idą w parze ze zmianami ogólnemi. Są one nieznaczne u kobiet typu pyknicznego. (Wzrostu małego, okrągłe, o krótkiej szyi, niskiem czole, dobrze napiętej skórze), u których następuje rozwój tkanki tłuszczowej proporcjonalnie rozłożonej. Inaczej u kobiet typu „astheno-ptoticus“, które w młodości były smukłe, o zaokrąglonych, wypełnionych w miarę tłuszczem kształtach. Przedstawiają one obecnie szczególny widok z powodu opadających fałdów skóry na policzkach, mas tłuszczowych w dolnych częściach ciała — co jest skutkiem wrodzonego słabego napięcia tkanek, zmniejszonego nadto przez przekwitanie. Piersi wydłużają się, brodawki stają się większe. Kobiety typu interseksualnego, wysokie, chude, o grubych kościach, rzadko mają dużo tkanki tłuszczowej, w przekwitaniu zaś chudną raczej, rysy nabierają charakteru męskiego: są ostre, tu i ówdzie występuje męski zarost na twarzy i podbródku. Głos ich staje się gruby, szorstki, piersi całkiem zanikają, brodawki piersiowe i okolica ciemnieją, owłosienie sromu przekracza górną granicę, wszystkie miejsca trwałego ucisku dostają dużo barwiku. *Halban* widzi w tem zjawisku dowód dwupłciowości, a mianowicie wydobycie się na powierzchnię cech płci męskiej, których zwycięski dotychczas jajnik nie dopuszczał na światło dzienne. Inne zjawiska stoją w związku z gruczołami o wewnętrznem wydzielaniu. Działalność tych gruczołów jest silnie ze sobą sprzężona, wzajemnie łączą się one i uzupełniają. Wypadnięcie czynności jednego z nich pociąga za sobą ogólne zmiany z powodu załamania się dotychczasowej harmonji hormonalnej. To odbija się na całem organizmie, któremu potrzeba dłuższego czasu do uzyskania równowagi. Z powyższych przyczyn spostrzegamy szereg zjawisk u kobiet w tym okresie np.: zaburzenia wazomotoryczne, jak uderzenia krwi z następowem zblednięciem i obfitem poceniem się, obejmującem niekiedy wielką część ciała (bouffées de chaleur). Dzieje się to nagle, często w nocy, objawem prodromalnym jest niepokój, szum w uszach, migotanie. Z innych zaburzeń wazomotorycznych wymieniamy uczucie ciepła, mrówienie kończyn, skurcze mięśni goleni, skurczowe bóle głowy (migrena, ginie bezpowrotnie!), ślinienie, bezsenność. Do tego przyłącza się bębnica i uporczywe zaparcie. Centralny układ nerwowy podrażniony — kobiety są bardzo podniecone, zrzędliwe, przeczulone, zwłaszcza ze sfer dobrze sytuowanych z wiecznie napiętą uwagą na sferę płciową, szukające i znajdujące szereg dolegliwości bez podłoża organicznego. Inne są apatyczne, melancholijne, nieporadne, zaniedbujące się w pracy zawodowej (t. zw. „melancholja przełomu“. Stan centralnego układu nerwowego jest zależny od samej jednostki, te bowiem, które przedtem nie były w równowadze duchowej i obecnie pozostają w rozterce. Co do życia płciowego — to jedne, przeważnie kobiety zimne, cierpią z powodu zwiększonej pobudliwości zmysłowej, a drugie tracą je zupełnie. Przesłanki do wzmożonej pobudliwości płciowej należy szukać w korze mózgowej, co jest zupełnie zrozumiałem u kobiet kulturalnych, któreby chciały przedłużyć swoją młodość, z której trudno im zrezygnować. Skłonne są tedy do różnych, ośmieszających je awantur miłosnych *(Karin Michaelis)*.

Powyższe objawy mogą przejść niespostrzeżenie granicę fizjologiczną, każdy z nich może stać się przyczyną poważnych zmian, nieraz zgubnych, nastręczających dużo trudności rozpoznawczych. Do tych objawów należą między innemi krwawienia. Mogą one występować przed, w okresie i po przekwitaniu bez zmian organicznych, li tylko z powodu wygasania działalności jajników. Po za temi krwawieniami kryją się niekiedy ciężkie schorzenia i wielka ilość kobiet pada ofiarą swojej „wiedzy“, że te krwawienia są rzeczą zwyczajną w tym okresie. Przyczyną tych ofiar jest nietylko „wiedza“ kobiet, lecz, niestety często i niedbalstwo, raczej niesumienność lekarzy, którzy zapisują bezkrytycznie styptica i zaprzepaszczają najdroższy czas. Każdy przypadek nadmiernego krwawienia wymaga sumiennego zbadania i zużycia całego, stojącego nam do dyspozycji, aparatu djagnostycznego. Przyczyny wszelkich obfitych krwawień, jużto okresowych przedłużających perjody, jużto przyjmujących charakter krwotoków, szukano dawniej tylko w macicy samej, w stanie jej zapalnym w tak zwanym endometritis glandularis hyperplastica. Uprzytomniwszy sobie fizjologiczne zmiany błony śluzowej macicy, zdołamy tę przyczynę gdzieindziej umieścić. Błona śluzowa macicy składa się z warstwy podstawowej, niezmiennej w całem przebiegu życia płciowego i z warstwy czynnej, która doznaje przez bujanie naczyń i gruczołów szereg zmian cyklicznych, kończących się ostatecznie całkowitem złuszczeniem i skurczem ziejących naczyń. Otóż przed i w okresie przekwitania przychodzi do większych krwawień przy zdrowych narządach rozrodczych, gdy nie następuje rychło skurcz pękniętych i ziejących naczyń. Staje się to z powodu przedwczesnego przerastania mięśniówki tkanką łączną i skutkiem tego osłabienia aparatu mięśniowo skurczowego, jako też wskutek miażdżycy tętnic, ograniczającej się tylko do narządów płciowych. Dzieje się to, najczęściej u kobiet typu astheno-ptotycznego. Drugą przyczyną jest bierne przekrwienie narządów rozrodczych wywołane też błędami djetetycznemi, nadużywaniem jadła i napojów, zmianami w mięśniu sercowym, w nerkach, opuszczeniem trzewi i t. d. Trzecią przyczyną są zaburzenia czynnościowe jajnika w postaci chaotycznego, nadmiernego dojrzewania pęcherzyków, które powodują nadmierne bujanie czynnej warstwy błony śluzowej macicy. Dowodem, że te krwawienia należy odnieść do hormonalnych wpływów jajnika jest nawrót tych krwawień po zeskrobaniu przerosłej błony śluzowej macicy. Oczywista, że ta nieprawidłowa czynność jajnika wpływa na inne gruczoły o wewnętrznem wydzielaniu, zwłaszcza na tarczycę, odgrywającą pewną rolę w krwawieniach.

Z innych przyczyn nadmiernego krwawienia idących już w parze ze zmianami patologicznemi narządów rozrodczych wymienić należy zmiany położenia macicy, mięśniaki, procesy zapalne, nadżerki, odleżyny, nowotwory i polipy. Powyższe krwawienia wymagaja skrupulatnego badania całego organizmu, dokładnej anamnezy, wykluczenia przyczyn poza narządami rozrodczemi leżących, jak: serce, nerki, płuca, niedokrewność, białaczka, opuszczenie trzewi, zaparcie etc. etc., następnie zużycia całego aparatu naukowego, nam dostępnego, jak badanie skrawków uzyskanych przez nacięcie lub zeskrobanie błony śluzowej. Pamietamy przytem, że wszystkie procesy zapalne są przeciwskazaniem do tych zabiegów. Prócz krwawień stojących na pograniczu fizjologji i patologji i przekraczających je są i inne objawy, znamienne dla okresu przekwitania. Do tych należą: świąd sromu (pruritus vulvae), zanik sromu (craurosis vulvae), upławy, zapalenie pochwy w przekwitaniu i po niem (colpitis clima- et post climacterica) wypadnięcie macicy i pochwy (prolapsus), rak gruczołu piersiowego, uderzenia, poty, zawroty głowy, szum w uszach, miganie, bóle naczyniowe, sensacje w okolicy serca, zaburzenia przewodu pokarmowego, pęcherza moczowego, nerwobóle, bezsenność, zaburzenia układu kostnego, bóle w stawach, w mięśniach, zaburzenia przemiany materji, organów krwiotwórczych, choroby skóry, zaburzenia psychiczne i t. d. Widzimy, że przekwitanie niczego nie oszczędza. Rzucono tu wszelkie zjawiska jakby do wspólnego kosza. Nie powinniśmy zapominać przytem o rozpoznaniu różniczkowem, do czego zre-

sztą wrócimy. Z wyżej wspomnianych objawów świąd sromu — pruritus vulvae — jest prawdziwą męczarnią dla kobiet. Może on być objawowy np. przy cukrzycy, przy zapaleniach sromu wywołanych upławami, hypersekrecją gruczołów potnych przy nadmiernem nagromadzeniu się tłuszczów i maceracji i może też być pierwotnym wywołanym zaburzeniami czynnościowemi jajnika. Nasilenie tego obrazu daje t. zw. leukoplakja, z której może rozwinąć się rak. Poza przyczyną hormonalną szukają niektórzy autorzy przyczyn świądu sromu w układzie nerwowym, uważając go za psycho-neurozę, i leczą psychoanalizą ze zmiennym wynikiem. Kobiety cierpią strasznie dzień i noc, przy ruchu, przy oddawaniu moczu — niekiedy popełniają samobójstwo. Craurosis vulvae cechuje zanik i skurczenie sromu. Staje się on pergaminowo - biały, wargi zanikłe są małemi fałdami skórnemi, brak owłosienia, introitus vaginae przedstawia podłużną szczelinę. Histologicznie jest tu atrophia rete Malpighi, brak brodawek, pigmentu, gruczołów łojowych i potnych, i zanik włókien elastycznych. W odróżnieniu od leukoplakji, gdzie są zmiany w naskórku, mamy tu więcej zmian w tkance łącznej i dlatego z leukoplakji prędzej może powstać rak, aniżeli z craurosis vulvae. Przyczyny craurosis należy szukać w długotrwałych zmianach zapalnych, pruritus objawowym, gonorrhoe, lues, no i w jajniku, jako gruczole o wewnętrznem wydzielaniu; świadczy o tem występowanie craurosis tylko w okresie przekwitania. Przy wyżej wymienionych zmianach sromu cierpi okolica cewki moczowej. Obfite upławy w tym okresie mają przyczynę w zmianach pochwy z powodu przekrwienia biernego, a później z powodu większych wydzielin, rzadkich, jasno żółtego koloru, wywołanych procesami wstecznemi. Pochwa jest mniej elastyczna, sklepienia zanikają, powstają ubytki błony śluzowej, maceracja i niekiedy zlepienie się ścian z następową myxo- lub pyo-metrą. Ścieńczała błona śluzowa uboga w glykogen służy jako dobra pożywka dla drobnoustrojów chorobotwórczych. Oznaczamy ten proces ogólną nazwą kolpodystrophia postclimacterica desquamativa.

Zaburzenia przewodu pokarmowego są wywołane przekrwieniem biernem, opuszczeniem trzewi — są to wzdęcia, zaparcie naprzemian z biegunką, zaburzenia smaku przypominające hyperemesis. Asthma bronchiale, neuralgje, i bezsenność należy odnieść czasem do neurastenji. Skóra ulega różnym przemianom jak pigmentacja, acne rosacea, erythema fugax, pemphigus, herpes pregenitalis, eczema, urticaria, miliaria, sclerodermia, cyanosis etc. etc. Większe zmiany są w stawach i tak rozróżniamy:

1) postać bólową — bolesność stawów przy ruchach bez objawów zapalnych z tkliwością pobliskich mięśni, powięzi i nerwów, 2) postać podostrą w drobnych stawach, czasem z lekkiem wzniesieniem ciepłoty, ze zgrubieniem torebek stawowych przypominającą dnę, nazwaną arthritis genuina sicca (leczniczo działa dobrze thyreoidea), 3) postać z płynem wodnistym — hydrarthros — często w kolanie, i 4) postać zniekształcającą, charakteryzującą się symetrycznem zajęciem stawów, ze zmianami przypominającemi arthritis deformans, ale o mniejszem nasileniu. Nazwano ją arthropathia ovaripriva. Podłoże jej: zaburzenia układu para i sympatycznego i gruczołowego. Kościec rzadko ulega zmianom wstecznym i demineralizacji, jako osteomalacia tarda. Wszystkie te zmiany są skutkiem wypadkowych wzajemnego stosunku gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu i konstytucji. Każda kobieta ma przekwitanie odpowiadające jej konstytucji. „Rozumna i stale zajęta kobieta rzadko przechodzi ciężką, zwalającą ją z nóg neurozę przekwitania". *(Curshman)*.

Wszystkie kobiety możemy podzielić ze względu na zachowanie się tarczycy w przekwitaniu na 2 typy. Na typ hyperthyreoidyczny i na typ hypothyreoidyczny. Kardynalnym symptomem typu hyperthyreoidycznego jest powiększenie tarczycy — dalej przyspieszenie tętna, podwyższenie ciśnienia, przyśpieszenie przemiany materji, objaw Moebiusa. Należą tu kobiety typu interseksualnego. U typu hypothyreoidycznego przekwitanie przyjmuje formę hypothyreozy *(Gluziński)*, a więc równomierne rozmieszczenie tłuszczu, suchość skóry, achylja, zaparcie, wypadanie włosów, wypadanie zębów, zgrubienie języka, nadmierny rozwój żylaków na kończynach dolnych, apatja, osłabienie pamięci. Obydwa typy dają szereg zaburzeń psychicznych od zwyczajnego podniecenia, apatji, osłabienia pamięci aż do zaburzeń manjakalno - melancholijnych, objawiających się głośnem lamentowaniem, skargami, ostrem podnieceniem. Melancholje trwają długo — do kilku lat i dają złe rokowanie; występują częściej u kobiet bezdzietnych. Inną formą zaburzeń psychicznych występujących u osób przeczulonych, predysponowanych z ukrytemi zaburzeniami psychicznemi, które przekwitanie wyzwala jest t. zw. paranoia wsteczna „paranoia involutionis". Te kobiety cierpią na hallucynacje, opętane są manją zazdrości, prześladowania. Rokowanie niedobre.

Tak przedstawiają się pokrótce objawy przekwitania u kobiet. Skala rozpiętości jest wielka — między kobietą, prawie bez żadnych dolegliwości, wprost kwitnącą w tym okresie, a kobietą, która przechodzi go jako nieudręczone pasmo cierpień. Ich przyczyna: Powolny zanik działalności jajnika, jako gruczołu mieszanego z czynnym wpływem na wszystkie inne gruczoły o wewnętrznem wydzielaniu. Następuje zaburzenie korrelacji tego zamkniętego pierścienia wzajemnych wpływów. Potrzeba dłuższego okresu czasu, aż nastąpi powrotna równowaga z przewagą już innych gruczołów.

Zanim omówimy leczenie przekwitania zatrzymamy się nad zagadnieniem gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu. Nauka o tych gruczołach wybiła się w ostatnich latach jako naczelne zagadnienie naukowo - praktyczne i może poszczycić się wielkiemi zdobyczami. Jajnik i jądro wydzielają, oprócz jaj i plemników, ciała o mało znanej nam strukturze chemicznej t. zw. hormony płciowe. Wpływają one na budowę ciała, owłosienie, ciśnienie krwi, wydzielanie gruczołów potnych, na mięśnie gładkie, rozszerzalność naczyń, przemianę materji w zakresie wody, azotu, cukru i wapnia, rozwój narządów rozrodczych etc. etc. Największy wpływ mają gruczoły płciowe u kobiet; większy niż u mężczyzn. Wielkie zainteresowanie wywołały prace szeregu uczonych tyczące wyosobnienia hormonu płciowego.

Głównem miejscem wytwarzania się tego hormonu u kobiet, jest ścianka dojrzewającego do pęknięcia pęcherzyka; mniejszy udział biorą w tem komórki śródmiąższowe. Ilość hormonu wzrasta lub zmniejsza się stosownie do cyklu miesiączkowania, największa ilość przypada na stadjum przedmiesiączkowe. Hormon ten jest związany z lipoidem. Udało się go uzyskać w formie czystej, rozpuszczalnej w wodzie. Ilość hormonu, która wywołuje u 20-gramowej kastrowanej myszy okres rui (oestrus) wzięto jako jednostkę mysią. Hormon jajnikowy pojawił się w handlu pod nazwami Folliculin, Monformin, Progynon, Glandofolin, Hormovar — w postaci tabletek i zastrzyków. Próby kliniczne wypadły dobrze przy różnego rodzaju czynnościowem powstrzymaniu miesiączkowania, przekwitaniu wczesnem i zwyczajnem. Hormon ten znajduje się w jajniku, a w czasie ciąży w dużej ilości w corpus luteum, we krwi, w łożysku. Hormon ten stoi w ścisłym stosunku czynnym z innemi gruczołami o wewnętrznem wydzielaniu a przedewszystkiem częścią przednią przysadki mózgowej (hypophysis cerebri pars anterior). Otóż wykazano, że wyciąg płatu przedniego przysadki ma rolę dyrygującą na hormon jajnikowy. Przez dostarczanie wyciągów tego płatu wywoływano ruję u zwierząt, ale tylko w tym wypadku, gdy aparat jajnikowy był czynny, nigdy zaś u zwierząt kastrowanych. Rolę płatu przedniego przysadki możnaby porównać z motorem dla czynności jajnika. Ten wyciąg przysadki zaliczono do hormonów, a jego roztwór wodny nazwano Prolan. *Sprawdzianem dla hormonu jajnikowego jest pochwa myszy kastrowanej. Sprawdzianem dla hormonu przysadkowego jest pochwa, a przedewszystkiem jajnik myszy niedojrzałej, niekastrowanej.* Naczelnym hormonem jest Prolan, wtórnym zaś hormon jajnikowy. Przysadka wywołuje dojrzewanie pęcherzyków, jajnik zaś poprzez przysadkę przygotowuje błonę śluzową macicy.

Aschheim i *Zondek* odkryli wielkie ilości hormonu przysadkowego w moczu ciężarnych, wzrastające wraz z trwaniem ciąży, począwszy od piątego dnia po zatrzymaniu perjodu. Zużyli ten fakt do ustalenia swojej reakcji na wczesną ciążę, metody bardzo czułej, o zaledwie 2% błędu. Po tej dygresji w stronę hormonów, wracamy do właściwego leczenia przekwitania, które można podzielić na przyczyno-

we, objawowe i mieszane. Idealnem leczeniem byłoby wszczepianie gruczołów płciowych in toto, ponieważ jednak natrafia to na szereg trudności zadowolono się dostarczaniem ich wyciągów. Muszą one spełniać odpowiednie warunki. Muszą pochodzić z gruczołów zwierząt zdrowych i silnych, na co może sobie pozwolić tylko fabryka rozporządzająca wielkiemi kapitałami, dalej muszą być przygotowane w ten sposób, by nie traciły na tem ich pierwiastki czynne. Po trzecie powinny być standaryzowane na co jest potrzebny wielki aparat chemiczno-laboratoryjny. Najlepiej odpowiadają tym warunkom preparaty wytwarzane drogą suszenia przy niskiej temperaturze, a zmniejszonem ciśnieniu (np. Lumiére). Prócz wyciągów samych gruczołów podaje się kombinację tychże, naśladując warunki biologiczne. W tych kombinacjach powtarzają się: Jajnik, tarczyca, nadnercze, grasica, przysadka. Wyciągi czyste i kombinowane należy podawać przez dłuższy czas drogą podskórną i doustną równocześnie. Po dłuższej kuracji stwierdzamy znikanie objawów przekwitania. Szereg autorów klinicznych, stwierdza dobre wyniki przy dostarczaniu hormonów płciowych przy objawach wazomotorycznych, bólach głowy, schorzeniach kości i stawów. *A. A. Zamkoff* — wyjaławiał mocz kobiet ciężarnych i podawał go parenteralnie, mając dobre wyniki przy zaburzeniach psychicznych przekwitania. Dawka dzienna wynosi od 250—500 jednostek mysich, na jedną kurację 5000 — 10.000 jednostek. Po dłuższej przerwie można kurację powtórzyć. Piszący miał dobre wyniki z tego postępowania przy nieznośnych bólach mięśniowych, uderzeniach krwi i bezsenności. Leczenie hormonami płciowemi powinno stać się własnością praktyki ogólnej. Do tego leczenia przyczynowego należy również zaliczyć naświetlanie promieniami Roentgena. Naświetla się przysadkę mózgową, albo gruczoł tarczykowy, często obydwa gruczoły, zależnie od obrazu klinicznego. Niekiedy naświetlanie jednego gruczołu bywa bezskuteczne, dopiero naświetlenie drugiego uczula pierwszy. Poprawa następuje po 8 dniach. Wystarczają 3 naświetlania o sile $^1/_{10}$ do $^1/_{20}$ dawki rumieniowej. Nie zawsze wyniki są dobre — w tych wypadkach działa lepiej diatermia okolicy przysadki.

Przy uporczywej hypertonji naświetla się okolicę nadnercza, przy uporczywych krwotokach śledzionę, ewentualnie macicę i jajnik, jak przy mięśniakach. Używa się też promieni Roentgena przy objawach miejscowych, jak lumbago, ischias, pruritus, zmiany w stawach. Poprawa trwa parę miesięcy, poczem ewentualnie można naświetlanie powtórzyć. Leczenie objawowe polega na podawaniu leków, swoiście przeciwdziałających najważniejszym objawom przekwitania. Do tego służy naprz. nader szczęśliwa kombinacja Halbana (Klimasan — theobrominum calciolacticum, nitroglicerinum) podawana w pastylkach 3 — 4 razy dziennie daje szybko i pewnie znikanie powyższych objawów. Umyślnie zatrzymałem się na tym preparacie, gdyż ta kombinacja stała się podstawą wszystkich innych preparatów mieszanych, np. „Prokliman“ Ciba, zawiera środki przeciw kongestjom, zaparciu, krwawieniom i niepokojowi (Sistomensin, nitrogliceryna, coff, natr. benz, peristaltina, pyrazolon). Znikają wzdęcia, zaparcie, a mały dodatek z grupy pyrazolonowej usuwa niepokój i bezsenność. Podobnych preparatów kombinowanych jest dużo, np. dobry przy formie hypothyreoidycznej „Klimakton“ Knolla, zawierający ovarium, thyreoidea, bromural, calciumdiuretin. Przy formie hyperthyreoidycznej, dobrze działają kuracje tuczące z dodatkiem As. i Chin. bromat. w małych ilościach. Sensacje sercowe bez zmian organicznych wymagają sedativa z grupy walerjany. Niekiedy wskazanem jest podawanie drastyków i upusty krwi. Zmiany w kościach i stawach reagują dobrze na ciepło, diathermię i zastrzyki adrenaliny. *Dalsaune* i *Guillaumine* odnoszą bóle reumatyczne do obniżenia Ca i P. we krwi i podają duże ilości tranu, adrenaliny i zalecają naświetlania lampą kwarcową. Z innych środków należy wspomnieć o djecie jarzynowej, o goryczkach, kwasie solnym przy hypaciditas, węglu przy wzdęciach, trzustce przy upośledzeniu trawienia, o kąpielach siarkowych, tleno-węglowych i t. p. i t. p. Pacjentki z okresu przekwitania wymagają od lekarza dużo cierpliwości, wyrozumiałości. Unikać należy polypragmazji leczniczej, by nie popaść w przesadę. Kobiety powinny starać się o zajęcie, długie spacery, unikanie podnieceń. Otoczenie wraz z

lekarzem może wytworzyć odpowiednią atmosferę, spokojną, działającą na kobietę. Psychoterapia umiejętnie przeprowadzona, święci często triumfy. Ciężkie schorzenia psychiczne wymagają leczenia zakładowego.

Przy omawianiu przekwitania fizjologicznego, nasuwa się problem przekwitania sztucznego, wywołanego operacyjnie, lub naświetlaniem promieniami Roentgena. Trzebienie ludzi młodych przed dojrzewaniem, wytwarza typ międzypłciowy, rzucający się więcej w oczy u mężczyzn. Budowa kościca rosnącego nadmiernie w kierunku podłużnym, pozostaje dziecinna. Osobnicy ci wysocy, o nieodpowiednio rozmieszczonym tłuszczu, zachowują się bezpłciowo, dziecinnie. Grasica pozostaje, przysadka rozrasta się, narządy rozrodcze pozostają na stopniu dziecinnym, brak napięcia mięśniowego. Inaczej przedstawia się osobnik dojrzały, po kastracji. Występują wtedy objawy, jako skutek wypadnięcia czynności gruczołów płciowych, podobne do objawów prawdziwego przekwitania. Zmiany wsteczne w narządach rozrodczych zaczynają się od wewnątrz, od macicy, która staje się małą, przechodzą następnie na pochwę i srom. Występuje niekiedy znaczne otłuszczenie i obniżenie przemiany materji. Inne objawy są identyczne z objawami przekwitania fizjologicznego, są tylko cięższe i dłużej trwające. Promienie Roentgena, działają w ten sposób, że wywołują zmiany wsteczne jajnika. Leczenie mięśniaków dało sposobność do korzystania z spostrzegania tego rodzaju kastracji. Najbardziej dokuczają po kastracji Roent. objawy naczynio-ruchowe. Z innych zaburzeń tu podkreślić należy znaczne osłabienie pamięci, depresję i ciężkie zaburzenia psychiczne. Przekwitanie wywołane promieniami Rö. jest cięższe od operacyjnego i zależne bardzo od podłoża psycho-neurotycznego.

Valletau de Mouillac pierwszy zwrócił uwagę na zmiany przekwitania u mężczyzn. Dokładniej omówił to *Kurt Mandel* na podstawie własnych 30 wypadków. Zmiany te, wedle autora ,przedstawiają się następująco: przypadają one między 47—54 r. życia. Osoby dotychczas zdrowe, zwłaszcza pod względem nerwowym, zaczynają odczuwać wewnętrzny niepokój i uczucie strachu. Są bez humoru, osłabieni i skłonni do płaczu. Ta skłonność do płaczu (ckliwość), uderza bardzo, zwłaszcza u ludzi dotychczas zdrowych, zrównoważonych, którzy brali życie bardzo lekko. Pacjenci wymienionego autora opowiadali, że nie mogli czytać gazet, bo każdy tragiczny wypadek wzruszał ich do łez, nie mogli opowiadać, ani słuchać rzeczy smutnych, nawet i zanadto wesołych — zwyczajna bójka urwisów ulicznych, wywoływała u nich płacz. Użalali się też na uderzenie krwi, pocenie, bezsenność, niepokój, osłabienie pamięci dla zdarzeń niedawnych (typ Korsakowa) i dla nazw. Bali się o swoją zdolność do pracy, wiecznie narzekali, chwytali się jak deski ratunku każdego pocieszyciela, zwłaszcza lekarza. Moc płciowa zmniejszała się stopniowo, zanikała zupełnie, rzadko zaś wracała po przebyciu tego okresu. Podkreśla autor brak jakichkolwiek innych zmian chorobowych, mogących to zjawisko wytłumaczyć. Okres tego przekwitania męskiego trwa od 10-ciu miesięcy do 3-ch lat. Rokowanie dobre. Te objawy rzadko występują, a momentem usposabiającym jest nadużywanie alkoholu, nikotyny i ciężkie choroby. Chociaż przyczyna tkwi w gruczołach płciowych, to jednak leczenie hormonami nie daje tak dobrych wyników, jak djeta i fizykoterapia. Publikacja powyższa wywołała dyskusję i bogatą literaturę. Przeciwnicy zaprzeczają energicznie istnieniu specjalnego przekwitania męskiego, a objawy wymienione odnoszą do lekkich form melancholji, powtarzających się niekiedy perjodycznie u mężczyzn w tym wieku, pod wpływem zmian w gruczołach o wewnętrznym wydzielaniu. Powyższe zmiany, jakoteż zmiany z powodu chorób, nadużywania alkoholu, większego zużycia się i t. d. obniżają siłę życiową mężczyzn w tym wieku, tak dalece, że ich śmiertelność przewyższa znacznie śmiertelność kobiet. W tym też wieku następują zaburzenia płciowe u mężczyzn, objawiające się pociągiem do małych dziewczynek, aktami perwersyjnemi, sadyzmem, fetyszyzmem, kazirodztwem, homoseksualizmem. Do przeciwników przyłącza się *Wenkebach*, podkreślajac fakt należenia tych osób z „przekwitania“. do sfer wyższych, do ludzi, „od których życie dużo wymagało, i którzy nawzajem dużo od życia żądali“. *Heche* uważa powyższe objawy, jako sku-

tek melancholji, podniecenia lub rozstroju nerwowego. ⅓ skazanych mężczyzn z powodu kazirodztwa jest w wieku 40—50, a szczyt przypada na 47 rok życia. Do tych przestępstw przyłączają się inne przestępstwa rodzinne. z powodu nieporozumień, często tragicznych. gdy małżonków dzieli różnica wieku i gdy jedno z nich przeżywa okres ten, niezrozumiany przez drugiego.

Reasumując powyższe uwagi, dochodzimy do następujących wniosków: Przejście z epoki siły. zdrowia, w epokę starości, jest u mężczyzn łagodne, niespostrzegalne. Obserwujący siebie, przyjmuje to do wiadomości, zależnie od temperamentu, już to z humorem, już to z pogodna rezygnacją. Specjalnie dysponowany ulega zaburzeniom psychicznym o różnem nasileniu. W znikomej ilości zdarzają się wypadki podobne do przekwitania kobiecego. Powstaje pytanie, czy należy je uważać za analogon przekwitania kobiecego. Powstaje pytanie czy należy stworzyć, nowe pojęcie „przekwitanie męskie?". Stwierdzamy, że ta epoka nie ma jak u kobiet, charakteru przełomowego, nie jest stopniem lub szczeblem (Klimax), ale jest równią pochyłą. Nie stają sie mężczyźni kobiecymi, jak niekiedy kobiety męskiemi. Nie tracą mężczyźni głosu, zachowują go przeciwnie i do 70 roku życia. Kobieta odczuwa, że dzieje się z nią coś przełomowego, że w grę wchodzi jej życie płciowe, w które jest całkowicie zaprzątnięta, tak dalece, że nieraz po przełomie dopiero, zaczyna wieść życie indywidualne. Mężczyzna rozwija swą indywidualność w różnych kierunkach, już od wczesnej młodości. U kobiet zdarzają się prawdziwe zaburzenia umysłu. u mężczyzn zaś hypochondrja i melancholja. Małe jest prawdopodobieństwo, by sfera seksualna zaciężyła głęboko w życiu przeciętnie zdrowego. fizycznie i intelektualnie mężczyzny. Błąd popełniają ci, którzy tłumaczą depresję lub melancholję osłabionem zainteresowaniem erotycznem i niemocą płciową mężczyzny. Wprost przeciwnie, depresja czasowa, melancholja osłabiają życie erotyczne. Wiemy jak powiększa się krąg zainteresowania erotycznego, zwiększa moc płciowa w późniejszym wieku przy sprzyjających warunkach życiowych. Nie da się również zaprzeczyć, że napięcie erotyczne wpływa na aparat ruchowy i na fantazję. Wiedzieli i wiedzą o tem starzy dworacy, którzy osłabiali zainteresowanie władców dla poważnych spraw państwowych i wiedzą o tem sportowcy, abstynujący się przed zawodami.

Widzimy więc, że więcej jest punktów rozbieżnych, aniżeli -stycznych, przy porównywaniu przekwitania kobiecego i „męskiego". Nie możemy kategorycznie twierdzić, że istnieje przekwitanie męskie. Rzadkie przypadki opisywane przez autorów, tyczące osób ze sfer wyższych, należy odnieść do zaburzeń psychicznych, melancholji i t. p., a, jeśli niektórzy domagają się tego koniecznie, pozostaną one „rzadkiemi przypadkami przekwitania męskiego". Leczenie tych stanów jest ściśle objawowe. Terapia hormonami pozostaje bez skutku—a na pytanie czy tu skutkuje operacja Steinacha lub inna metoda odmłodzenia odpowiemy aforyzmem, że „człowiek chętnie w to wierzy, czego się spodziewa".

PIŚMIENNICTWO.

1. *Popoff* — Frauenherz und Klimax — Therapie d. Gegen. 1907.
2. *Valletau de Meuillac* — Contribution ą l'étude de l'age critique — these de Bordeaux, 1908.
3. *Dalche* — Tetanie de la menopause amelioré par l'opotherapie ovarienne. Presse med. 1909.
4. *Gluziński* — „Uwagi nad klinicznym obrazem klimakterjum w związku z zaburzeniami gruczołów o wewnętrznym wydzielaniu — Gaz. Lek. 909.
5. *Mendel Kurt*—„Die Wechseljahre des Mannes Climacterium virile) Neur. Centrlb. 1910.
6. *Tuffier T.* et *Mante A.* — Les accidents de la menopause arteficielle Press. med. 1912.
7. *Wenckebach* — „Über den Mann von 50 Jahren 1915.
8. *Marcuse* — Zur Kenntnis des Climacterium virile — Neur. Zentrbl. 1916.
9. *Sellheim* — „Hygiene u Diäthetik der Frau, 1926.
10. *Vaerting* — Wechseljahre und Altern beim Mann u. Weib. Neur. Zentrbl. 1918.
11. *Döderlein A.* — Operative Gynekologie, 1921.
12. *Kretschmer* — Körperbau und Charakter, 1921.
13. *Mendel Kurt* — Die Wechseljahre des Mannes — Zentrblt. f. d .gesamte Neurologie, 1922.
14. *Halban* — Zur Therapie der Klimakterischen Kongestionen Med. kl. 1922.
15. *Halban* — Zur Klinik des Klimakteriums, „Münch. med. Woch.", 1923.
16. *Savariaud* — Choix d'une operation en cas de prolapsus complet ou presque complet des femmes aprechant de la menopause ou deja menopausees — Press. med. 1923.
17. *Berak* — Die Behandlung Klimakterischer Ausfallerscheinungen durch Röntgenbestrahlung — Münch. med. Woch. 1924.

18. *Giroux R.* et *J. Vaccel* — L'hypertension de la menopause — Bull. med. 924.
19. *Menge* — Über Arthropathia ovaripriva — Zentrbl. f. Gynäk. 1924.
20. *Aschner* — Über schädliche Spätfolgen nach Uterusextirpation sowie. Operativer u. radiotherapeutischer Kastration — Arch. f. Gynek. 1925.
21. *V. Graff* — Schilddrüse u. Genitale — Arch. f. Gynäk. Bd. 102.
22. *Szenez A.* — Die Diathermiebehandlung der Hypophysengegend bei ovariellen Ausfallerscheinungen — Wien. Klin. Wochschrf. 1925.
23. *V. Jagić* — Herzkrankheiten bei Frauen — 1926.
24. *Curschmann H.* — Über Klimakterische Beschwerden — Med. kl. 1927.
25. *Zondek B.* — Das Hormon des Ovariums und des Hypophysenvorderlappens M. kl. 1927.
26. *Hoche A.* — Die Wechseljahre des Mannes, 1928.
27. *Zachelr Hans* — Die Wechseljahre der Frau. 1928.
28. *Sigert F.* — Das Hormon der Weiblichen Keimdrüse — Med. kl. 1928.
29. *Nowak J.* — Die Beziehungen zwischen Hypophyse u. Genitale Med. kl. 1929.
30. *Ewald* — Psychische Störungen des Weibes. *Mathes P.* — Die Konstitutionstypen des Weibes.
Stratz — Rassenlehre — Biologie u. Pathologie d. Weibes, Halban — Seitz.
31. *Bauer W. A.* — Der derzeitige Stand der Hypophysenvorderlappensforschung — Med. kl. 1929.
32. *Solomon I.* — Röntgenbehandlung Klimakterischer Störungen. Med. Welt. 1929.
33. *A. A. Zamkoff* — De l'emploi de l'urine de femme enceinte dans le traitement de certains troubles gynecologiques Gynecol. et Obstetr. 1930.

HÉMOPLASE Lumière

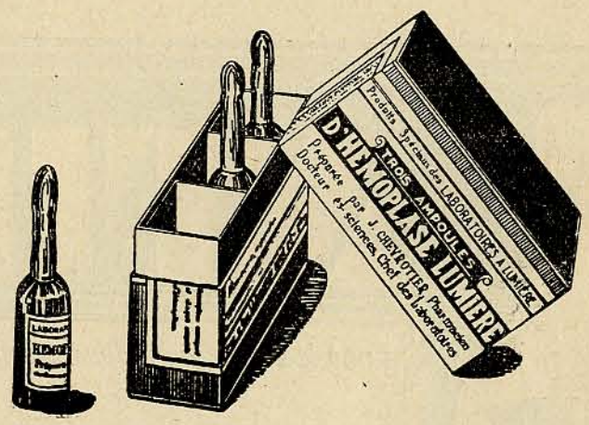
CAŁKOWITY WYCIĄG Z KRWI BARANIEJ,
ZWIERZĄT NAJBARDZIEJ ODPORNYCH NA GRUŹLICĘ.

Dzięki specjalnej metodzie przygotowania, HEMOPLASE zawiera w stanie niezmienionym, biologicznie czynnym: **oxyhemoglobinę, lipoidy, związki fosforowe, zaczyny krwinek, surowicę krwi.**

Działanie HEMOPLASE polega jednak nietylko na **ilościowym** wzbogacaniu ustroju składnikami leku, lecz **na pobudzaniu szpiku kostnego do tworzenia ciałek czerwonych.**

WSKAZANIA:

GRUŹLICA,
ANEMJA,
BLEDNICA,
REKONWALESCENCJA,
CHARŁACTWO,
KRWOTOKI I STANY PO KRWOTOKACH



Postaci:

HÉMOPLASE AMPOULES à 10 cc. á 5 cc.; Niezawodny nawet (Domięśniowo) w przypadkach **najuporczywszych.**

DAWKOWANIE: **Dorośli:** 2 lub 3 wstrzyknięcia po cc. tygodniowo; Dzieci od 5—8 lat— 2 razy tygodniowo po 2 cc.; od 8—13 lat—2 razy tygodniowo po 5 do 10 cc.

HÉMOPLASE DRAGÉES.

DAWKOWANIE: 6 — 10 drażetek dziennie podczas jedzenia.

HÉMOPLASE GRANULÉ postać ziarnista (z cukrem i wanilją)
(SPECJALNIE DLA DZIECI)

DAWKOWANIE:

Dzieci od 2—6 lat: 1—3 łyż. dziennie, od 6—12 lat: 3—4 łyż. dziennie podczas jedzenia.

Skład główny L. NASIEROWSKI Warszawa, ul. Kaliska 9, tel. 724-39, 630-42

Próby i literatura na żądanie WPP. Lekarzy.

W sprawie powstawania encephalitów powakcynalnych

DR. W. GŁOWACKA.

Referat zbiorowy.

W 1798 roku *Jenner* opublikował swoją znakomitą rozprawę o uodpornianiu ludzi przeciwko ospie naturalnej. Od tego czasu sprawa szczepienia ospy staje na właściwe tory. Dużo osób szczepi się dobrowolnie, jak w Anglji, tak i na kontynencie. Już w 1802 roku w Belgji powstaje pierwszy państwowy zakład szczepienia ospy. W 1843 roku w Niemczech wprowadza się przymusowe szczepienie w wojsku; ten przymus rozpowszechnia się w 1874 roku na całą ludność cywilną.

W drugiej połowie 19 wieku z różnych względów zaczynają używać krowianki zamiast limfy humanizowanej. Ochronne szczepienie ospy uważano za nieszkodliwe dla ustroju człowieka (pomijając rzadkie przypadki wakcyny generalizowanej) i stosowano je, zwłaszcza w Europie coraz szerzej. Szczepią się miljony ludzi w ten sposób, bez jakichkodwiek powikłań ze strony centralnego układu nerwowego.

W ostatniem dziesięcioleciu świat lekarski został zaalarmowany przez masowe wystąpienie zapalenia mózgu po szczepieniu ospy (encephalitis postvaccinalis).

Do 23 roku opisano kilka przypadków encephalitu po szczepieniu ospy: w 1885 przypadek *Jendrassik'a* i *Pièrre Marie Comby* w 1907 — 2 przypadki. Poza tem było opublikowane jeszcze kilka przypadków. W 1925 r. *Lucksh* opublikował 3 przypadki encephalitu, które miały miejsce w 1923 r. w Czechosłowacji, wkrótce otrzymano wiadomości o podobnych zachorowaniach i w innych krajach Europy.

Najwięcej przypadków obserwowano w Anglji (niema przymusu szczepienia ospy): w latach 1928 i 1929 zanotowano 90 niewątpliwych przypadków encephalitu, z nich 54 przypadków u dzieci: od 5 do 15 lat. Na 90 chorych zmarło 42 osoby.

W Holandji, gdzie, jak wiadomo, dzieci są szczepione pierwszy raz dopiero przed wstąpieniem do szkoły, t. j. w wieku mniejwięcej 6-ciu lat, Dr. *Jitta* podaje, że niewątpliwych przypadków encephalitu od 1923 do początku 1929 r. było 146; chorowała jedna osoba na 5.000 szczepionych, z chorych zmarła 3-cia część.

Wszystkie te zachorowania występowały po upływie 8 — 14 dni po szczepieniu ospy. Zwrócono uwagę, że vaccina generalisata występuje również w tym okresie, co szczególnie podkreślają *Levaditi* i *Nicolau*, a naturalna ospa ma także mniej więcej ten sam okres wylęgowy.

Trzeba powiedzieć, że obecnie prawie wszyscy badacze zgadzają się, że zarazek ospy naturalnej i wakcyny jest jeden, a nie dwa różne.

Encephalit powakcynalny zaczyna się odrazu objawami ze strony centralnego układu nerwowego, bez zwiastunów kataralnych, jakie obserwujemy w encephalicie epidemicznym. W razie wyzdrowienia encephalit powakcynalny przeważnie nie pozostawia po sobie śladów chorobowych, czem różni się od encephalitu epidemicznego i poliomyelitu.

Z liczby 90 chorych, 47 osób odzyskało pełne zdrowie i tylko 1 osoba po 6 miesiącach od początku choroby miała jeszcze różne pozostałości chorobowe.

Częściej chorują osoby szczepione pierwszy raz, ale obserwowano także zachorowania i po rewakcynacji, zwłaszcza u osób w wieku starszym.

W 1929 r. w Holandji, podczas epidemji ospy szczepiono pierwszy raz przeszło 77.000, z których zachorowało 52 osoby, z chorych zmarło 14 osób, t. j. 26,9%. W tymże czasie dokonano przeszło miljon rewakcynacji, zachorowało 31 osób, ilu z nich zmarło niewiadomo.

Podkreślić należy, że na 16.000 dzieci poniżej 12 miesięcy nie obserwowano ani jednego przypadku encephalitu.

Z objawów klinicznych i zmian anatomo - patologicznych, te ostatnie są wogóle mało charakterystyczne. Encephalit powakcynalny jest podobny do encephalitów, występujących po innych chorobach przeważnie wysypkowych, jak odra, wietrzna

ospa, ospa naturalna, a także świnka i t. d. i zbliżony jest do zespołu objawów, znanego pod nazwą sclerosis disseminata.

Co do przyczyny powstawania encephalitu, to zdania są podzielone.

Niektórzy, jak *Lucksh, Mac Intosh, Stiner, Netter* i inni przypuszczają, że zarazek wakcyny sam przez się może wywołać zmiany chorobowe w centralnym układzie nerwowym. Inni znowu, jak *Levaditi, Bastiaanse, Kraus* sądzą, że wakcynacja jest momentem wyzwalającym wystąpienie objawów nerwowych, spowodowanych przez jakiś zarazek, który dotychczas znajdował się w ustroju w utajonym stanie. (Próby zmobilizowania zarazka herpesu przez następne szczepienie wakcyny na rogówkach królików wypadły ujemnie).

Ponieważ przy wakcynacji cały ustrój reaguje na wprowadzenie zarazka: podwyższenie ciepłoty, ogólne niedomaganie i t. d., można było przypuszczać, á priori, że zarazek wakcyny, rozpowszechnia się w ustroju osób szczepionych.

Powstała bardzo liczna literatura, dokonano dużo prac, przeważnie na królikach, celem stwierdzenia, że zarazek wakcyny istotnie rozpowszechnia się w całym ustroju zwierzęcym po szczepieniu ospy.

Za tem przemawiają zmiany histopatologiczne w narządach wewnętrznych. Wykazać obecność zarazka w tych narządach jest nie tak łatwo. Wielu badaczy otrzymywało wyniki ujemne; jednakże niektórym z nich udało się wykryć zarazek. *Calmette* i *Guérin* wykazali obecność zarazka wakcyny w mózgu królika po szczepieniu na skórze. *Bigli, Frenkel, Paschen, Gins, Gildemeister* wykazali obecność zarazka w narządach wewnętrznych przy wprowadzeniu go doskórnie królikowi. Udaje się to przeważnie przy stosowaniu b. zjadliwej wakcyny (najczęściej po neurowakcynie Gallardo) i przy stosowaniu jej na dużej przestrzeni, t. j. po wprowadzeniu b. dużych ilości.

W narządach wewnętrznych powstają swoiste ogniska, w których udało się wykryć zarazek wakcyny. Zarazek we krwi według badań *Ohtawara, Gildemeistra* można było wykryć już w ½ — 2 godziny po szczepieniu skórnem. Zarazek krąży we krwi do 9 — 10 dni. *Gildemeister* wykrył zarazek i w płynie mózgowo-rdzeniowym królika, ale w okresie późniejszym niż we krwi.

Udało się też wykryć zarazek w narządach pochodzenia nie tylko ektodermalnego, ale i w narządach pochodzących z innych listków zarodkowych.

W ostatnich pracach *Eckstein* podaje wyniki swoich doświadczeń na małpach. Wprowadzał on małpom limfę odpowiednio rozcieńczoną wprost do kanału rdzeniowego przez ukłucie podtylicowe. Udało się mu wywołać w ten sposób objawy nerwowe, które na podstawie obrazu klinicznego i anatomopatologicznego można określić jako rozsiany meningo-myelo-encephalitis.

Przy wprowadzeniu limfy humanizowanej i jednej ze zwykłych dermolimf, prawie zupełnie pozbawionych wtórnych bakterji, udało mu się otrzymać obraz encephalitis disseminata.

Wprowadzenie większej ilości limfy do carotis nie dało żadnego wyniku, zarazek nie mógł przedostać się przez zaporę do płynu m. rdzeniowego.

Na podstawie swoich doświadczeń, *Eckstein* przypuszcza, że zmiany w tkance mózgowej wywołane są nie przez wtórne bakterje (robił odpowiednie doświadczenia z bakterjami wyhodowanemi z limfy), a przez sam zarazek wakcyny. Obecność zarazka wakcyny w płynie mózgo-rdzeniowym u zwierząt ma znaczenie w powstawaniu encephalitów.

Do wykrycia zarazka wakcyny używają różnych sposobów; szczepią badany materjał na skaryfikowaną rogówkę królików, świnek *(Gins* ostatnio wykrył zarazek vacciny w narządach wewnętrznych królika i świnki, przenosząc badany materjał wprost na rogówkę świnki morskiej). Stwierdzono jednakże, że szczepienie do jądra, metoda *Ohtawara,* daje najlepsze wyniki.

Powstaje pytanie, czy zarazek wakcyny zachowuje się w ten sam sposób i w ustroju człowieka. Dotychczas mamy co do tego skąpe wiadomości.

Są wzmianki w literaturze, że *Rejter* w 1872 r. wykrył zarazek wakcyny we krwi, a *Pfeiffer* w 1899 r. wykazał jego obecność we krwi od 7 do 18 dnia po szczepieniu ospy.

Ohtawara w 1922 r. wykrył zarazek we krwi za pomocą swej metody na 7 dzień po szczepieniu ospy.

Badanie materjału sekcyjnego daje rzadko wyniki dodatnie. *Mc. Intosh* w 1925 r. wykrył zarazek w mózgu 2-ch osób zmarłych na encephalit; *Blaxall* w 27 r. także w 2-ch przypadkach, *Andershoff* w jednym przypadku i *Gins* jeden raz wykrył zarazek w szpiku kostnym dziecka, zmarłego na encephalit. *Levaditi* przestrzega, że wykrycie zarazka wakcyny w mózgu zmarłych na encephalit nie przemawia jeszcze za jego udziałem w wywoływaniu objawów encephalitu, ponieważ zarazek wakcyny może rozpowszechniać się w ustroju w przypadkach o przebiegu powolnym. Badania *Lucksha, Leinera, Krausa, Takaki, Bijla* wypadły ujemnie. *Netter* zwraca uwagę, że przeważnie wyniki ujemne mamy i przy badaniu materjału sekcyjnego przy encephalicie epidemicznym i poliomyelicie; przypuszcza on, że przy wszystkich tych zachorowaniach mamy do czynienia z autosterylizacją centralnego układu nerwowego w myśl poglądów *Levaditi'ego.* Na razie trudno powiedzieć, czy przypuszczenie to jest słuszne.

Fracossi i *Recolde* obserwowali u dziecka z encephalitem swoiste wykwity na udach, można byłoby przypuszczać, że przy generalizacji zarazek z jednej strony wywołał objawy zapalne w tkance nerwowej, a z drugiej swoiste zmiany skórne. Wogóle przy encephalicie powakacynalnym nie obserwowano jednoczesnego wystąpienia wakcyny generalizowanej (wykwitów na skórze).

W 1928 roku *Gins, Hackenthal i Kamienzewa,* wychodząc z założenia, że zarazek wakcyny ma powinowactwo do śluzówek jamy nosogardzielowej — anginy, pharyngity w okresie powakcynalnym *(Orgler, Hackenthal);* objawy kataralne przy ospie naturalnej, zdecydowali zbadać śluzówkę nosogardzieli u dzieci po wakcynacji na obecność zarazka wakcyny. Brali oni cząstki śluzu z migdałków od 3 do 7 dni i przenosili na odpowiednio skaryfikowaną rogówkę świnek morskich. W ten sposób zbadano 6 dzieci; u wszystkich udało się wykryć obecność zarazka na 3 dzień po szczepieniu ospy; na 4 — 5 dzień badacze otrzymali tylko pojedyńcze dodatnie wyniki. Jak wiadomo na 4 dzień po szczepieniu ospy zaczyna się podnosić ciepłota, t. j. początek ogólnej reakcji. Obecność zarazka na migdałkach na 3 dzień uważają badacze za objaw generalizacji zarazka w ustroju. *Gins* radzi nawet, do doświadczeń nad ospą naturalną pobierać materjał nie tylko z krost, ale i ze śluzu gardzieli.

Herzbergom, prace których pojawiły się ostatniemi czasy, nie udało się stwierdzić obecności zarazka na migdałkach dzieci po szczepieniu ospy. Zbadali oni pięćdziesiąt jeden dzieci sposobem *Ginsa* (bezpośrednie szczepienie śluzu na rogówkę świnki). Próbek śluzu zbadano 96, materjał pobierali od 2 do 13 dnia kilkakrotnie u tego samego dziecka i tylko jeden raz na 13 dzień, u dziecka z anginą wykryli oni zarazek. Jak widać z pracy *Herzbergów* obserwację utrudniały im sprawy zapalne na rogówce, wywołane przez domieszkę bakterji; może i było to przyczyną ich niepowodzenia.

Gildemeister sprawdzał także wyniki badań *Ginsa;* zbadał on 28 próbek śluzu z migdałków z wynikiem ujemnym, ale przyznaje, że brał śluz z gardzieli, poczynając od 5 dnia.

Badania te powinny być oczywiście powtórzone.

Herzbergowie postanowili porównać zachowanie się zarazka w ustroju osób szczepionych pierwszy raz z normalnym przebiegiem poszczepiennym i u osób z powikłaniami po szczepieniu ospy.

Badali oni krew i płyn mózgo-rdzeniowy. Krew pobierali *Herzbergowie* z żyły na głowie dzieci w ilości 3 — 4 ctm^3 i mieszali z 4% rozczynem cytrynianu sodu. Każdą próbkę krwi w ilości 0,75 — 1,25 ctm^3 wprowadzali do obu jąder królika. Po 6 — 8 dniach jądra wyłuszczali, miażdżyli bardzo dokładnie, ażeby nie było większych cząstek i szczepili na skaryfikowaną rogówkę królika. Przez 3 dni badano oko za pomocą zakrapiania fluorydzyny (zielone zabarwienie w miejscu uszkodzenia nabłonka rogówki); po wykryciu swoistych zmian na rogówce, wyłuszczali oko i badali za pomocą reakcji Paula. Badano jednocześnie preparaty z rogówki na obecność ciałek Guarnieri.

W ten sposób zbadano 86 dzieci z normalnym przebiegiem poszczepiennym; dzieci te były szczepione zwykłą dermolimfą różnego pochodzenia i różnej zjadliwości, a także limfą humanizowaną. Na 188 próbek krwi, okazało się 47 dodatnich. Zarazek wakcyny udało się wykryć we krwi niektórych dzieci od 3 do 10 dni włącznie; naj-

częściej pomiędzy 5 a 7 dniem, optimum na 6 dzień — 75% dodatnich wyników. Po 10 dniach badacze nigdy nie znajdowali zarazka u tej kategorji dzieci. Na 3 — 4, a także na 9 — 10 dzień udawało się wykryć bardzo rzadko zarazek.

Co do ilości zarazka we krwi, to fakt, że przy szczepieniu jednakowej ilości krwi z jednej próbki do obu jąder, często otrzymywano orchitis vaccinalis tylko w jednem jądrze, przemawia za tem, że zarazek wakcyny znajduje się we krwi w b. małej koncentracji, prawie że na granicy wykrywalności. Szczepienie do jądra 0,1 cm pełnej krwi nie zawsze dawało objawy zapalne; trzeba było zwiększać tę ilość do 1 cm pełnej krwi.

We krwi osób szczepionych powtórnie zarazka wakcyny nie udało się dotychczas wykryć *(Eckstein, Herzberg)*. *Eckstein* przypuszcza, że zarazek wakcyny krąży we krwi, ale ze względu na skrócony przebieg procesu — wykrycie jego jest bardziej utrudnione.

W ten sam sposób zbadano płyn mózgo-rdzeniowy tejże kategorji dzieci. Wzięto 56 próbek płynu od 4 do 14 dnia. Ani razu u dzieci z normalnym okresem poszczepiennym nie wykryto zarazka wakcyny. U 13 dzieci przy jednoczesnem badaniu krwi i płynu mózgo-rdzeniowego zarazek wykryto tylko we krwi. Widzimy, że po wakcynacji normalnie zarazek nie przedostanie się przez zaporę ze krwi do płynu.

Doświadczenia *Gildemeistra* i *Paula Hilgersa* dają te same wyniki: wykryli oni zarazek we krwi u 6 z 15 badanych dzieci z normalnym okresem poszczepiennym na 3 do 9 dni; po 10 dniach ani razu nie udało im się go wykryć. W płynie mózgo-rdzeniowym tej kategorji dzieci ani razu nie wykryto zarazka wakcyny. Badali 16 płynów od 4 do 14 dnia po szczepieniu ospy.

Co się tyczy wyżej wspomnianych doświadczeń *Ginsa* to *Herzberg* twierdzi, że są one sprzeczne z wynikiem jego doświadczeń, a mianowicie zarazek wakcyny według *Ginsa* stale przedostaje się do jamy noso-gardzielowej na 3 dzień po szczepieniu ospy, chociaż w tym okresie bardzo rzadko znajduje się on we krwi, a jednak nigdy nie stwierdzono jego obecności na migdałkach na 6 dzień, t. j. wtedy, kiedy zarazek znajduje się we krwi najczęściej i w największej koncentracji.

Herzberg zaznacza przytem, że wakcyna, używana przez niego do doświadczeń, była 5 — 20 razy więcej zjadliwa niż wakcyna *Ginsa*.

Doświadczenia na zwierzętach wykazały, że nasilenie zmian w narządach wewnętrznych odpowiada wzrastaniu zjadliwości wakcyny.

Dla porównania *Herzbergowie* badali krew i płyn mózgo-rdzeniowy dzieci z powikłaniami po szczepieniu ospy. Materjał brali od chorych z Düsseldorfskiej kliniki. Niżej tabelka *Herzbergów* z wynikiem tych badań.

Wiek dziecka	Rozpoznanie	płyn m. rdz.	krew	jama nos.gard.	dzień po szczep.	
1 1/4 l.	nerwowe objawy	+	+[1]	—	6	
1 3/4 l.	nerwowe objawy silna angina	+	—	+	12	
2 l.	encephalit	—	+	—	17	exitus letal.
1 1/2 r.	encephalit	—	—	—	16	
1 1/2 r.	nerwowe objawy lues cerebri	—	+	—	29	exitus letal.
1 r.	ciężka angina		+	+	15	

Z tej tabeli widzimy, że u dzieci z powikłanym okresem poszczepiennym zarazek wykryto 2 razy w płynie mózgo-rdzeniowym; 3 razy we krwi później niż na 10 dzień i 2 razy na migdałkach na 12 i 15 dzień po szczepieniu ospy. *Huber* także stwierdził obecność zarazka wakcyny na 7 dzień w płynie mózgo-rdzeniowym u dziecka z podejrzeniem na encephalit.

Na podstawie wyników tych badań *Herzberg* przypuszcza, że zarazek wakcyny, który znajduje się we krwi i płynie mózgowo-rdzeniowym poza ustaloną przez niego i *Gildemeistrem* normą, powinien brać udział w powikłaniach poszczepiennych. Potwierdzenie swoich poglądów *Herzberg* widzi w skuteczności stosowania swoistej surowicy przy objawach chorobowych ze strony centralnego układu nerwowego.

[1]) Herzberg nie bierze pod uwagę obecności zarazka we krwi w tym przypadku, ponieważ jest to objaw normalny.

Thomas Horder wprowadził dziecku z encephalitem powakcynalnym do kanału mózgo-rdzeniowego 5 cnt. swoistej surowicy matki na 15 dzień po szczepieniu ospy. Na drugi dzień po zabiegu stan dziecka znacznie poprawił się; znikł stupor, chłopiec odzyskał przytomność i mowę.

Herman stosował u 11 dzieci z encephalitem surowicę rodziców szczepionych jednocześnie z dziećmi wakcyną z wynikiem dodatnim. Dawał jednorazowo po 10 cnt. dożylnie (najwyżej 5 razy) na 1 — 4 dzień po wystąpieniu objawów chorobowych,, 8 dzieci poprawiło się.

W końcu 1929 r. *Guineberg* w Niemczech zastosował w 2-ch przypadkach encephalitu powakcynalnego, surowicę swoistą w ilości 10 i 7 cc. dożylnie. Zabieg powtórzono 2 razy. Dzieci wypisały się ze szpitala zdrowe.

Po stosowaniu surowicy swoistej liczba zgonów po encephalicie zmniejszyła się dwukrotnie (ze sprawozdania *Nettera* w Académie de medecine).

Poza tem *Herzbergowie* badali własności limfy różnego pochodzenia.

W Holandji spostrzegano zachorowania po szczepieniu dermowakcyną z różnych zakładów i różnej zjadliwości.

Przy badaniu jednej z limf *Poudman* wykrył obecność bakterji z rodzaju pasteurella, podobną bakterję wykryto i w śluzie z gardła dziecka chorego na encephalit.

Doświadczenia *Poudmana* i *Rette* wykazały, że niektóre bakterje tego rodzaju u królika mogą nabierać nadzwyczajnej zjadliwości po szczepieniu ospy na skórze zwierzęcia i wywołać u niego objawy ze strony opon mózgowych.

Powstało przypuszczenie, że może niektóre bakterje limfy mogą nabierać dużej zjadliwości i wywoływać niepożądane objawy w ustroju człowieka. Zdecydowano zwrócić się do neurolapiny Gallardo (neurolapina, jak wiadomo, jest wolna od bakterji), ale okazało się, że neurolapina jest więcej zjadliwa, niż używane dermowakcyny: na 40.000 szczepionych neurolapiną 11 osób zachorowało na encephalit i u 5 wystąpiła wakcyna generalizowana. Zaznaczyć należy, że *Gallardo* szczepi dzieci swoją neurolapiną z dobrym wynikiem. W Hiszpanji nie notowano przypadków encephalitu po stosowaniu tej wakcyny według sprawozdania *Biezenena* w Office International d'Higiène publique. (W Hiszpanji dzieci są szczepione w pierwszym roku życia).

W ostatnich 10 latach zauważono zwiększenie się zjadliwości dermowakcyny, niekiedy nawet bardzo znaczne.

Netter objaśnia to użyciem królika do otrzymania limfy. Przy dłuższych pasażach na jałówkach wakcyna degeneruje się, dla odnowienia przeszczepiają ją na dziecko. W 1901 r. *Calmette* i *Guérin* użyli królika zamiast dziecka. Ta zamiana przyjęta była w niektórych wytwórniach wakcyny.

Netter przypuszcza właśnie, że pasaże na królikach nadają limfie dużą zjadliwość i myśli, że szczepienie limfą humanizowaną zmniejszyłoby liczbę przypadków encephalitis.

Ażeby wyjaśnić, jakie znaczenie mają zwierzęta: jałówki i króliki, w nasileniu zjadliwości dermolimfy, *Herzbergowie* zwrócili się do limfy humanizowanej. Limfę tą otrzymali oni z dermolimf różnych zakładów i różnego miana.

Herzbergowie postawili sobie za zadanie: 1) określić wysokość miana limfy humanizowanej, 2) zbadać wpływ pasaży na ludziach na wysokość miana limfy, 3) wyjaśnić czy jest różnica w przebiegu klinicznym po szczepieniach limfą humanizowaną i zwykłą dermolimfą.

Siłę limfy określano poprzednio zawsze na dzieciach pierwszy raz szczepionych.

Z biegiem czasu, w niektórych zakładach użyto do badań na zjadliwość limfy króliki i świnki (pierwsi *Calmette* i *Guérin* sprawdzali siłę limfy na skórze królików).

Herzberg ostatnio wprowadził swój sposób określenia miana limfy na rogówce królika. W skaryfikowaną rogówkę królika wciera on odpowiednie rozcieńczenia limfy w ilości 0,05 cnt. na każdą rogówkę. Po 48 godzinach H. odczytuje wynik, używając fluorydzyny: na rogówce tworzą się oddzielne lub zlane swoiste wykwity. Za podstawę obliczenia *Herzberg* bierze rozcieńczenie, które dało 20 — 30 wykwitów na rogówce, wychodząc z założenia, że każdy wykwit odpowiada jednej cząstce zarazka (Keim.). Jednocześnie szczepi on limfę i na skórze królika. Wyniki na skórze są stale niższe, niż wyniki na rogówce królika.

Okazało się, że limfa humanizowana, którą *Herzbergowie* otrzymali, osiągnęła

przy pasażach na ludziach bardzo wysokie miano — do 1 : 1,5 mlg., do 1 : 2,5 mlg. i to niezależnie od jej pierwotnego miana. Miano te nie zmniejsza się i przy dalszych pasażach. Zjadliwość limfy humanizowanej pozostaje bez zmiany zarówno dla ludzi, jak i dla zwierząt. Po 27 — 30 pasażach limfa humanizowana dawała w rozcieńczeniu 1 : 100.000 u dzieci dobrze rozwinięte krosty, a u królików po 15 wykwitów na pewnej powierzchni skóry. Limfa 20-go pasażu dała na jałówkach w rozcieńczeniu 1 : 50 równie dobre wyniki z dermolimfą szczepioną do kontroli.

Można przypuszczać, że miano limfy humanizowanej poprzednio używanej było mniej więcej tak wysokie, jak i limfy otrzymanej przez *Herzbergów*. Wiemy jednak, że do drugiej połowy 19 wieku nie obserwowano prawie przypadków encephalitis (używano limfę humanizowaną); przypuszczają, że powikłania te zdarzały się, ale rzadko i w lekkiej formie tak że mogły przechodzić niespostrzeżenie.

Przy szczepieniu dermolimfą z niskiem mianem 1 : 2.000 zdarzały się przypadki encephalitów.

Widzimy, że wysokość miana nie ma dużego znaczenia w powstawaniu powikłań ze strony centralnego układu nerwowego.

Po szczepieniu dermolimfą z mianem 1 : 300.000 obserwowano daleko cięższy przebieg okresu poszczepiennego, niż przy stosowaniu limfy humanizowanej; miano której kilkakrotnie przewyższało miano dermolimfy.

Herzberg uważa, że *Netter* ma słuszność, przypuszczając, że powinna być jakościowa zmiana materjału szczepiennego. Dla umniejszenia zjadliwości wakcyny nie starczy zwykłe jej rozcieńczenie.

Herzbergowie szczepili 86 dzieci limfą humanizowaną. Przebieg poszczepienny pierwszych 7 — 8 pasaży nie różnił się od przebiegu po szczepieniu dermolimfą. Po 7 pasażach u jednego skrofulicznego dziecka wystąpiła wakcyna generalizowana.

Przy późniejszych pasażach zmiany w miejscu szczepienia nie różniły się od zmian po szczepieniu dermolimfy, tylko krosty przy limfie humanizowanej powstawały i znikały o 2 dni wcześniej. Okres poszczepienny przechodził jednak łagodniej po szczepieniu limfą humanizowaną, niż po dermolimfie.

Ostatnia limfa humanizowana była dopiero 45 pasażem, czy zachowa ona i nadal odpowiednią siłę, pokażą dalsze badania.

W drugiej połowie 19 wieku, jak wiadomo, zaniechano szczepienia dzieci limfą humanizowaną. Wszystkie zakłady ospowe zaczęły wytwarzać dermolimfę. Jedną z przyczyn tej zmiany było właśnie osłabienie limfy humanizowanej.

Reasumując to wszystko, można zgodzić się z poglądem, że zarazek wakcyny jest przyczyną powstawania powikłań nerwowych po szczepieniu ospy. Głównie przemawiają za tem dobre wyniki po stosowaniu surowicy swoistej. *Netter* proponuje w tych przypadkach używać surowicy jałówek. *Lednigham* i *Petrie* otrzymali surowicę na koniach.

Być może, że rzadsze występowanie powikłań nerwowych u osób powtórnie szczepionych i u dzieci poniżej 12 miesięcy można objaśnić u pierwszych nie zupełnie straconą odpornością, którą dany osobnik nabył po pierwszem szczepieniu, a u małych dzieci odpornością odziedziczoną po matce.

Dla uniknięcia występowania omawianych porażeń zalecają: 1) szczepienie dzieci w wieku od 2 do 12 miesięcy (u dzieci do 6 miesięcy nie zanotowano ani jednego przypadku encephalitu); 2) odpowiednie rozcieńczenie zjadliwej wakcyny, 3) wprowadzenie wakcyny w mniejszej ilości, zaniechania szczepień ospy podczas epidemji encephalitu epidemicznego i innych chorób tego rodzaju.

W ostatniem sprawozdaniu Depart. Służby zdrowia za lata 1923 — 1927 u nas podano, że w tym czasie nie spostrzegano encephalitów po szczepieniu ospy.

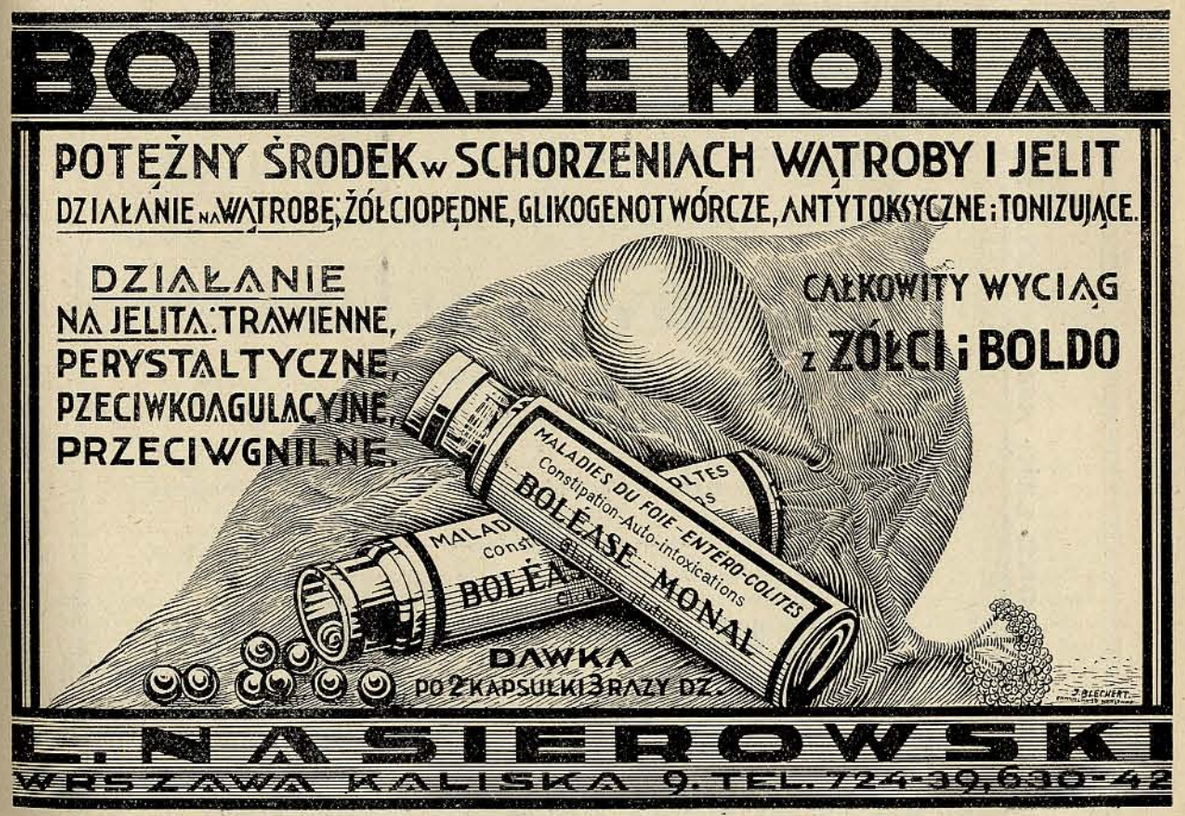
W piśmiennictwie naszem znajdujemy jednakże opisanie 2-ch przypadków encephalitów powakcynalnych, które zdarzyły się w 1926 r.

Dr. *Chodźko* w swojem sprawozdaniu w Office international d'Hygiene publique podaje, że u nas na przeszło 9 miljonów szczepionych, po raz pierwszy w ciągu ostatnich 5 lat, zanotowano 3 przypadki encephalitów powakcynalnych.

PIŚMIENNICTWO.

Calmette i *Guérin*. Annal. de l'Inst. Past. 1901.
Levaditi. Annal. de l'Inst. Past. 1923 r.
Lucksh. Centrbl. Bakt. Orig. B. 96. 1925 r.
* *Lucksh*. Centrbl. Bakt. orig. B. 103. 1927 r.
Levaditi et Nicolau. La presse médicale. 1927 r.
Levaditi et Nicolau. C. R. Soc. Biol. 1927 r.

Gildemeister u. *Heuer*. Centrb. Bakt. Orig. B. 105, B. 106.
Herzberg. Centrb. Bakt. Orig. B. 105.
** *Aldershoff, Poudmat, Pot*. Annal. Inst. Past. t. 43. 1929 r.
Levaditi. Annal. Inst. Post. t. 43. 1929 r.
Netter. Bul. de l'Acad. de méd. Nr. 26. 1929 r.
Netter. Bul. de l'Acad. de méd. Nr. 35. 1929 r.
Gins, Haekenthal, Kamentzewa. Centrb. Bakt. Orig. B. 110. 1929 r.
Gildemeister. Centrb. Bakt. Orig. B. 110. 1929.
Berger. Centrb. Bakt. Orig. B. 110. 1929.
Bijl, Frenkel. Centrb. Bakt. Orig. B. 112. 1929.
Hackenthal. Centrb. Bakt. Orig. B. 115. 1929.
Hackenthal u. *Koban*. Centrbl. Bakt. Orig. B. 115. 1929.
Herzberg. Centralb. Bakt. Orig. B. 115. 1929.
Horder. the Lancet, t. I. 1929.
** *Pette*. Münch. med. Wochen. 1928.
Gildemeister. Dt. med. Wochen. Nr. 33. 1930.
Gildemeister. Centrbl. Bakt. Orig. B. 117. 1930.
Hackenthal. Dt. med. Woch. Nr. 52. 1930.
Hedwig Herzberg-Kremmer und *Kurt Herzberg*. Centrbl. Bakt. Orig. B. 119. 1930.
Helmuth Freund. Centralb. Bakt. Orig. B. 119. 1930.
Eckstein, Herzberg. Dt. med. Woch. Nr. 52. 1930.
Eckstein, Herzberg. Dt. med. Woch. Nr. 7. 1930.
Gildemeister, Paul Hilgers. Centrbl. Bakt. Orig. B. 117. 1930.
Huber. Centrbl. Bakt. Or. Bd. 117. 1930.
Kirstein. Zeitsch. f. Gd. Hyg. Bd. 22. H. 6 1930.
Eckstein. Zeitsch. f. Hig. u. Inf. Bd. 112. H. I, Bd. III. H. 5.
The Lancet. 1931. Nr. I. Nr. II. vol. I.
Gins. Zeitsch. f. Hig. u. Infek. Bd. III. H. 4.
Hassko. Zeitsch. f. Hig. u. Inf. Bd. III. H. 4.
Gildemeister. Centrbl. Bakt. Orig. B. 120. 1931.
Grüneberg. Klin. Wochensch. 1930.
* *Bogdanowicz*. Pedjatrja Polska. 1926.
Paschen. Zbl. ges. Hyg. B. 22. 1930; Dt. med. Woch. 1930.



LIPIODOL LAFAY

Oliwa jodowa o zawartości 40% jodu

Lipiodol Terapeutyczny

Dychawica oskrzelowa i rozedma płuc
Limfatyzm
Choroby stawów (gościec i dna)
Miażdżyca i inne choroby naczyń
Bóle (rwa kulszowa, nerwobóle, etc..)
Kiła i wszystkie inne wskazania dla terapji jodowej

Lipiodol Radjologiczny

Neurologja (czaszka, komory mózgowe, kanał kręgowy)
Drogi oddechowe
Macica i jajowody
Nerki, pęcherz, moczowody
Wrzody i przetoki
Drogi łzowe
Laryngologja (zatoki, trąbka Eustachjusza)
Przełyk etc..etc.

LIPIODOL — Ampułki — Kapsułki — Kołaczyki

A. GUERBET et Cie, 22 rue du Landy, St. Ouen, via Paryż

NIEZAWODNE LEKI KRĘTKOBÓJCZE

W KILE, DURACH I ZIMNICY

do stosowania śródmięśniowo:

„QUINBY SOLUBLE"

WODNY ROZTWÓR
JODO - BIZMUTANU - CHININY

Bezbarwny, nie plami, nie tłuści, nie drażni

„Q U I N B Y"

JODO - BIZMUTAN - CHININY
W ZAWIESINIE OLEISTEJ.

L. NASIEROWSKI Warszawa, Kaliska 9.
tel. 724-39 i 630-42.

S T R E S Z C Z E N I A

CHOROBY WEWNĘTRZNE

Djetetyka i krwiotwórczość. (Diététique et hématopoièse). G. Mouriquand i L. Weill. *Paris Médical, Nr. 18. r. 1931.*

Po krótkim wstępie historycznym, dotyczącym wpływu odżywiania na krwiotwórczość, autorowie przytaczają rozmaite badania, dokonane u ludzi zdrowych, którzy głodzili się przez dłuższy przeciąg czasu. Badania te wykazują, że w pierwszych dniach głodzenia stwierdza się zmniejszenie liczby ciałek czerwonych, mononukleozę i przedłużenie czasu krzepnienia. Po dwóch, trzech dniach zwiększa się liczba ciałek czerwonych, odsetek leukocytów wielojądrzastych a skraca czas krzepliwości. Analiza chemiczna wykazuje zmniejszenie się ilości żelaza we krwi; nieliczne sekcje zwłok wykazują zmiany w szpiku kostnym. Należy podkreślić występowanie rzekomej niedokrewności u ludzi, którzy po pewnym czasie głodzenia, zaczynają normalnie odżywiać się. W tych przypadkach ma zawsze miejsce rozwodnienie krwi, co daje pozór niedokrewności.

Niewątpliwie większe znaczenie posiadają wahania nie tyle w ilości, ile w jakości pożywienia.

Pożywienie organiczne.

Węglowodany, w doświadczeniach na zwierzętach, nie wykazały żadnego wpływu na krwiotwórczość, czemu nie można się dziwić, gdyż ten rodzaj pokarmów nie dostarcza żadnego budulca dla regeneracji krwi. Tłuszcze mają, według niektórych autorów, stwarzać niedokrewność, o ile pokarm składa się głównie z samych tłuszczów. Autorowie w swych badaniach wyniki te potwierdzają, dodając, że niedokrewność jest tym wyższego stopnia, im bardziej tłuszczowe jest pożywienie. Substancje białkowe pod postacią mięsa są niezbędnie konieczne dla regeneracji krwi a poszczególni autorowie wykazują, że poważną rolę grają tu rozmaite aminokwasy, zwłaszcza histydyna i tryptofan. Nie należy jednak zapominać, że nadmiar białka w pożywieniu może wpływać niekorzystnie na ustrój.

Składniki mineralne.

Brak wody wywołuje zagęszczenie krwi i zwiększenie liczby ciałek czerwonych w 1 mm^3. To zagęszczenie krwi może maskować niedokrewność. Jednym z głównych składników mineralnych pożywienia, niezbędnych dla krwiotwórczości, jest żelazo. Brak jego wywołuje niedokrewność typu chlorotycznego. Mimo, że fizjologowie powątpiewają w zdolność wchłaniania się żelaza z przewodu pokarmowego, to jednak doświadczenia kliniczne dowodzą skuteczności tego metalu, zwłaszcza podawanego w większych dawkach. W ostatnich czasach przypisuje się także pewną zdolność krwiotwórczą miedzi, choć nie wszyscy autorowie zdanie to podzielają.

Witaminy.

Witamina A, rozpuszczalna w tłuszczach, której brak wywołuje zaburzenia wzrostu i powstanie xeroftalmji, według wielu badań, ma wpływać dodatnio na krwiotwórczość. Witamina B, rozpuszczalna w wodzie, której brak wywołuje zespół beri-beri, nie wywiera wybitniejszego wpływu na krwiotwórczość, choć należy dodać, że badania prowadzone w tym kierunku nie są jeszcze ukończone. Witamina C, której brak wywołuje gnilec, znajduje się w tkankach żyjących, a wywiera niezaprzeczalny wpływ na krwiotwórczość. Dowodem tego jest niedokrewność, towarzysząca gnilcowi a występująca jeszcze przed objawami gnilca, a więc przed krwiotokami. Podanie soku cytryny w tym okresie przedgnilcowym pomnaża rychło liczbę krwinek. Witamina D, przeciwkrzywicza, nie wykazuje wyraźnego wpływu na krwiotwórczość, jakkolwiek często pojawiającą się niedokrwistość w przebiegu krzywicy usiłowano łączyć bezpośrednio z samą krzywicą. Wreszcie Simmonds, Becker i Mc. Collum mówią o witaminie E, jako swoistym czynniku, regulującym przyswajanie żelaza. Sprawa ta nie jest całkowicie wyjaśniona.

W zastosowaniu praktycznem, u ludzi dorosłych, tylko w wyjątkowych warunkach, jak np. podczas wojny i t. p., spotyka się niedokrwistości, wywołane brakiem niektórych witamin lub nieodpowiednim pokarmem. Najczęściej chodzić będzie o zastosowanie odpowiedniego odżywiania u chorych, u których niedokrwistość powstała z innych przyczyn. Poza uwzględnieniem uwag, wyżej wypowiedzianych, szczególne znaczenie na podawanie wątroby, według *Wipple'a*. Dotychczasowe badania nie wykazały, z całą pewnością, czem jest czynnik krwiotwórczy w wątrobie. Zdaje się, że nie gra tu roli ani żelazo, ani witaminy, znajdujące się w wątrobie.

U dzieci spotykamy się z niedokrwistościami, rzekomo chlorotycznymi, przy odżywianiu niemowląt wyłącznie krowiem mlekiem. Ta niedokrwistość jest wywołana niedoborem żelaza w mleku, przy stosowaniu mleka sterelizowanego wchodzi w grę także brak witaminy C. Podobnie także jednostronne odżywianie mąką lub maślanką może wywoływać podobne skutki, jak brak witaminy A, lub C. Nadto zwracano uwagę w ostatnich czasach na niedokrewność niemowląt, karmionych wyłącznie mlekiem koziem; chodzi tu o niedokrewność, połączoną z wychudnięciem, o ciężkim przebiegu. Autorowie nie widzieli podobnych przypadków a doświadczalne badania na zwierzętach (świnki morskie) wykazały niedokrewność i rychłą śmierć. Brzuchy tych zwierząt były znacznie powiększone, a stolce blade i zawierające dużo tłuszczu obojętnego. Ta choroba doświadczalna przypomina inną chorobę, występującą u dzieci, a mianowicie morbus coeliacus.

Próba Escudero dla rozpoznania dny. (Les épreuves d'Escudero pour le diagnostic de la goutte). C a r a n e g r a.

Paris Médical. Nr. 18. r. 1931.

Jednym z trudnych problemów w klinice jest ustalenie etjologji przewlekłych cierpień stawowych. W klinice profesora *Escudero* (Buenos Aires) przeprowadza się zasadniczo trzy próby u tego rodzaju chorych. Próba pierwsza polega na zastosowaniu gonoyatrenu, który wywołuje odczyn miejscowy (zaczerwienienie, ból i obrzęk), jeżeli sprawa stawowa powstała na tle rzeżączki. Próba pierwsza polega na zastosowaniu gonoyatrenu, który wywołuje odczyn miejscowy (zaczerwienienie, ból i obrzęk), jeżeli sprawa stawowa po- Próba druga polega na stosowaniu tuberkuliny dla wykrycia etjologji gruźliczej. Wreszcie próba trzecia ma na celu wykrycie dny, jako przyczyny choroby stawów.

Escudero sądzi, że oznaczanie kwasu moczowego we krwi nie może być dostateczną podstawą dla rozpoznania dny, gdyż z jednej strony dużo czynników wpływa na poziom kwasu moczowego we krwi, z drugiej zaś strony istota dny polega na szczególnem powinowactwie tkanki mezenchymalnej do kwasu moczowego. Dla tego najlepszym sposobem rozpoznawczym jest oznaczenie długości czasu wydzielania ciał purynowych zewnątrzpochodnych. *Umber* i *Retzlauff* oznaczają wydzielanie kwasu moczowego po poprzedniem dożylnem wstrzyknięciu tego ciała, rozpuszczonego w piperazynie. *Gutzent* wprowadza dożylnie roztwór moczanu sodowego. *Escudero* uważa te badania za niefizjologiczne, gdyż dożylne wprowadzanie omija czynnik wchłaniania się z przewodu pokarmowego i wpływ wątroby.

Sposób wykonania odczynu biologicznego, podanego przez *Escudero*, jest następujący: chory pozostaje przez 10 do 15 dni na djecie zupełnie bezpurynowej, pełnokalorycznej. Codzienne oznaczanie kwasu moczowego w moczu dobowym (ewentualnie te badania można przeprowadzać w ciągu ostatnich dni tej djety), pozwalają na ustalenie średniej, dobowej ilości wydzielanego kwasu moczowego i ciał purynowych. Oczywiście przy tego rodzaju djecie chodzi tylko o kwas moczowy i puryny, ściśle wewnątrzpochodne. W dniu właściwego doświadczenia chory otrzymuje, poza zwykłem pożywieniem, 100 gr wyciągu mięsnego Armour'a, który według licznych, kontrolnych badań zawiera 1% ciał purynowych, wyrażonych jako kwas moczowy. Także i w ciągu następnych dwu dni chory utrzymuje stałą djetę bezpurynową. W czasie tych trzech dni oznacza się ściśle ilość kwasu moczowego i ciał purynowych w moczu dobowym. Nadmiar tych ciał, w porównaniu do ich ilości w moczu dobowym z ostatnich dni przed próbą, należy odnieść do wywozu ciał purynowych, zzewnątrzpochodnych.

Osobnik zdrowy wydziela podaną dawkę ciał purynowych w ciągu 24 godzin. Niektórzy zdrowi wydzielają nieco mniej, zawsze jednak ponad 70% ilości podanej. Dla uniknięcia możliwych omyłek rozpoznawczych należy uwzględnić następujące dane, otrzymane w klinice prof. Escudero: 1) każde cierpienie stawowe, w którem chory wydziela 70 lub więcej procent podanych ciał purynowych w ciągu 24 lub 48 godzin, nie jest wywołane dną. 2) Chory, który wydziela najwyżej 35% puryn zewnątrz pochodnych, powinien być uważany za chorego na dne. 3) Niektórzy chorzy, źle odżywiani i gorączkujący, wydzielają zaledwo 50% podanych puryn, mimo że nie są chorzy na dnę. Przyczyna tego wypadku jest nieznana. 4) Jeżeli chory wydziela między 35% a 50%, może być uważany z wielkiem prawdopodobieństwem za chorego na dnę, jeżeli współcześnie istnieją i inne objawy, przemawiające za istnieniem tego cierpienia.

Krytyczne uwagi o stosowaniu pochodnych choliny w klinice. (Etude critique sur l'emploi des éther-sels de la choline en clinique). M. V i l l a r e t.

Presse Méd. Nr. 33 r. 1931.

Autor, który jeden z pierwszych wprowadził acetylocholinę do kliniki, podaje szereg uwag o stosowaniu tego leku, opierając się na bogatem doświadczeniu klinicznem oraz na swoich badaniach farmakologicznych. Z wszystkich pochodnych choliny bezwzględnie pierwsze miejsce należy się acetylocholinie, później dopiero izobuterylcholinie, alfametylacetylcholinie, formylcholinie oraz bromkowi bromocholinie i wielu innym.

W stosowaniu acetylocholiny należy uwzględnić następujące warunki: 1) stosować należy tylko świeże roztwory acetylocholiny w obojętnych rozpuszczalnikach. Roztwory acetylocholiny po kilku tygodniach, względnie miesiącach nie tylko tracą swe lecznicze właściwości, ale nadto wywołują bardzo przykre, a nawet śmiertelne powikłania. Dodanie cukru do roztworu acetylocholiny nie stabilizuje go, dla tego autor wzywa do stałej kontroli preparatów acetylocholiny, podobnej, jaka istnieje dla preparatów arseno-benzolowych. 2) Ze wszystkich połączeń acetylocholiny najbardziej nadaje się do klinicznego użytku chlorek acetylocholiny. 3) Najwłaściwszą drogą wprowadzania acetylocholiny jest droga domięśniowa lub podskórna. Droga dożylna nadaje się tylko do bardzo wyjątkowych celów, przyczem należy zachować wielką ostrożność dla uniknięcia niepożądanych powikłań. 4) Jak wiadomo, przeciwko potom u gruźliczych stosuje się małe dawki acetylocholiny. W sprawach naczyniowych kończyn należy stosować dawki wyższe, przeciwko kolce ołowiowej, natomiast dawki jeszcze wyższe, dochodzące nawet do 1 gr.

Przy zachowaniu powyższych ostrożności, autor nie spostrzegał żadnych niepożądanych powikłań. Z przeciwwskazań należy wymienić przedewszystkiem krwiotoki mózgowe, natomiast nerkowe sprawy nie stanowią przeciwwskazania. Autor podkreśla też, że tolerancja ustroju wobec czystego preparatu i świeżego roztworu acetylocholiny jest znaczna, gdyż jak to wyżej wspomniano, ustrój znosi z łatwością dobową dawkę 1 gr. acetylocholiny. Autor nie spostrzegał nigdy przyzwyczajenia się ustroju do tego środka, tam zaś gdzie przy dłuższym użyciu acetylocholiny skutek był coraz słabszy, myśleć należy nie o przyzwyczajeniu, lecz o dalszym postępie zasadniczej choroby, przeciwko której acetylocholina, jako lek objawowy, jest bezsilna.

W c e l a c h r o z p o z n a w c z y c h stosujemy acetylocholinę w naczyniowych spra-

ZAKAZ KOFEINY PRZY GRUŹLICY.

(WYCIĄGI Z PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO).

DURIG, A. (Profesor, dyrektor Zakładu Fizjologji Uniwersytetu w Wiedniu).

Fizjologiczne podstawy odżywiania z szczególnem uwzględnieniem odżywiania przy gruźlicy.

Handbuch der gesamten Tuberkulosetherapie, prof. dr. Ernst Löwenstein, Wiedeń: Urban & Schwarzenberg, 1923.

Chociaż kawa zmniejsza odczuwanie psychicznego zmęczenia i pobudza czynności psychiczne, to jednak u niektórych ludzi wypicie kawy wieczorem może utrudnić zaśnięcie i wywołać zaburzenia snu. Zdarza się to szczególnie w uzdrowiskach górskich, a zwłaszcza w pierwszych dniach pobytu. S z c z e g ó l n i e l u d z i e z p o b u d l i w y m u k ł a d e m n e r w u b ł ę d n e g o, d o k t ó r y c h z a l i c z a s i ę r ó w n i e ż i w i e l u c h o r y c h n a p ł u c a, s ą b a r d z o w r a ż l i w i n a k o f e i n ę i d l a t e g o p r z y z e z w a l a n i u i m s p o ż y w a n i a k a w y w s k a z a n ą j e s t d a l e k o i d ą c a o s t r o ż n o ś ć. Ludzie tacy są skłonni do dokuczliwego bicia serca, które utrudnia im wówczas sen.

Bunge ostrzega przed używaniem herbaty i kawy jako środków leczniczych, gdyż s z t u c z n i e nie pozwalają one do pewnego stopnia na ujawnianie się sygnału naturalnego wentyla — uczucia zmęczenia, chroniącego ustrój przed nadmiernem wyczerpaniem.

I w istocie, przewlekłe nadużywanie kawy, mające na celu umożliwienie długotrwałej nieprzerwanej pracy i przytłumienie wrażenia zmęczenia, doprowadza do ciężkiej nerwowości. Występują często na jaw objawy nerwicy sercowej, drżenie, zaburzenia snu; zdolność fizyczna zmniejsza się coraz bardziej, a nierzadko stwierdza się również i pogorszenie stanu odżywiania. Niektórzy ludzie odznaczają się wybitną nadwrażliwością na kofeinę i reagują na nią wzmożonem wydzielaniem, łatwą pobudliwością psychiczną, inni zaś biegunkami i dolegliwościami sercowemi. Takim należy kawę wogóle zakazać.

P r z e c i w s k a z a n e m jest spożywanie kawy również i we wszystkich przypadkach wzmożonej pobudliwości ośrodkowego układu nerwowego, a zwłaszcza przy z w i ę k s z o n e m napięciu nerwu błędnego i współczulnego.

Chorzy na chorobę B a s e d o w a przeważnie źle znoszą kawę. Również i chorzy z cierpieniami żołądkowemi są bardzo wrażliwi na kawę. W tych miejscowościach, w których ludność pije kawę w znaczniejszej ilości, często zgłaszają się do lekarzy pacjenci z dolegliwościami żołądkowemi; dolegliwości te można z łatwością zupełnie usunąć przez prosty zakaz spożywania kawy. Chorym z owrzodzeniami żołądka lub jelit należy kawę wogóle zabronić. Zakaz kofeiny nie musi być jednocześnie zakazem kawy, jeżeli zalecimy choremu kawę Hag bez kofeiny. Pacjent będzie wówczas c h ę t n i e przestrzegał przepisów lekarza.

Próby i literaturę na żądanie bezpłatnie firma Kawa Hag T. z o. p.,
Gdańsk i Warszawa, Marszałkowska 149.

wach kończyn, dla odróżnienia np. acrocyanozy (na którą acetylocholina nie wpływa) od zespołu Raynaud'a. W oftalmologji zapomocą acetylocholiny uzyskuje się rozszerzenie tętnicy, znacznie silniejsze i dłużej trwające aniżeli po amylum nitrosum. W neurologji stosowanie acetylocholiny pozwala ocenić rolę, jaką gra złe ukrwienie mięśni. W otorhinolaryngologji stosuje się acetylocholinę dla stwierdzenia naczyniowej natury niektórych postaci zawrotów głowy i głuchoty. Wreszcie w gastroenterologji, zapomocą zgłębnika dwunastniczego, badamy wydzielanie trzustki po acetylocholinie.

Ograniczenie wskazań leczniczych.

Wychodząc z niewłaściwych założeń stosowano acetylocholinę, oczywiście bez skutku, w gruźlicy płuc, w sclerosis multiplex, w uremji, we wrzodzie żołądka, w acrocyanosis, a następnie w szeregu innych schorzeń, w których, mimo skutecznego wyniku, trudno jest stwierdzić istotny wpływ acetylocholiny. Tu należą np. rozmaite bóle wzdłuż pni tętniczych i t. p.

Właściwe wskazania do stosowania acetylocholiny.

Na pierwszem miejscu należy wymienić zapalenie tętnic kończyn. Acetylocholina daje tutaj bardzo dobre wyniki, bez względu na to chodzi o zmiany tętnicze u osób starych, czy też o zmiany na tle kiły lub w zapaleniach tętnic u młodych osób, następnie w rozmaitych zapaleniach tętnic o przebiegu ostrym, albo podostrym, w chromaniu przestankowem, w leczeniu przed i pooperacyjnem zgorzeli kończyn na tle tętniczych zapaleń i t. p. Oczywiście w przypadkach, w których etjologja cierpienia jest znana, przyczynowe leczenie musi być przeprowadzone z całą ścisłością, nie mniej jednak acetylocholina, choć działa tylko objawowo, znosi cierpienia i pozwala na ścisłe odgraniczenie sprawy chorobowej organicznej od towarzyszących jej spraw czynnościowych, skurczowych. Autor poleca w tych cierpieniach codzienne wstrzykiwania 0.40 gr acetylocholiny domięśniowo bądźto w jednej dawce, bądź też po 0.20 gr rano i wieczorem.

Także w przypadkach embolji tętniczych w kończynach można skutecznie stosować acetylocholinę, gdyż emboljom towarzyszy zazwyczaj skurczowy stan naczyń. W chorobie Raynaud'a leczenie acetylocholiną jest uważane obecnie za najlepsze. Różni autorowie otrzymywali też dobre wyniki przy stosowaniu acetylocholiny w całym szeregu cierpień, jak np. w sclerodermji, we wrzodach wywołanych żylakami, w owrzodzeniach u chorych na cukrzycę, w odmrożeniach, w ciężkiej pęcherzycy i w innych troficznych sprawach; wreszcie acetylocholina ma być także skuteczna i w acrodynji, cierpieniu rzadkiem i bardzo ciekawem, a występującem u dzieci.

Wskazania do stosowania acetylocholiny w oftalmologji. Przedewszystkiem stosuje się acetylocholinę w stanach skurczowych arteriae centralis retinae. Nieraz już dawka 0.20 gr. jest wystarczająca, zawsze natomiast wystarcza dawka podwójna, która działa przez dłuższy przeciąg czasu. Podobne stany skurczowe spotyka się po znacznych krwiotokach, przy zatruciu chininą lub pod wpływem alkoholu. Skuteczną jest także acetylocholina w leczeniu glaucoma, przy równoczesnem stosowaniu pilokarpiny.

Wskazania neurologiczne. Acetylocholinę stosuje się w przypadkach rozmiękczenia mózgu, wywołanego skurczem naczyń tętniczych, a także na tle embolji. Skuteczność acetylocholiny okazała się też w przypadku ciężkich napadów padaczkowych, w okresie pojawienia się perjodu, następnie w początkowych okresach zespołu Parkinsona oraz w banalnych porażeniach a frigore.

Wskazania w otorhinolaryngologji. Tu należą przypadki głuchoty, szumu w uszach i t. p., wywołane skurczowymi stanami naczyń krwionośnych.

Wpływ acetylocholiny w innych stanach patologicznych. Nie ulega kwestji, że acetylocholina w wielu przypadkach obniża wyraźnie ciśnienie skurczowe i rozkurczowe, nie mniej jednak autor spotykał przypadki, w których nawet dawka 0.60 gr acetylocholiny nie wpłynęła na poziom ciśnienia krwi, w innych zaś przypadkach ciśnienie krwi uległo nawet podwyższeniu do 20 mmHg po bardzo niskich dawkach tego środka. To różne zachowanie się ciśnienia krwi pod wpływem acetylocholiny, mogłoby może posłużyć do rozróżnienia poszczególnych stanów i mechanizmu powstania nadciśnienia, dotychczas jednak nie udało się tego przeprowadzić. Chociaż zatem zachowanie się ciśnienia krwi po omawianym środku, jest różne, to jednak, mimo braku nawet reakcji, można sprowadzić znaczną ulgę chorym z nadciśnieniem. Ulgę tę można tłumaczyć odrębnem reagowaniem odgałęzień wewnętrznej tętnicy dogłowowej (arteria carotis interna), co ponad wszelką wątpliwość stwierdzono.

Dobre skutki po acetylocholinie obserwowano również w zespołach splotu słonecznego, wywołanych uciskiem z sąsiedztwa, w crises gastriques we wiądzie rdzenia i w kolkach ołowiowych (duże dawki).

Wielu autorów bardzo chwali stosowanie małych dawek tego środka, 0.04 gr., a nawet 0.02 gr. w uporczywem poceniu się z rozmaitych przyczyn, w szczególności zaś u niektórych chorych na gruźlicę.

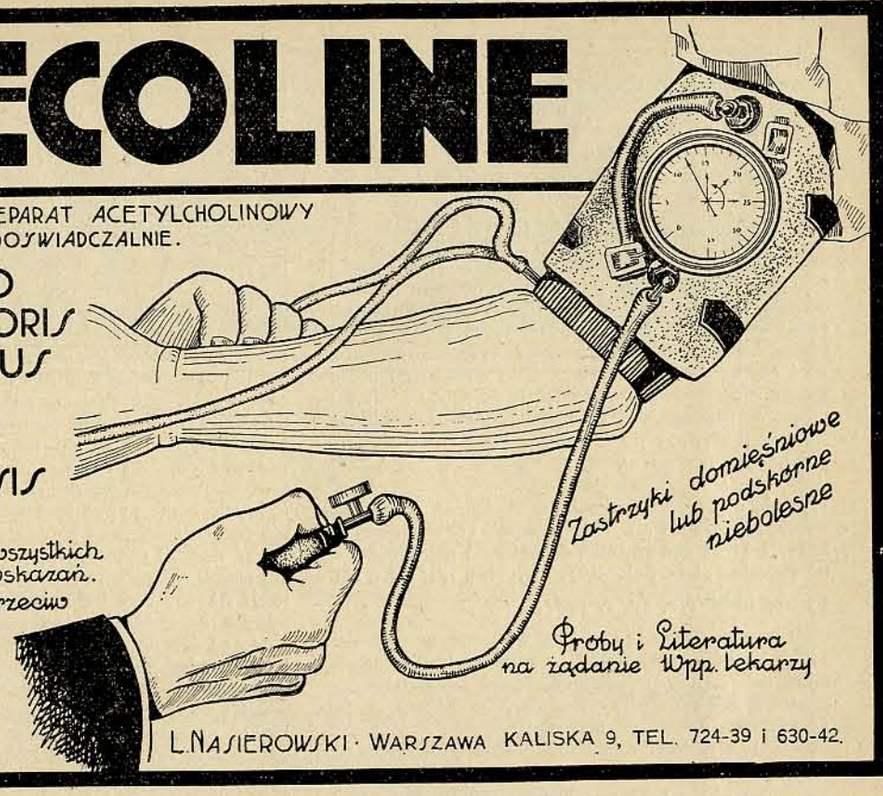
Ze względu na wpływ acetylocholiny na wydzielanie żołądka, zalecają ten lek w stanach upośledzonej czynności żołądka.

Inne pochodne choliny. Autor badał także i formylocholinę, której wpływ na naczynia i serce jest podobny do działania acetylcholiny. Większe znaczenie posiada bromek bromocholiny, który może być podawany doustnie i działa po wessaniu z jelita. Działanie jego jest silne, pojawia się dość późno i trwa bardzo długo. Z powyższych względów autor obawiał się wprowadzać to połączenie drogą podskórną u ludzi. Alfamethylacetylocholina istnieje pod postacią dwuch izomerów, prawo i lewo skrętnych. To połączenie, wprowadzone dojelitowo w dużych dawkach wywołuje u zwierząt szczególnie znaczne obniżenie ciśnienia krwi, które trwa bardzo długo. Po podskórnem podaniu, objawy są podobne (dawka 0.004 na klg. wagi). To działanie obniżające ciśnienie znacznie się wzmaga, jeżeli obok alfamethylacetylocholiny podać także i yohimbinę. To

ACECOLINE

STABILIZOWANY PREPARAT ACETYLCHOLINOWY SPRAWDZONY DOŚWIADCZALNIE.

HYPERTENSIO
ANGINA PECTORIS
ANGIOSPASMUS
HEMIPLEGIA
GANGRAENA
HYPERHIDROSIS



DAWKA: 0.1-0.2 gr. dla wszystkich wskazań.

DAWKA: 0.02-0.05 gr. przeciw nadmiernym potom.

POSTACI: ampułki { á 0.10, 0.20. á 0.02, 0.05.

Zastrzyki domięśniowe lub podskórne niebolesne

Próby i Literatura na żądanie Wpp. lekarzy

L. NASIEROWSKI · WARSZAWA KALISKA 9, TEL. 724-39 i 630-42.

L. WŁODARCZYK

PHOSPHACID

Dr. ROMANOWSKIEGO

Wodnoglicerynowy roztwór niedotlenków wapniowo-fosforowych i fosforu mineralnego w stanie koloidalnym.

DZIAŁANIE: — Dzięki swej niezakończonej budowie chemicznej PHOSPHACID oddziaływuje energicznie w drodze chemo-biologicznej na odbudowę i uzdrowienie drobin protoplazmatycznych i jąder komórek.

WSKAZANIA

ANEMJA,
REKONWALESCENCJA.
KRZYWICA,
NEURASTENJA,
CUKRZYCA,
GRUŹLICA: chirurgiczna, płucna, gruczołowa, skóry.

W sprzedaży: Pudełka po 6 amp. i po 12 amp, á 1 ccm. „ „ 6 „ „ 12 „ á 2 ccm.

Stosuje się w postaci wstrzykiwań podskórnych lub śródmięśniowych.

synergetyczne działanie jest jednak zniesione, a nawet yohimbina znosi rozszerzenie arteriae centralis retinae, wywołane przez alfamethylacetylocholinę, o ile zwierzęciu, przed doświadczeniem, usunąć nadnercza. Stąd wynika, że działanie yohimbiny polega na odwróceniu działania adrenaliny.

W zastosowaniu do człowieka dawka 0.02 i 0.04 gr. alfamethylacetylocholiny wywołuje znacznie silniejszy spadek ciśnienia krwi, aniżeli acetylocholina, co w pierwszych doświadczeniach autora było przyczyną wystąpienia niepożądanych objawów, które jednak przeszły bez śladu. Nie ulega kwestji, że alfamethylacetylocholina nadawać się będzie w przyszłości do doustnego stosowania, należy jednak pamiętać, że środek ten wymaga ostrożnego dawkowania. Wprowadzenie pochodnych choliny do lecznictwa jest niewątpliwie poważnym postępem.

Uwagi o leczeniu dusznicy bolesnej zapomocą wstrzykiwań stowainy loco dolenti. (Remarques sur le traitement des angines de poitrine par l'injection de stovaine „loco dolenti"). L. Langeron.

Presse Méd. Nr. 29. r. 1931.

Lemaire przed pięciu laty wykazał, że podobnie jak inne bóle, pochodzące z wewnętrznych narządów, tak i dusznica bolesna daje się łagodzić, a nawet znika po wstrzykiwaniach podskórnych lub doskórnych 1%-wego roztworu stowainy w okolicę rzutu bolącego narządu. Jako tłumaczenie powyższego faktu, przyjęto twierdzenie Head'a, który sądzi, że ból pochodzący z narządów wewnętrznych, daje się wówczas dopiero odczuwać, gdy zostanie przeniesiony na okolicę skóry, która odpowiada t. zw. zonie metamerycznej. Przez zniesienie zapomocą środków znieczulających wrażliwości, względnie nadwrażliwości danej zony Head'a, ustępuje albo przestaje być odczuwany ból danego narządu wewnętrznego.

Praktycznie, leczenie to przedstawia się bardzo prosto i polega na wstrzyknięciu jakiegokolwiek środka znieczulającego w bolesną okolicę skóry, wskazaną przez chorego. Podobno w niektórych przypadkach nawet wstrzyknięcie wody dystylowanej w daną okolicę daje dobre wyniki.

Autor przytacza trzy historje choroby, dotyczące chorych, cierpiących na dusznicę bolesną, zupełnie typową. We wszystkich tych przypadkach dotychczasowe leczenie zapomocą środków nietylko sercowych, ale i przeciwbólowych, jak gorące lub zimne okłady, sedol i t. p., a nawet morfina — nie dawało zupełnie wyników, albo tylko przejściowe ukojenie. Z tych trzech przypadków, w dwuch wstrzykiwania stowainy 1%-wej w dawce 10 ccm dało niemal natychmiastowe ustąpienie bólów. W przypadku pierwszym po dwu zastrzykach, jednego dnia, bóle znikły na miesiąc, poczem pojawiły się w znacznie słabszym stopniu i ustąpiły również po powtórnem wstrzykiwaniu tego środka. W przypadku drugim choremu wstrzykiwano stowainę dwa razy dziennie przez 5 dni, po którem to leczeniu, chory czuje się zupełnie dobrze. W trzecim przypadku wstrzykiwania stowainy nie dały żadnego wyniku, a po 24 godzinach chory zmarł.

Omawiając powyższe przypadki autor podkreśla, że rozpoznanie duszności bolesnej nie ulegało żadnej wątpliwości, różnica jednak między dwoma pierwszymi przypadkami, a przypadkiem trzecim, była ta, że w dwu pierwszych przypadkach chodziło o ludzi względnie młodych (49 lat), bez zmian kiłowych, jak i bez innych, wyraźnych zmian klinicznych lub radiologicznych i bez niedomogi serca. Chorzy ci cierpieli dopiero od niedawna na dusznicę bolesną, nadużywali tytoniu, a może nawet i alkoholu. Dusznicę bolesną w tych przypadkach należy zatem tłumaczyć skurczem tętnic wieńcowych, prawdopodobnie na tle toksycznem, a w każdym razie bez wyraźnych zmian anatomicznych. Natomiast w trzecim przypadku chodziło o człowieka starszego (63 lat), z wyraźnymi objawami znacznego osłabienia mięśnia sercowego. U tego chorego zatem istniało niewątpliwie anatomiczne uszkodzenie zarówno tętnic wieńcowych, jak i mięśnia sercowego. Należy zatem przypuszczać, że omawiany sposób leczenia dawać może korzystne wyniki tylko w przypadkach, w których brak zupełnie tego tła, albo też anatomiczne zmiany są względnie nieznaczne.

W dalszej części swej pracy, autor omawia bliżej stany skurczowe naczyń, powołując się w analogji na choroby tego rodzaju, jak choroba Raynaud'a i chromanie przestankowe. Autor przyjmuje za *Bard-em*, że skurczowe stany naczyń należy uważać za nieprawidłowo silny i długotrwały odruch, a zatem za odruch, który od prawidłowego różni się tylko nasileniem i trwałością. Niekiedy, zamiast tej odmiany prawidłowego odruchu, spotykamy odruch odwrócony, a więc zwężenie naczyń, zamiast ich rozszerzenia, lub przeciwnie. Pobudka do tego naczyniowego odruchu, pochodzić może od powierzchni ciała, a więc od skóry. Droga tego odruchu jest zatem analogiczna do ujęcia sprawy bólowych zon Head'a, lecz kierunek, w którym płynie podnieta, jest odwrócony. W myśl powyższego rozumowania nie jest wykluczone, że leczenie dusznicy bolesnej metodą *Lemaire'a* jest bardziej istotne, niż się to na pierwszy rzut oka może wydawać. Oczywiście, jednak skuteczność tego leczenia może wystąpić tylko w przypadkach odruchowych stanów skurczowych tętnic wieńcowych, nie może natomiast dać pożądanych wyników tam, gdzie są dalej posunięte zmiany anatomiczne wspomnianych tętnic. Nie ulega też wątpliwości, że po usunięciu bólów w dusznicy bolesnej, należy przeprowadzać dalsze leczenie, w sposób dotychczas stosowany, gdyż nie tylko jest niewykluczonem, ale wysoce prawdopodobnem, że przy dłużej trwających i częściej powtarzających się napadach odruchowej dusznicy bolesnej, dochodzi wkońcu do zmian anatomicznych w naczyniach wieńcowych.

Z. Gorecki.

CHIRURGJA

Mechanizm chorobotwórczy i obraz kliniczny zgorzeli kończyn w przebiegu cukrzycy. (Les gangrènes diabétiques). L a b b é.

La Presse Méd. Nr. 46, czerwiec 1931.

Zgorzel kończyn jest, jak wiadomo, częstem powikłaniem cukrzycy, częstem i groźnem dla życia, gdyż czwarta część wszystkich zmarłych na cukrzycę umiera wskutek cukrzycowej zgorzeli kończyn. Od czasu wprowadzenia do lecznictwa

CRYPTARGOL LUMIÈRE

SÓL SREBROWA SIARCZANU SODOWEGO TIOGLICERYDU

OVULES, SOLUTION

Do użytku zewnętrznego

W GINEKOLOGJI, UROLOGJI, WENEROLOGJI I CHIRURGJI.

ZALETY:

Wyjątkowo silne działanie **bakterjobójcze** (35% Ag). Wybitne działanie **kieratoplastyczne i zmniejszające przekrwienie. Nie wywołuje podrażnienia** błon śluzowych i skóry. **Nie psuje się** pod wpływem powietrza i światła. **Nie plami** skóry, ani bielizny.

A) **CRYPTARGOL OVULES,** gałki dopochwowe z ustalonej gliceryny (0,25 cryptargol'u w jednej gałce). Działanie wybitnie przeciwgnilne, przeciwzapalne i kieratoplastyczne; nie plamią ani skóry, ani bielizny.

WSKAZANIA:

Nadżerki pochwy, szyjki macicy. Zapalenia macicy, jajowodów, jajników. Owrzodzenia (gruźlica). Upławy (flour albus). Co 2 — 3 dni po 1 gałce.

B) **CRYPTARGOL SOLUTION** stężony rozczyn do przemywań.

WSKAZANIA:

1. Do **przemywań pochwy** rozczyn 1:1000 do 5:1000
2. Do **przemywań pęcherza** rozczyn 1:1000 do 5:1000 w ilości 500 ccm. do 1000 ccm.,
3. w **ostrych zapaleniach pęcherza** moczowego (wkraplanie 20 — 30 kropel rozczynu 1:100),
4. W **leczeniu rzeżączkowego zapalenia** cewki moczowej:
   a) w zapaleniu tylnej części—przemywania rozczynem 1:1000 do 5:1000,
   b) w zapaleniu części przedniej: 2—3 razy dziennie po 3 przestrzykiwania rozczynem 1:100 do 5:100 pierwsze przy otwartej cewce moczowej, drugie i trzecie należy przetrzymać przez 5 minut,
5. Do przemywania ran owrzodzeń w **CHIRURGJI, DERMATOLOGJI** rozczyn 1:1000 do 5:1000.

Skład główny L. Nasierowski Kaliska 9, Warszawa

insuliny liczba ta wzrosła, co należy sobie tłumaczyć w ten sposób, że pod wpływem insuliny zmniejszyła się liczba śmierci wskutek śpiączki cukrzycowej, a tem samem zwiększyły się szanse zachorowania na zgorzel cukrzycową.

Na mechanizm chorobotwórczy tego cierpienia składają się następujące trzy czynniki: 1) zapalenie błony wewnętrznej tętnic, 2) zapalenie nerwów odżywczych i 3) zakażenie. Zależnie od przewagi tego czy innego czynnika w obrazie chorobowym rozróżniamy trzy typy zgorzeli cukrzycowej: 1) zgorzel wskutek zwężenia światła tętnic (endarteriitis obliterans), 2) zgorzel wskutek zmian w nerwach odżywczych (wrzód dziurawiący stopy i inne) i 3) zgorzel wskutek miejscowego zakażenia tkanek.

I. *Endarteriitis diabetica* cechuje się zgrubieniem błony wewnętrznej tętnicy i obecnością złogów cholesteryny w jej ścianie, a różni się od endarteriitis atherosclerotica i endarteriitis luetica brakiem wyraźniej zaznaczonego procesu zakrzepowego. Zgorzel dotyczy najczęściej kończyn dolnych i zaczyna się zwykle od palców, znacznie rzadziej dotyczy kończyn górnych. Klinicznie rozróżniamy tu okres wstępny — z bólami w spoczynku i przy ruchach, z chromaniem przestankowem, bladością i ochłodzeniem skóry, brakiem tętna w zakresie kończyny i wahań oscylometrycznych (Pachon), i okres właściwej zgorzeli. Z początku mamy do czynienia ze zgorzelą suchą (gangraena sicca, mumificatio), analogicznie do takiejże postaci zgorzeli starczej. Zwykle jednakże szybko przyłącza się tu zakażenie i zgorzel sucha przechodzi w wilgotną — ze znacznem obrzmieniem i zaczerwienieniem kończyny, pęcherzami podnaskórkowemi, ropniami i owrzodzeniami, zjawieniem się gorączki, szybkiem pogarszaniem się stanu ogólnego; ognisko zgorzelinowe ma tendencję szerzenia się, powiększania się i łatwo przy tem dochodzi do zakażenia ogólnego, zwykle śmiertelnego. Od zgorzeli wskutek zapalenia tętnic odróżniać należy zgorzel wskutek zatoru pochodzenia sercowego w przebiegu cukrzycy, powikłanej zakażeniem ogólnem, która to zgorzel zaczyna się ostro i ma przebieg gwałtowny.

II. *Zgorzel nerwowa* występuje pod postacią ograniczonej zgorzeli skóry lub wrzodu dziurawiącego stopy, mal pérforant du pied (podeszew, palce). Cechuje się zniesieniem odruchów w zakresie kończyny przy zachowaniu krwiobiegu (tętnienie tętnic). Zmiany powyższe mogą występować nietylko przy cukrzycowem zapaleniu nerwów (neuritis diabetica); spotyka się je również w przebiegu wiądu rdzenia i zapalenia nerwów na tle przewlekłego zatrucia alkoholem. Wrzód dziurawiący goi się bardzo trudno, ale łatwo zato ulega zakażeniu, które może rozszerzyć się na całą kończynę i doprowadzić do rozległej zgorzeli.

III. *Zgorzel z zakażenia.* Zwykle chodzi tutaj o drobnoustroje banalne, które wywierają jednak działanie niszczące dlatego, że napotykają na wyjątkowo sprzyjające warunki: upośledzone często krążenie, zmiany nerwowe i — wreszcie, co może najważniejsze — przesycenie tkanek cukrem. Wszystko to składa się na to, że proces zapalny, mając swój punkt wyjścia często w drobnem otarciu czy skaleczeniu, przechodzi łatwo w zgorzelinowy, a zakażenie miejscowe uogólnia się. Dlatego też i czyraki, a zwłaszcza czyraki mnogie w przebiegu cukrzycy nabierają takiej złośliwości i prowadzą łatwo do rozległej zgorzeli.

Z drugiej strony należy pamiętać o tem, że ów proces zgorzelinowo-zakaźny odbija się nader ujemnie na samej cukrzycy — zwiększa się zawartość cukru we krwi i w moczu, występuje zakwaszenie ustroju, a nawet i śpiączka, co z kolei wymaga uwzględnienia w leczeniu.

Złamania zęba kręgu obrotowego (dens epistrophei), przebiegające narazie bez objawów ucisku rdzenia. (Fracture de l'axis sans symptomes médullaires). Angelesco i Buzoianu.

Revue d'Orthopédie XVIII — Nr. 3, maj 1931.

W złamaniach kręgosłupa rokowanie bywa, naogół, tym gorsze, im wyżej jest to złamanie umiejscowione, względnie im bliższe jest opuszki i ośrodków przepony. Z drugiej strony, w całym szeregu złamań szyjnej części kręgosłupa nie dochodzi wcale (lub przynajmniej narazie) do obrażenia rdzenia kręgowego, nawet w tych przypadkach, w których nastąpiło pewne przemieszczenie odłamów. Tłumaczy się to prawdopodobnie większą szerokością szyjnej części kanału kręgowego od niżej leżących części tego kanału tak, że rdzeń kręgowy nie wypełnia tu całego światła kanału i może być odsunięty przez przemieszczony odłam, nie będąc przezeń uciśnięty.

Dotyczy to również złamań zęba kręgu obrotowego (podstawy lub trzonu) i złamań kręgu szczytowego (atlas), w których może nastąpić samoistne zagojenie się bez następstw chorobowych, i szereg takich przypadków spostrzegano klinicznie. Względnie najmniej groźny przebieg mają złamania tylnych łuków kręgu szczytowego i obrotowego, gorzej bywa przy złamaniu zęba kręgu obrotowego, największe zaś niebezpieczeństwo grozi choremu w razie rozerwania również i więzadła poprzecznego kręgu szczytowego, które zasadniczo ogranicza przemieszczanie się zęba do tyłu i chroni w ten sposób rdzeń przed uszkodzeniem.

W tym ostatnim przypadku narazie objawów rdzeniowych może nie być wcale; stan ten trwa dotąd, dopóki naderwane w czasie wypadku (upadek na głowę, np. przy skoku do wody(więzadło poprzeczne kręgu szczytowego nie ulegnie ostatecznemu rozdarciu, zwykle wskutek przemieszczenia się głowy w całości ku przodowi pod wpływem siły ciążenia. Wówczas bardzo łatwo może dojść do przemieszczenia się zęba do tyłu i śmierci wskutek ucisku na opuszkę rdzenia.

Wnioski praktyczne. 1) W każdym przypadku złamania kręgosłupa w zakresie pierwszych kręgów szyjnych, podejrzewanego klinicznie, należy wykonać dokładne zdjęcie rentgenowskie tej okolicy, chociażby nie stwierdzało się żadnych objawów rdzeniowych. 2) Złamania przedniego łuku kręgu obrotowego są bez porównania groźniejsze od złamań tylnego łuku, które naogół nie zdradzają tendencji do przemieszczeń. 3) Obrażenie opisane wymaga natychmiastowego i ścisłego unieruchomienia górnej połowy kręgosłupa (opatrunek gipsowy)—

dla uniknięcia owego fatalnego w następstwach przemieszczenia odłamu. Jedynie tylko, jeśli już stwierdzamy objawy wyraźne ucisku rdzenia, wskazane jest wówczas operacyjne jego odbarczenie, przyczem dokładne unieruchomienie tej okolicy kręgosłupa jest konieczne i czasie zabiegu, i w okresie pooperacyjnym.

Powikłania ze strony nerek w przebiegu gruźlicy kostno-stawowej u chorych leżących. (Des accidents et complications rénales chez les tuberculeux osseux allongés). Tschudnowsky.

Revue d'Orthopédie XVIII — Nr. 3, maj 1931.

Chorzy na gruźlicę kostno-stawową — dotyczy to zwłaszcza przypadków gruźlicy kręgosłupa, stawu biodrowego i kolanowego — są szczególniej narażeni na powikłania ze strony nerek, co jest w ścisłym związku z jednej strony z charakterem zmian anatomo-patologicznych zasadniczego ogniska chorobowego odwapnienia, z drugiej zaś — z leczeniem tego rodzaju chorych (długotrwałe unieruchomienie, specjalna dieta, przeładowanie ustroju wapnem).

Powikłaniami temi są: 1) pyelonephritis ascendens, 2) kamica nerkowa i 3) gruźlica nerki.

I. Zapalenie wstępujące miedniczek nerkowych i nerek wikła często przypadki gruźlicy kręgosłupa, przebiegające z porażeniem kończyn dolnych. Zaburzenia w mechaniźmie oddawania moczu, zaleganie moczu w pęcherzu, jego bezwolne wyciekanie z przepełnionego pęcherza, częste cewnikowanie — wszystko to sprowadza szybko zakażenie postępujące dróg moczowych, z fatalnemi tegoż następstwami dla życia chorego. Dlatego też o tego rodzaju chorych mówi się, że ich choroba jest w kręgosłupie, ale niebezpieczeństwo ich życia tkwi w nerkach.

W celu możliwego ustrzeżenia powyższych chorych od tego powikłania wskazanem będzie — w okresie zalegania moczu — dwuręczne wyciskanie moczu z pęcherza, zamiast cewnikowania.

II. Kamica nerkowa występuje szczególnie często u chorych na gruźlicę stawu biodrowego, unieruchomionych przez czas długi w pozycji leżącej. Gra tutaj rolę i unieruchomienie (zaparcie stolca), i odwapnienie ogniska chorobowego, i jednostronna dieta, i wreszcie podawanie w celach leczniczych dużych ilości soli wapnia. Pierwszym i jedynym przez czas dłuższy objawem bywa krwiomocz.

III. Gruźlica nerki wikła gruźlicę kręgosłupa, a zwłaszcza jego części lędźwiowej i krzyżowej. Zakażenie nerki odbywa się najczęściej per continguitatem, przez ropnie opadowe (np. ropień mięśnia lędźwiowo-udowego), jakkolwiek możność zakażenia na drodze krwionośnej jest również bardzo prawdopodobna. Powikłanie gruźlicy kostnej gruźlicą nerki nie pogarsza nadzwyczajnie rokowania co do życia, ponieważ przebieg gruźlicy nerki w tych przypadkach bywa naogół łagodny, a ognisko pierwotne w kręgosłupie może ulec pomimo to wygojeniu.

IV. Do rzadszych powikłań należy przebicie się ropnia opadowego do pęcherza moczowego, połączone z nagle powstałym ropomoczem, ewentualnie wytworzenie komunikacji między drogami moczowemi — poprzez ropień opadowy — z powierzchnią skóry, co się przejawia wypływem moczu z przetoki.

M. Czyżewski.

FRANCUSKIE WODY MINERALNE

Zwracać uwagę na znak ochronny

Zwracać uwagę na znak ochronny

VITTEL

GRANDE SOURCE

Działa leczniczo na **NERKI**

Podagra-dna. Piasek moczowy (Kamienie nerkowe) Artretyzm.

SOURCE HÉPAR

Obfitość leczniczych składników mineralnych

Działa leczniczo na **WĄTROBĘ**

Kamienie żółciowe

Obstrukcja

Niedomoga Wątroby.

Sezon od 20 Maja — 25 Września.

NOWOCZESNY ZAKŁAD WODOLECZNICZY.

CHOROBY UCHA, GARDŁA I NOSA.

Odczyn Roffo (La réaction de Roffo). Portmann G.

Nr. 1. 1930. Revue de Laryngologie.

Chodzi o odczyn biochemiczno-barwny dla rozpoznawania nowotworów złośliwych, niedostępnych dla innych bezpośrednich metod rozpoznawczych. Odczyn różniczkowy polega na różnem powinowactwie „czerwieni obojętnej“ („rouge

neutre") do tkanek o różnym stopniu zdolności rozrodczej. Podstawowe doświadczenie na surowicy szczurzej wygląda następująco: Rozczyn (bezbarwny), czerwieni obojętnej, dodany do surowicy szczura zdrowego przybiera barwę żółtą, zaś dodany do surowicy szczura chorego na nowotwór złośliwy, przybiera kolor intensywnie czerwony. Odczyn ten u człowieka wypada analogicznie. Z pośród serji doświadczalnych wyróżnić należy serję *Carranzy*, obejmującą 4000 odczynów i *Passiniego* obejmującą 110 schorzeń nienowotworowych, w statystyce ostatniej odczyn wypadał zawsze ujemnie, w statystyce pierwszej figuruje 1) 3067 schorzeń nienowotworowych, które dały 5% wyników dodatnich, leżących, zdaniem autora, w granicach błędu metody 2) 108 przypadków guzów niezłośliwych, które dały 7 razy odczyn dodatni: 1 torbiel wątroby, 4 naczyniaki, 1 włókniak, 1 brodawczak, w którychto wypadkach wykluczenie tendencji zwyrodnienia złośliwego zasadniczo nie jest możliwe i 3) 814 przypadków nowotworów złośliwych, stwierdzonych klinicznie. Ta trzecia grupa dała 65,36% wyników dodatnich. Odczyny w wypadkach radykalnie operowanych stawały się po pewnym czasie ujemne, zmiana odczynu na dodatni była wyraźną zapowiedzią nawrotu wzgl. przerzutu.

O wyłuszczeniu migdałków i adenotomii w pląsawicy. (De l'amygdalectomie et de l'adenotomie dans le traitement de la chorée de Sydenham). Letelier L. I.

j. w. Nr. 2.

Autor podaje 10 historji chorób u dzieci w wieku 9 do 14 lat, gdzie wykonał wyłuszczenie migdałków bocznych, czasem także adenotomię z tym efektem, że pląsawica, na którą cierpiały, ustąpiła. Autor uważa zabieg ten w przebiegu pląsawicy za wskazany, gdy wywiad wykazuje częste zapalenia gardła lub gdy migdałki wykazują zmiany zapalne. Powikłań w związku z zabiegiem nie było ani razu. Zabieg wykonany był już to w miejscowem znieczuleniu novocainą, już to w uśpieniu chloroformowem. W 6 z tych przypadków podany jest wynik badania histopatologicznego, które wykazywało każdorazowo przewlekłe zmiany zapalne miąższu migdałków.

Migdałki a ząb mądrości (Amygdales et dents de sagesse). Rateau-Merville.

j. w. Nr. 6.

Autor, opisując trzy przypadki wskazuje na związki zachodzące między schorzeniami trzeciego molara (zęba mądrości), a ropnemi zapaleniami migdałka i przestrzeni kołomigdałkowych. Autor poddaje analizie stosunki anatomiczne, stwarzające warunki propagacji. A mianowicie w bliskiem sąsiedztwie poza migdałkiem spotykamy zwieracz górny gardzieli (constrictor phar. sup.), wzmocniony powięzią. Zakażenie okolicy zęba mądrości posuwa się podśluzowo (par la voie muqueuse) do wiotkiej tkanki, która znajduje się pomiędzy rzeczonym zwieraczem, wzgl. powięzią jego, a pomiędzy migdałkiem. Ta właśnie wiotka tkanka, zagęszczając się, tworzy torebkę migdałkową. Stąd zakażenie może się rozszerzać w różnych kierunkach, już to na zewnątrz, stwarzając przetoki migdałkowe, już w głąb i ku peryferji. Od wyrostka rylcowego biegnie ku wspomnianej powięzi powięź rylcowo-gardzielowa, która oddziela wypełnione wiotką tkanką — duże przestrzenie: przed-rylcową i zarylcową. Ta ostatnia powięź ustanawia granicę dość odporną, gdy zakażenie przeniesie się poza zwieracz. Gdy i ta barjera zostanie przełamaną i zakażenie dostaje się w przestrzeń pozarylcową, znajduje się ono w najbliższem sąsiedztwie dużych naczyń a. carotis, v. jugularis i ma drogę do śródpiersia otwartą. Analogiczną rolę, jak zwieracz, odgrywa bardziej ku przodowi (na wewnętrznej powierzchni żuchwy), mięsień żuchwowo-gnykowy (mylo-hyoideus). — Ważnem jest przy zaciekach ropnych pamiętać o zębie mądrości i po dokładnem zbadaniu przy współpracy stomatologa i rentgenologa przystąpić ewentualnie do ekstrakcji zęba, niezależnie od innych zabiegów chirurgicznych. Ekstrakcja taka może mieć w leczeniu znaczenie decydujące.

Głuchota zawodowa. (La surdité professionelle). P. Rigoud.

j. w. Nr. 7.

Statystyka *Escata* obejmuje następujące rodzaje głuchoty zawodowej (gł. z.) w odsetkach zstępujących: Kotlarzy i robotników fabr. przy wyklepywaniu blachy (tôliers) 22%, robotników hut żelaznych i nitowników 15%, kowali i ślusarzy 11%, blacharzy 9%, funkcjonarjuszów stałych kolei żelaznych 7%, mechaników kolei żelaznych 6%, maszynistów kolei żelaznych 6%, młynarzy 6%, oficerów artylerji 5%, potem idą robotnicy fabryk z łoskotami 4%, robotnicy zajęci przy piłach (rhabilleurs de scies) 2%, zajęci na strzelnicach 4%, artylerzyści 3%, muzycy 2%, kamieniarze 0.6%, zajęci próbowaniem ładunków strzelniczych 0.6%. Statystyka Habermana wykazuje kowali 28%, ślusarzy 17%, robotników hut żelaznych 13%, konduktorów maszynowych 13%, młynarzy 12%. W statystykach trudno wyłączyć błędy wynikające z wieku jako też z dyssymulacji z powodu obawy utraty zajęcia. Nowoczesne telefony, zdaniem wielu, nie wpływają niekorzystnie na słuch. Doświadczenia na zwierzętach, głównie morskich świnkach, wykonywane przy pomocy wysokich tonów piszczałek, wykazywały poza następstwami czysto urazowemi z powodu wstrząśnień mechanicznych zmiany w środkowej części podstawowej spirali ślimaka, wzgl. narządu Cortiego, pod postacią wylewów krwi, a potem zmian zanikowych i włóknistych. Po doświadczeniach ogłuszających z tonami niższymi znajdywano zmiany w drugiej spirali, zaś przy jeszcze niższych tonach blisko szczytu ślimaka. Istnieją jednak inne doświadczenia, wykazujące, że rozmiar zmian w narządzie Cortiego zależy nietylko od wysokości, lecz od intensywności tonu wzgl. łoskotu, pozatem zwierzęta ogłuszone pewnym tonem, stają się głuche także na inne tony. Te ostatnie fakty zdają się przeczyć teorji Helmholtza.

Wyniki badań anatomo-patologicznych uzyskane przez Habermanna i przez Zangego na ludziach są analogiczne z wynikami doświadczeń na zwierzętach. Nie wchodząc w szczegóły symptomatologji zawodowego przytępienia słuchu, noszącego wszelkie cechy przytępienia błędnikowego bez zajęcia narządu statycznego, zaznaczymy tylko, że wedle obserwacji, przytępienie to występuje tem szybciej, w im wcześniejszym wieku rozpoczyna osobnik ogłuszającą pracą zawodową. Bardzo ważnem jest stwierdzenie, że brak należytych przerw w pracy ogłuszającej i praca w przestrzeniach zamkniętych wybitnie przyczyniają się do przyśpieszenia głuchoty zawodowej. Przy stawianiu rozpoznania należy wyłączyć przytępienie 1) z obciążenia dziedzicznego, 2) z całego szeregu przyczyn pozabłędnikowych jak nieżyty, procesy zrostowe, otoskleroza, a wreszcie 3) z szeregu innych przyczyn działających na błędnik, jak kiła, zapalenie opon nagminne i t. d., należy pamiętać 4) o sprawach toksycznych, jak np. ołów, wreszcie 5) o miażdżycy tętnic i zmianach starczych. Praca Rigoud'a podaje następujące środki zapobiegawcze, ważne dla hygieny zawodowej: 1) zakładanie tamponów nasyconych oliwą do uszu, 2) uchylanie ust, (kotlarze trzymają w tym celu kawałki drzewa między zębami), 3) dla zmniejszenia działania przewodnictwa kostnego wskazane są grube zelówki filcowe, 4) ważnem jest wykonanie rękojeści młotka z materjału źle przewodzącego, 5) zarządzenia zwiększające przestrzenie, w których odbywa się praca i pomiędzy poszczególnymi warsztatami pracy w jednym lokalu, wreszcie 6) zastępywanie w komunikacji sygnałów akustycznych optycznymi. Często jedynem skutecznem zarządzeniem jest porzucenie zawodu.

Przypadek zapalenia gardła wrzekomo ropowicowego. (Un cas de pharyngite pseudo-phlegmoneuse). Fradkine J.

j. w. Nr. 8.

Po krótkotrwałem wzniesieniu ciepłoty rozwija się wśród stanu bezgorączkowego i przy równoczesnym bólu ucha jednostronny naciek ostry zapalny bezropny kołomigdałkowy, bez zajęcia gruczołów chłonnych sąsiednich. Naciek powoduje silny szczękościsk i daje obraz pozornie bardzo groźny, lecz po kilku dniach cofa się bez śladu i dość nagle. Autor stosował w obserwowanym przez siebie przypadku tuż przed poprawą, a po negatywnej punkcji próbnej do nacieku, szczepionkę wielowartościową w sensie proteinoterapii, uważa jednak poprawę następową jako raczej przypadkowy zbieg okoliczności. Autor widzi w opisanym przypadku typ chorobowy, który mianuje nazwą pharyngite pseudophlegmoneuse i uważa ten syndrom jako wynik zapalenia torebki migdałkowej. jako leczenie podaje gorące okłady i ewentualnie zastrzyk szczepionki. Nacięcie przeciwwskazane. (Referent spostrzegał już dużą serję tak przebiegających syndromów; cała trudność djagnozy a priori, tkwi tylko — w podobieństwie do syndromów przebiegających zgoła inaczej, t. j. z następowem zropieniem).

Schwarzbart (Kraków).

CHOROBY KOBIECE, POŁOŻNICTWO.

Stan obecny leczenia późnych krwawień w połogu. Placintianu.

La Gynécologie, T. 30, r. 1931, 193.

Autor rumuński, pracujący w klinice Beaudelocque'a w Paryżu pragnie w swej pracy dać syntetyczny obraz obecnie panujących poglądów na leczenie późnych krwawień w połogu. Sprawa ta, jak wiadomo, poruszona na nowo przed paru laty przez Couvelaire'a wzbudziła żywe zainteresowanie w piśmiennictwie, którego owoce — artykuły posłużyły za podstawę rozważań Placintianu.

Krwawienie w połogu występuje albo w związku z pozostałemi w macicy resztkami łożyska, albo pomimo zupełnego ich braku. W pierwszym przypadku występuje obok gorączki i krwawienia obecność resztek łożyska, z których rozwinąć się może polip łożyskowy. Obraz mikroskopowy tego ostatniego wykazuje obecność kosmków i skrzepów krwi w stadjum organizacji. Ściana macicy tuż pod polipem leżąca jest żywo unaczyniona, przyczem w większości naczyń widać zakrzepy; w tej samej warstwie uderza duża ilość nacieków leukocytarnych; ten wał ochronny przed zakażeniem w razie uszkodzenia otworzyć może szeroko wrota wejścia dla sepsis universalis.

Późne krwawienie w połogu przy zupełnym braku resztek w macicy jest właściwie jednym z objawów zakażenia miejscowego.

Naogół powiedzieć można, że jest to forma lżejsza od pierwszej, w każdym jednak razie tak na drodze skrwawienia się, jak na drodze ogólnego zakażenia przyjść może do fatalnego zejścia. Przyczynę samego krwawienia upatrywano bądź to w zmniejszonej kurczliwości mięśnia macicy, bądź w nieprawidłowem przyrośnięciu doczesnej; mikroskopowo stwierdzano w miejscu łożyskowem w macicy nacieczenie leukocytow. wielojądrzastych; a bakterjologicznie stwierdzano paciorkowce, które

PERSODINE
Lumière
SWOISTE LECZENIE
BRAKU ŁAKNIENIA
NADSIĄRCZANAMI
DZIAŁA OGÓLNIE **DROGĄ KRWIOBIEGU**
ZAPOMOCĄ **TLENU:**
$|M_2| S_2 O_8 + H_2 O = |M_2| S O_4 + H_2 SO_4 + O$
ANALOGJA z DZIAŁANIEM **KLIMATU GÓRSKIEGO.**
PRZYWRACA ŁAKNIENIE NAWET W NAJUPORCZYWSZYCH PRZYPADKACH U DOROSŁYCH I DZIECI.
Łaknienie, wywołane zapomocą PERSODINE jest wyrazem wzmożenia zdolności asymilacyjnej ustroju.
SPOSÓB STOSOWANIA.
Dorośli: 2 razy dziennie po 3 tabletki na godzinę przed jedzeniem.
Dzieci od 8 — 10 lat: 2 razy dziennie po 2 tabletki na godzinę przed jedzeniem.
Dzieci od 2 — 7 lat: 2 razy dziennie po 1 tabletce na godzinę przed jedzeniem
rozpuszczając tabletki w 1/4 szklanki czystej wody bez dodawania cukru lub innych substancyj.

atakując miejsce łożyskowe mogły być bezpośrednią przyczyną krwawień z licznych w tym odcinku naczyń.

Rozpoznanie w omawianych przypadkach nie jest łatwe, ani też wyodrębnienie przed zabiegiem przypadków z zatrzymaniem resztek łożyska od takich, w których macica jest pusta. Objaw rozwarcia ujścia macicy zawodzi tu, gdyż z jednej strony może ono być rozwarte przy zupełnie pustej macicy, z drugiej zaś strony może być zamknięte, pomimo istnienia w macicy zdecydowanych resztek. To też rozwarcie kanału szyji ma tylko to, zresztą bardzo ważne znaczenie, że pozwala na zbadanie wnętrza macicy palcem, co zresztą winno być wykonane bardzo ostrożnie, ze względu na możliwość zakażenia.

Z objawów ogólnych zwrócić należy uwagę na gorączkę, która występuje w 50% przypadków z zatrzymaniem resztek łożyska i w 46% — bez zatrzymania. W każdym jednak razie lekkie podniesienie ciepłoty w pierwszych dniach połogu jest zjawiskiem prawie stałem. Odchody są często cuchnące przed wystąpieniem krwawień, a położnica skarży się na bolesne skurcze macicy lub bolesność dotykową; macica zwija się słabo, jest duża, miękka.

Śmiertelność wynosi w grupie I z pozostawieniem resztek około 30%, w grupie II — bez resztek około 14%.

Przechodząc do leczenia omawianej groźnej komplikacji połogu przedewszystkiem zaznaczyć należy, że w czasie porodu należy dokładnie obejrzeć łożysko, nie przyśpieszać niepotrzebnie jego odejścia przez brutalne uciskanie i maltretowanie macicy, nie pociągać za pępowinę czy kawałek urodzony łożyska.

W razie wystąpienia krwawienia w późnym połogu szemat leczenia proponowany przez autora jest następujący:

W razie obecności łatwo usuwalnego kawałka łożyska, usunąć go palcem, ostrożnie i aseptycznie; jeśli resztki łożyska są mocno przytwierdzone, nie wykonywać skrobanki, lecz odrazu przystąpić do wycięcia macicy, o ile, oczywista, krwawienie swą siłą wymaga wkroczenia leczniczego.

W przypadkach krwawienia bez zatrzymania resztek należy najpierw wypróbować leczenie zachowawcze i dopiero wobec ciężkiego stanu zakaźnego zdecydować się na usunięcie macicy, oczywista, z drenowaniem jamy brzusznej.

Autor podaje obszerną literaturę.

Znieczulenie splotu lędźwiowo-aortalnego w położnictwie. (L'anesthésie du plexus lumboaortique en obstètrique). Aburel.

Bull. Soc. Obstétr. Paris, T. 19, str. 616, r. 1931.

Splot lędźwiowo-aortalny wysyła nerwy czuciowe i ruchowe do macicy. Aby wyłączyć splot lędźwiowo-aortalny bez niebezpieczeństwa uszkodzenia wielkich naczyń, należy wbić igłę (przy położeniu rodzącej na prawym boku), o 4—5 cm. nalewo od kręgosłupa pośrodku pomiędzy 12 żebrem a grzebieniem kości biodrowej o 8—9 cm. wgłąb i wstrzyknąć tam około 30 cm³. 1% Novocainy lub 1‰ Perkainy, przyczem należy igłę kierować lekko ku kręgosłupowi.

Znieczulenie to nie znosi bolesności w miednicy małej i kroczu podczas samoistnych porodów, aby uzyskać bezbolesność tych okolic należy dodać jeszcze znieczulenie krzyżowe lub lędźwiowe.

Znieczulenie splotu lędźwiowo-aortalnego ma na celu bezbolesne rozwarcie szyji macicy, np. przy postępowaniu według Delmas'a. Ten ostatni stosuje zazwyczaj znieczulenie lędźwiowe, jednak ma ono zasadniczą wadę, mianowicie: wywołuje skurcz trzonu macicy, co utrudnia ewentualny następowy obrót. Znieczulenie metodą Aburela skurczu trzonu nie wywołuje.

Znieczulenie miejscowe w zastosowaniu do wycięcia macicy przez pochwę. (Emploi de l'anesthésie locale et régionale pour l'hystérectomie vaginale). Regnault J.

Rev. Franç. Gynéc. Obstétr. T. 26, Nr. 3, str. 137, r. 1931.

Autor zastosował w kilku przypadkach znieczulenie miejscowe do usunięcia macicy przez pochwę z dobrym wynikiem.

Technika autora polegała na:

1) na znieczuleniu miejscowem krocza lekkiem w przypadkach operacji na macicy, mocniejszem tam, gdzie zamierzał dokonać plastyki krocza;

2) na znieczuleniu przedniej i tylnej ściany pochwy do plastyk przedniej i tylnej;

3) na znieczuleniu przymacicz, przez wpuszczenie obustronnie po przez boczne sklepienia po 8—10 cm³ płynu znieczulającego, dla nasączenia otoczenia splotu Frankenhäusera. Wbijając igłę należy pamiętać żeby skierować ją nieco ku tyłowi i nie głębiej, jak na 2—3 cm. wgłąb.

Niekiedy w czasie operacji wypada dodać kilka cm³ płynu do więzadeł szerokich lub lejkowo-miednicowych.

Przed zabiegiem należy wstrzyknąć pacjentce scopolaminę z morfiną (naprz. t. zw. sédol).

Autor poleca gorąco metodę omawianą, jako pewną i bezpieczną.

Próby nad nowym środkiem znieczulającym Perkainą. (Essais sur un nouvel anesthésique local. La percaïne). Albert F., G. Lambert.

Arch. franco-belge. Chir. T. 32, str. 429, r. 1930.

Znieczulenie pod wpływem perkainy występuje później, jak pod wpływem scurocain'y, ale zato trzyma się dłużej. Autorzy używali zwykle 0,2—1% rozczyn z dodatkiem 1 kropli adrenaliny na 10 cm³. Omawiany środek znieczulający nie wywołuje żadnych powikłań; jedynie występuje dość często wybitne zaczerwienienie brzegów rany.

Naogół autorzy uważają perkainę za idealny środek znieczulający, łatwy do wyjałowienia i pewny w działaniu.

Szczegół techniki cięcia cesarskiego nadłonowego. (Un petit point de technique de la cesarienne supra-symphysaire). Audebert.

Revue Franç. Gynéc. Obstétr. T. 25, Nr. 10, 1930 r.

Autor radzi przecinać otrzewną maciczną podłużnie, a nie poprzecznie ponad zamierzonem przecięciem mięsnej ściany macicy podczas wykonywania cięcia cesarskiego w dolnym odcinku.

Stosowane dotychczas powszechnie przecięcie otrzewnej macicznej poprzecznie z zesunięciem otrzewnej ku dołowi uważa autor za niekiedy trudne, kłopotliwe i grożące następowemi wylewami krwawemi podpęcherzowemi.

Cięcie podłużne winno być dość długie, aby nie nastąpiło przedarcie ściany macicy ku dołowi podczas wydobywania płodu. Pozatem nie kryje w sobie żadnych niebezpieczeństw. Aby zapewnić lepszą peritonizację rany w macicy można podminować na boki brzegi otrzewnej macicznej i przy zeszywaniu jej pokryć jeden bok drugim.

(Pozostaje niezrozumiałem jak autor wykonać może cięcie w dolnym odcinku macicy, nie zesuwając pęcherza, skoro ten ostatni przyczepia się do macicy w okolicy jej wewnętrznego ujścia? Przyp. refer.).

Technika i wskazania leczniczego przerwania ciąży za pomocą promieni Roentgena. (Technique et indications de l'avortement thérapeutique par les rayons X.). Huet J. A., A. Sobel.

Bull. Soc. Radiol. méd. France, T. 19, str. 417, r. 1930.

Autorowie wywołują poronienie za pomocą naświetlania promieniami Roentgena, w przypadkach, gdzie z jednej strony wskazane jest przerwanie ciąży ze względów lekarskich, z drugiej zaś strony, przerwanie operacyjne jest przeciwwskazane lub pacjentka nie zgadza się na tę operację.

Technika używana przy tem jest następująca: naświetlanie promieniami mało-filtrowanemi (6 mm Al, 1,25 cm³. E. E.), 2½ miliamp., 5 H na powierzchni. 2 pola, z których promienie krzyżują się na macicy; w sumie zatem 10 H., na jednym posiedzeniu. Poronienie występuje na 22—26 dzień po naświetleniu i przebiega samoistnie.

Po przedstawionym wyżej postępowaniu nie występuje zatrzymanie miesiączki.

KRONIKA.

XI ZJAZD PSYCHJATRÓW POLSKICH

we Lwowie na Walnem Zgromadzeniu dn. 24 maja 1931 r. jednogłośnie uchwalił następujące wnioski.

I. Stwierdzając, że rozwój opieki pozazakładowej nad psychicznie choremi może częściowo złagodzić ujemne skutki niedostatecznej liczby miejsc w zakładach psychjatrycznych, oraz, że rozwój tej opieki jest zgodny z nowoczesnemi tendencjami lecznictwa psychjatrycznego — XI Zjazd Psychjatrów Polskich zwraca się do władz państwowych, samorządowych oraz do społeczeństwa z prośbą o wydatne poparcie rozwoju opieki pozazakładowej, jako ważnego działu opieki społecznej i do władz państwowych o nadanie tej postaci opieki podstaw prawnych.

II. Uważając sprawę zapobiegania nerwicom i ich leczenie za jeden z bardzo ważnych punktów programu higjeny psychicznej, i wobec niemożności sanatoryjnego leczenia nerwic u osób niezamożnych, Zjazd uchwala zwrócić się do odpowiednich czynników o zwrot sanatorjum dla nerwowo chorych w Karolinie stosownie do jego pierwotnego przeznaczenia.

III. Katastrofalnemu brakowi łóżek psychjatrycznych w Polsce miały do pewnego stopnia zapobiec trzy wojewódzkie szpitale psychjatryczne w Chełmie, Choroszczy i Gostyninie. Dotąd udało się tylko częściowo uruchomić szpital w Choroszczy. Z powodu braku funduszów grozi nie tylko wstrzymanie wzgl. opóźnienie realizacji dwóch pozostałych zakładów, lecz i zmarnowanie wielkich sum inwestowanych dotąd w obie budowy. Wobec tego stanu rzeczy XI Zjazd Psychjatrów Polskich we Lwowie zwraca się do władz państwowych z prośbą o umożliwienie jak najszybszego ukończenia budujących się szpitali psychjatrycznych przez wyjednanie niezbędnych środków finansowych.

Redaktor odpowiedzialny: *Doc. Dr. A. Wojciechowski*
Wydawca: Spółka Wydawnicza „Wiedza Lekarska".
Adres redakcji i administracji Warszawa, Kaliska 9. Tel. 724-39.
Prenumerata z przesyłką rocznie zł. 8, kwartalnie zł. 2. Konto P. K. O. 15.785.

		1/1 str.	½ str.	¼ str.
Ogłoszenia:	zewnętrzna strona okładki	zł. 450.—	250.—	135.—
	bezpośrednio przed tekstem	„ 350.—	200.—	120.—
	2-ga i 3-cia strona okładki	„ 350.—	200.—	120.—
	pozostałe	„ 300.—	170.—	95.—

ZAKŁ. GRAF. PRAC. DRUK., WARSZAWA, NOWY-ŚWIAT 54, TEL.: 615-56 I 242-40.

ANTIPYRETICVM
ANALGETICVM
CRYOGÉNINE
LUMIÈRE
Żadnych ubocznych działań.

NAJPEWNIEJSZE, a NAJŁAGODNIEJSZE DZIAŁANIE

przeciwgorączkowe

SZCZEGÓLNIE W

gruźlicy.

DAWKOWAN E: *DOROŚLI*: 1,0 — 2,5 grm. „*pro die*".
DZIECI: ZALEŻNIE OD WIEKU.

NAJSKUTECZNIEJSZY ŚRODEK

przeciwbólowy

W DAWKACH (WIĘKSZYCH) 2,0—3,0 „*pro die*"

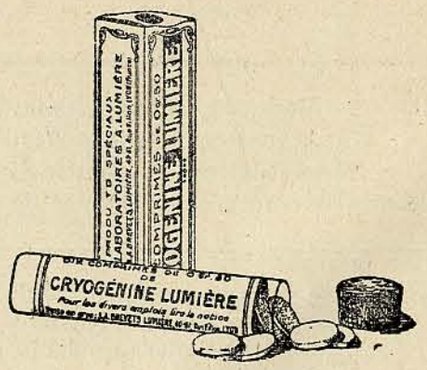
(w DNIE, POSTRZALE, NERWOBÓLACH, MIGRENIE i t. p.).

Postaci:

Pulvis Cryogénine do receptury: proszków, czopków, pigułek, zawiesin i t. p.

Comprimés { **Cryogénine** á 0,50 grm.
Cryogénine „ 0,25 „
W rurce 10 tabletek

Cachets { **Cryogénine** à 0,50 grm.
Cryogénine „ 0,25 „
W rurce 10 opłatków



Skład główny L. NASIEROWSKI, Kaliska 9.

ROK V WARSZAWA 1931 PAŹDZIERNIK ZESZYT X

WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY PRZEGLĄDOWI FRANCUSKIEGO PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO I POTRZEBOM LEKARZA PRAKTYKA

REVUE MENSUELLE CONSACRÉE À LA LITTERATURE MEDICALE FRANÇAISE ET AUX BESOINS DU PRATICIEN

pod redakcją Doc. Dr. Wojciechowskiego

PRACE ORYGINALNE

Występowanie grypy epidemiczne i sporadyczne*)

DR. KOWALEWSKI.
Bełchatów.

Pozwolą czytelnicy, iż kilka własnych uwag wypowiem o występowaniu grypy; będą to uwagi do artykułu wydrukowanego w roczniku z 1928 r., „ZDROWIE", Organ Warszawskiego Towarzystwa Higjenicznego Poświęcony Higjenie Publicznej, pod redakcją Dra Józefa Polaka w Warszawie". i sądzę, nie zaszkodzę nauce klasycznej, głoszącej niepodzielnie, że jedyną przyczyną występowania, przypuśćmy, grypy, jest wtargnięcie od zewnątrz zarazka influenzy do ustroju żywego.

Artykuł, który podaję poniżej, wpadł mi przypadkowo teraz w ręce.

Artykuł ten brzmi jak następuje:

DR. MAX. GRUNEWALD.

O SZERZENIU SIĘ GRYPY.

Małe pisemko popularne „Die gute Gesundheit" podaje zebrane przez Grunewalda dane ze statystyki grypy.

Zdaję się, że szerzenie się żadnej innej choroby nie przybiera tak rozległych rozmiarów jak — grypy. Zjawisko to znane jest już od dawna, kiedy to w czasie epidemji w niektórych miejscowościoch zapadało do $^4/_5$ ludności, np.: w roku 1782 w Petersburgu na początku zapadało 40.000, a w Królewcu 10.000 osób dziennie. Przeciętnie w czasie epidemji grypy zapada 40 — 50% ludności.

Oczywiście podanie cyfr dokładnych jest niemożliwe z tego względu, że znaczna część przypadków wogóle nie dostaje się do rąk lekarzy.

*) Udzielając miejsca wywodom d-ra Kowalewskiego czynimy to z tego względu, że artykuł niniejszy jest uzupełnieniem poglądów wypowiedzianych w pracy tego autora umieszczonej w numerze marcowym „Wiedzy". — Red.

Szerzy się grypa we wszystkich strefach geograficznych. Choć względnie najczęściej występuje w klimacie chłodnym, nawet okolice podzwrotnikowe nie są wolne od niej.

Nie można również powiedzieć, by miała ona upodobanie wyłącznie do pewnych pór roku. Wprawdzie, pewne spostrzeżenia wskazywały na przejściowe okresy roku jak wiosna i jesień; jednak inne wskazują, że epidemje grypy mogą wybuchać również zimą i latem. Jedynie, gdy choroba ma charakter epidemiczny, najczęściej zdarza się w drugiej połowie zimy i na wiosnę, a najrzadziej latem.

Ruchemannowi udało się wykazać w Berlinie, że istnieje odwrotny stosunek pomiędzy liczbą wypadków grypy, a liczbą godzin słonecznych tego samego lub poprzedniego okresu. Podobnie i *Mygge* z Kopenhagi wykazał związek pomiędzy liczbą godzin słonecznych a szybkością szerzenia i trwania choroby. Statystyka wykazuje, że np.: w roku 1906 od października do stycznia liczba wypadków wzrastała, a od lutego do września spadała. Największa zatem liczba wypadków przypadała na miesiące najmniej słoneczne.

Niektórzy twierdzą, że grypa ma się względnie rzadko zdarzać w miejscowościach wysokogórskich; ale wymaga to jeszcze potwierdzenia.

Dotąd sporną jest jeszcze sprawa zarazka grypy. Gdy jedni uczeni, zwłaszcza prawie wszyscy niemieccy, uważają, że jest nim wyłącznie prątek influenzy, inni sądzą, że odgrywa on rolę drugorzędną, jest tylko zarazkiem wikłającym chorobę, wywołaną przez *nieznany jeszcze czynnik???*

Jednocześnie z epidemją u ludzi występują nieraz podobne epidemje u zwierząt, w niektórych wypadkach dają one za życia oraz przy badaniach pośmiertnych takież objawy, jak i grypa u ludzi.

Również epidemje u zwierząt mogą się szerzyć bardzo rozlegle. Wedle niektórych badaczy epidemja grypy u ludzi w Ameryce Północnej w r. 1873 pozostawała w związku z epidemją u koni w r. 1872 i 3. Jednocześnie z epidemjami u ludzi spotykamy wypadki choroby u psów i koni.

Zdarzały się wypadki, że choroba przechodziła z człowieka na zwierzęta (pies, papuga). Choć większość weterynarzy twierdzi, że zwierzęta przenoszą na inne zwierzęta, jednak według starego zdania *Hertwiga* — choroby nie udaje się przenieść nawet przez transfuzję krwi.

Również niema zgodności co do sposobu szerzenia się choroby u ludzi.

Wśród 2.643 spostrzegaczy, o których wspomina „Deutsche Sammelforschung“ 57,5% wypowiada się za szerzeniem się grypy od człowieka do człowieka przez kontakt, 42,5% — przeciw.

Wybuchowe występowanie epidemji, gdzie już pierwszego dnia często zapadają setki lub nawet tysiące osób, tłómaczy się tem, że zarazki choroby wypełniają na znacznej przestrzeni atmosferę, względnie wraz z nią przenoszą się na odległość. Oczywiście, w pojedyńczych wypadkach możliwe jest bezpośrednie przenoszenie na małą przestrzeń od człowieka do człowieka przez wydzieliny, np.: kaszel, ubranie i t. d.

Zauważono, że w większości epidemij na początku chorują dorośli, potem dzieci. Pewną odporność wykazują niemowlęta. Najczęściej zapadają osobniki w wieku od 21 do 50 r. życia, zwłaszcza wrażliwe są osoby o budowie mocnej, korpulentnej. Bardzo łatwo też zapadają na grypę chorzy na gościec i kiłę, oraz alkoholicy.

I t. d.

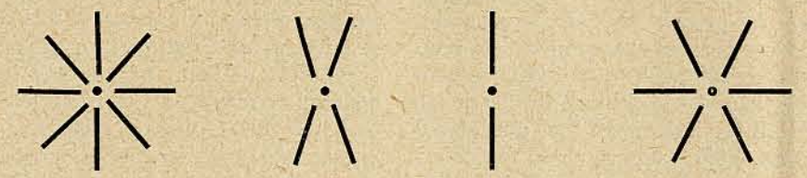
podpis *Dr. H. R.*

Powyższy artykuł pobudził mnie do refleksji i dlatego podam swoje uwagi:

Istotnie, grypa szerzy się epidemicznie i sporadycznie i niekiedy prawie wszystkie jednostki tego czy innego społeczeństwa w tym czy innym okresie czasu zapadają na tę chorobę. Jedni w ciężkiej postaci, inni w lekkiej, a nawet niektórzy nie zdają sobie sprawy, iż przechodzą lub przechodziły grypę. Ci ostatni są napozór zdrowi, żadnych klinicznych objawów nikt nie jest w stanie stwierdzić, prócz bakterjologa, który często w okresie epidemji grypy mógłby znaleźć prątki influenzy u takich osób.

Grypa szerzy się we wszystkich strefach geograficznych. Jeżeli chodzi o nasz pas geograficzny, w którym często wybuchają epidemje, to zapadanie na grypę jest zależne od ilości, przesyłanych promieni słonecznych, od warunków atmosferycznych oraz od stosunku uczuleń w danym roku

ustrojów ludzkich. W naszym pasie geograficznym mamy 4 pory roku. Poglądowo te 4 pory roku wyobraźmy sobie jako kropki przekreślone linjami. Linje te będą wyrażały ilość promieni przesyłanych w danej porze roku.



Lato. *Jesień.* *Zima.* *Wiosna.*

Widzimy, że ilość promieni jest różna i zależy od pory roku.

Co zaś do epidemij, które jakoby występują według niektórych badaczy latem, to bezwarunkowo epidemje grypy występują latem rzadziej, aczkolwiek się zdarzają.

Co do ustępu, w którym niemieccy uczeni twierdzą, że prątek influenzy jest jedyną przyczyną powstawania grypy, to w tym wypadku należy kategorycznie temu zaprzeczyć, gdyż jest on tylko współtowarzyszem podczas trwania choroby i zajmuje drugorzędne miejsce. Jest on faktycznie tylko kompanem podczas choroby czyli pasożytem i, pasożytując, upośledza ustrój nasz przez swe życiowe procesy, sedno jednak choroby tkwi w czem innem.

Jeżeli chodzi o ten nieznany czynnik, powodujący występowanie endemiczne czy epidemiczne grypy. to tę sprawę należy ująć w następujący sposób:

Wszak wiemy, iż cała masa materji, tworzącej ustrój żywy, jest oparta na ruchu, przewodnictwie i promieniowaniu. Na ten ruch przewodnictwa i promieniowania składa się jedna istota, którą inni nazywają duszą, a mianowicie jest to energja kinetyczno-wibracyjna, zawarta przedewszystkiem w samej krwi, a dana nam przez naszych ojców jako prawo natury.

Wobec tego, że energja życiowa kinetyczno-wibracyjna jest zawarta i ukryta w samej krwi, przeto krew dla utrzymania tej energji na stałym poziomie potrzebuje odnowy. Odnowa ta następuje wskutek chłonienia przedewszystkiem tlenu, co się uskutecznia przez właściwość dostosowania płuc i skóry do zewnętrznych warunków. Oczywiście, promienie słoneczne odgrywają w tym wypadku wielką rolę.

Rzecz prosta, że procesy życiowe krwi i wogóle soków ustrojowych w porze zimowej są słabsze niż latem, a to jest zależne od ilości promieni słońca i wogóle warunków atmosferycznych. Nic więc dziwnego, że zimową porą ustroje szybciej reagują na wahania temperatur.

Nie wystarcza powietrze i odżywianie, lecz potrzebne są promienie słońca jako główny czynnik do ruchu mas, z których wypływają różnorodne procesy życiowe naszego ustroju.

Powiedzieliśmy, że bodźcem ważnym do odżywiania krwi jest tlen, który chłoniemy zapomocą płuc i skóry. Grypa występuje najczęściej wówczas, gdy ulega zaburzeniu regulacja przedewszystkiem ciepła i przewodnictwa w ustroju. Wszak wiemy, iż przypuśćmy, powietrze gorące, wilgotne, suche, zimne i t. d., różnie działają na naszą skórę i wogóle ustrój. Np.: w ciepłocie powietrza 20 st. C. pocimy się, gdy zaś powietrze jest bardzo wilgotne, to parowanie ze skóry ustaje, w bardzo zaś suchem powietrzu odczuwamy mniejszą lub większą duszność i t. d. Nasza więc regulacja ciepła właśnie jest zależna od powyższych warunków.

Wiemy, iż podczas przemiany materji w ustroju ukryta energja z substancji odżywczych przechodzi w ciepło, reszta zaś jej przejawia się nazewnątrz w postaci różnorodnych ruchów naszego ciała i jego poszczególnych narządów. Ustrój posiada zdolność zwiększania lub zmniejszania produkcji ciepła przez utlenianie, odbywające się w samych tkankach, a biorące początek przez własności chłonienia tlenu zapomocą płuc i skóry. Świadomie również możemy podnieść produkcję ciepła przez ruch, a mianowicie przez zacieranie rąk, tupanie, bieganie i t. d. Tracimy znaczną ilość ciepła ustrojowego zapomocą skóry, oziębiamy ustrój również w większości przypadków zapomocą również skóry.

Wogóle rozstrój w regulacji ciepła ustrojowego może nastąpić przy wielu okolicznościach, np.: przy zimnie, przy wilgotnym powietrzu, na wietrze, przy niewystarczającym ubraniu, przy braku pracy mięśniowej i t. d. Ustrój nasz często może się znaleźć w niesprzyjających warunkach atmosferycznych, które w taki czy inny sposób ujemnie działają, i to może być dostateczną przyczyną, która wpłynie źle na odbywające się procesy fizjologiczne naszego ustroju, mogąc spowodować takie, czy inne zaburzenia względnie odchylenia od normy. Niezawodnie tlen w takich wypadkach gra główną rolę, jako czynnik utleniania w większym lub mniejszym stopniu. Także samo oddziaływują na nasze ustroje inne energje, jak: elektryczność w stanie rozproszenia, energje radjoczynne i t. d.

Wiemy, iż bezwarunkowo oddziaływują na nas zewnętrzne warunki , jak: zimne powietrze, wilgotne powietrze i t. d. Otóż, działając przedewszystkiem na skórę, jako powłokę o największej powierzchni, mogą do pewnego stopnia upośledzać, względnie zahamowywać jej normalną czynność. Upośledzenie, choćby chwilowe, normalnego załatwiania funkcji skóry siłą rzeczy musi się odbić na całokształcie ustroju. Oczywiście, na skutek tego powstaje odczyn w ustroju w postaci dreszczy, łamań w kościach i t. d.

Inaczej mówiąc, jeżeli występuje grypa sporadycznie czy też epidemicznie, to dlatego, że nasze ustroje, a zwłaszcza wrażliwe i dysponowane, ulegają porażeniu względnie urazowi atmosferycznemu w takiej czy innej porze roku.

Epidemje grypy w r. 1872 i 3, i w innych latach, a ostatnio 1929 r., powstawały nie dlatego, że prątek influenzy tak wszechwładnie panował w powietrzu, przenosząc się na ludzi i zakażając ich, lecz ustrój ludzki, a zresztą tyczy się to i zwierząt, będąc w okolicznościach niesprzyjających, sam w sobie stawał się siedliskiem rozmnażania się zarazków.

Przenoszenie zarazka z ustroju na ustrój jest zjawiskiem rzadkiem i używanie słowa zarażenie, winno być pojmowane, jeżeli chodzi o grypę, nie w sensie przeniesienia zarazka zzewnątrz, lecz raczej zmiany korzystnej dla nagłego jego rozmnażania się w tym samym ustroju. Wszystko żywe pochodzi od żywego. W ustroju znajdują się zawsze najprzeróżniejsze drobnoustroje, jak np.: z wydzielin jamy ustnej, z wydzielin nosa możemy wyhodować i wyodrębnić liczne mikroby, a flora bakteryjna jelit jaka jest obfita? Oczywiście mikroby te tworzą integralną całość i są niezawodnie potrzebne i usłużne ustrojowi, lecz podczas różnych odczynów ustrojowych flora bakteryjna może ulegać różnym ewolucjom, względnie może stać się wówczas niezmiernie obfitą, co niekorzystnie może wpływać na ustrój.

Wyżej żeśmy powiedzieli, iż promieni słonecznych zimą jest daleko mniej niż latem, a więc procesy życiowe soków ustrojowych są słabsze, oczywiście i procesy fizjologiczne z tego powodu leniwiej odbywają się, dlatego więc epidemje grypy częściej zdarzają się porą zimową. Ustrój człowieka jako słabszy i mniej odporny zimową porą, łatwiej ulega porażeniu atmosferycznemu, w pewnych momentach, sprowadzając odczyn w postaci gorączki, dreszczy, łamań i t. d. Oczywiście, tlen, jako energja działająca, gra w tych wypadkach najważniejszą rolę.

Lasecznik influenzy występuje w grypie nie dlatego, że musi on koniecznie dostać się od zewnątrz i „zakazić", lecz jest on tylko współtowarzyszem przy odbywającej się reakcji w przemianach energji i materji nieprawidłowych w ustroju na skutek urazu atmosferycznego lub innego. *Hertwig* mówi, że zarazka nie udaje się przenieść nawet przez transfuzję krwi. Również niema zgodności co do sposobu szerzenia się choroby u ludzi.

Wśród 2.643 spostrzegaczy, (o których wspomina „Deutsche Sammelforschung" 57,5% wypowiada się za szerzeniem grypy od człowieka do człowiek przez kontakt, a 42,5% wypowiada się przeciw. Otóż to przeciw powinno być nie 42,5%, lecz — 99,9%!

Jeżeli pojawiają się epidemje, podczas których już w pierwszych dniach zapadają tysiące osób, to nie dlatego, że w powietrzu unosi się tyle mikrobów grypy, zarażając ludzi, lecz ustrojowa wrażliwość i jednocześnie atmosferyczne warunki są tego przyczyną, a zwłaszcza gwałtowne wahania temperatur. Ustrój człowieka przeważnie zapomocą skóry, jako narządu bezpośrednio stykającego się z zewnętrznymi warunkami atmosferycznemi chłonie, względnie traci dużo energji w środowisku, w jakiem się znajduje, co oczywiście nie pozostaje bez wpływu na dany ustrój.

Jakkolwiek człowiek wytwarza sobie sztucznie odpowiedni klimat dla swego ciała przez noszenie ubrań, ogrzewanie mieszkań i t. d. i jakkolwiek samoobronne czynniki donosza naszej świadomości, gdy ciało nasze jest brutalnie oziębiane lub ogrzewane, to jednak te samoobronne czynniki zawodzą w bardzo wielu innych wypadkach.

Gdy człowieka o spoconej skórze wystawić, przypuśćmy, na 20 minut na działanie zimnego powietrza, wiatru lub mrozu, to, będąc bez ruchu, utraci on dużą ilość ciepła ustrojowego, a to oczywiście jest w stanie wywołać odczyn ustroju, w takiej czy innej postaci.

Taki właśnie odczyn jest przyczyną powstania grypy. Czyli ustroje ulegają nienormalnemu u t l e n i e n i u względnie u t l e n i a n i u, co powoduje zmienne warunki w procesach soków i komórek ustrojowych podczas odbywania się procesów fizjologicznych, a następstwem tego jest odczyn, czyli reakcja, ustrojowa. W czasie takiej reakcji objawy kliniczne wykazują, iż mamy do czynienia z grypą i wówczas możemy doszukać się w takim ustroju prątków influenzy. Oczywiście, że prątki wówczas znajdują odpowiednie podłoże, na którym żyją i przez swoje życiowe procesy niekorzystnie oddziaływują na nasz ustrój. Naturalnie, ustrój wówczas musi walczyć na dwa fronty, a mianowicie, przedewszystkiem z odczynem jako takim, i z wydzielinami miljonów drobnoustrojów podczas egzystencji ich w naszem ustroju. Nie ulega kwestji, iż gdy ustrój pod względem reakcji czyli odczynu wraca do normy, to wówczas i niepożądane mikroby tracą sprzyjające ich bytowaniu warunki.

Wschodnie przysłowie mówi: „Wszechświat zrodził słońce, słońce zrodziło ziemię, ziemia zrodziła człowieka i zwierzęta", a te mogą i są w stanie zrodzić mikroorganizmy.

Niezawodnie w tem przysłowiu jest bardzo wiele prawdy, zresztą wiemy przecież, że flora bakteryjna w ustroju naszem jest nader obfita, a więc czyż jesteśmy w stanie zaprzeczyć, że w niektórych momentach może mieć ona lepsze warunki życia, a nawet może zajść możność jej ewolucji?

Pod uwagę musimy brać i to, że miljardy drobnoustrojów, żyjących w koło nas, również przy pierwszej sposobności mogą dostawać się do naszego ustroju, jednakże chociaż one zawsze dostawać się mogą, lecz rozwijać i żyć mogą tylko przy szczególnych okolicznościach.

Krótko mówiąc, ustroje są czułe na zewnętrzne warunki, a zwłaszcza atmosferyczne i reagują na nie swoistemi odczynami. Takie odczyny wytwarzają specjalne podłoże w ustroju, podczas którego trwania flora bakteryjna natrafia na zmienione warunki biologiczne i może sama również podlegać zmianom i ewolucji.

Izolowanie chorych ma całkowite uzasadnienie z bardzo wielu względów, już choćby z tych, iż każdy chory gorączkujący wydziela różne wypociny, często nawet o nieprzyjemnym zapachu, oraz wszelkie wydaliny zanieczyszczają najbliższą okolicę chorego.

W czasie epidemji są zwykle nakazy i polecenia unikania dużych zgromadzeń, oczywiście nie dlatego, że specjalnie jedni drugich mogą zarazić, lecz dlatego, że wszelkie duże zgromadzenia, a więc tłok, wytwarza większą temperaturę wśród otoczenia i gwałtowna zmiana miejsca, mianowicie przejście z ciepłego otoczenia do zimnego bez zachowania ostrożności może zaszkodzić ustrojowi.

Reasumując wszystko co powiedziałem, należy stwierdzić, iż występowanie grypy epidemiczne czy sporadyczne powstaje nie dlatego, że sam prątek influenzy jest w stanie wywołać tę chorobę, lecz on jest równorzędny przy odbywającej się reakcji w ustroju, powstałej z przyczyn różnych a przedewszystkiem wskutek nieodpowiednio powolnego lub gwałtownego utlenienia się ustroju, co powoduje rozstrojenie odbywających się procesów fizjologicznych, a następstwem tego jest odczyn i występowanie w obfitości prątków.

ZAKAZ KOFEINY PRZY DNIE.

(WYCIĄGI Z PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO).

LE GENDRE, P. (Lekarz Szpitala Lariboisière w Paryżu).

O leczeniu dietetycznem dny. Med. Klin. 1913, r. 9. str. 1757.

Autor odróżnia trzy rodzaje chorych ze skazą moczanową: 1. Grupa żołądkowo-wątrobowa, lub trzustkowo-jelitowa, której tło etjologiczne polega na nadmiernem odżywianiu. 2. Grupa sercowo-nerkowa, do której należą chorzy, którzy przed napadami i w okresie wolnym od napadów cierpią na zaburzenia układu krążenia i układu wydzielniczego. 3. Trzecia grupa, jest to grupa neurotroficzna, cechująca się nadmiernem przeciążeniem układu nerwowego. Co się tyczy diety między napadami dny, to należy przedewszystkiem unikać wszystkim tych związków, które dają materjał do wytwarzania kwasu moczowego. Również i kofeina i teobromina, znajdujące się w kawie, herbacie i kakao, przedstawiają związki metylopurynowe, czyli również o typie kwasu moczowego i z tego względu ilość ich w pożywieniu chorych dnawych powinna być możliwie jaknajmniejsza. Zwłaszcza u chorych na dnę z pobudliwym układem nerwowym należy surowo przestrzegać zakazu spożywania wszelkich związków pobudzających, a wśród nich również i kawy.

BRUGSCH, Theodor (profesor uniwersytetu w Berlinie).

Dietetyka chorób wewnętrznych. Berlin. Wydanie Juljus Springer, 1911.

W leczeniu dietetycznem chorych ze skazą moczanową Brugsch zaleca na pierwsze śniadanie: kawę bez kofeiny z 50 gr śmietanki, lub 100 gr mleka, 150 gr białego chleba, pozatem masło i miód. Również i na podwieczorek zaleca Brugsch kawę bez kofeiny. Rozumie się samo przez się, że przepisy te mają zastosowanie również i dla leczenia dietetycznego ostrego napadu dny.

Odnośnie do dietetyki chorych dotkniętych chorobami serca i naczyń Brugsch zaleca ograniczenie używek: kawy i herbaty. Można jednak, dodaje Brugsch, pozwolić pić zamiast kawy, tak zwaną kawę bez kofeiny, znajdującą ostatnio coraz większe rozpowszechnienie.

GARROD, Archibald E. (Londyn).

Leczenie dietetyczne dny. Med. Klinik. 1913, r. 9. str. 1153.

Autor porusza na zakończenie sprawę picia przy dnie kawy i herbaty i uważa, że byłoby w każdym razie pożądane, aby chorzy ze skazą moczanową ograniczyli ilość tych napojów.

Jeżeli przy zakazie kofeiny zaleca się bezkofeinową kawę Hag, wówczas pacjent nie jest zmuszony wykluczyć kawę ze swego pożywienia, co daje większą rękojmię ścisłego przestrzegania przepisów lekarza.

Próby i literaturę wysyła na żądanie bezpłatnie firma Hag T. z o. p.

Gdańsk i Warszawa, Zielna 19.

O czasie zajścia w ciążę i fizjologicznej bezpłodności u kobiety w okresie międzymenstruacyjnym.

Podał:

DR. MED. FRANCISZEK SIENICKI

W CZYŻEWIE.

Twierdzenie niektórych autorów prac *(Polano, Siegel, Nürnberger, Pryll, Jäger)*, że kobieta dojrzała płciowo może zajść w ciążę w każdej chwili między dwoma perjodami, zostały w ostatnich latach poważnie zachwiane, wobec prac i szeregu doświadczeń na zwierzętach jak i danych z obserwacji, opartych na materjale ludzkim. Oświetlenie tego zagadnienia w dużej mierze zawdzięczamy prof. *Knausowi* z kliniki ginekologicznej w Grazu. Wiadomą jest rzeczą, że nie każdy akt kopulacyjny mężczyzny z kobietą pociąga za sobą zajście w ciążę.

Przykłady na to mamy z czasów wojny, kiedy mąż jest w wojsku, na posadzie zdala od żony itp.

Dlaczego?

Zapłodnienie jest całkowicie prawie zależne od czasu owulacji (pomijam inne niezbędne warunki jak zdolność do: a) zajścia w ciążę kobiety i b) zapłodnienia mężczyzny), która wywiera tak potężny wpływ na cały ustrój kobiety, że *R. Meyer* odważył się na wypowiedzenie zdania: „propter ovum mulier est, quod est".

Wśród zwierząt królik zajmuje wyjątkowe położenie pod względem owulacji. Każdy akt kopulacyjny pociąga za sobą owulację, która występuje w około 10-ciu godzin po spółkowaniu. Stąd tak wielka, przysłowiowa płodność u królików.

Ażeby określić fizjologiczną bezpłodność u kobiety, musimy ustalić 3 rzeczy:

1. Czas owulacji u kobiety,
2. żywotność jajeczka po owulacji i
3. żywotność plemnika w narządach płciowych u kobiety.

Określenie czasu owulacji udało się przez zastosowanie nowego odczynu biologicznego, opisanego przez *Knausa*. Polega on na tem, że jeżeli kobiecie, nie posiadającej w jajniku ciałka żółtego, wstrzykniemy 0,1 cm³ pituitryny, macica po 40 — 50 sekundach odpowiada silniejszym skurczem, co można wykazać na krzywej kymografjonu, po uprzedniem wypełnieniu jamy macicy 10% jodopiną i połączeniu za pomocą rurki gumowej z manometrem.

W razie obecności ciałka żółtego, wzniesienia się krzywej nie otrzymamy.

Ujemny odczyn da się już wykazać u kobiety z 4-ro tygodniowym okresem menstruacyjnym w **16 — 18** dniu, licząc od pierwszego dnia perjodu.

Badania na królikach wykazały, że od chwili owulacji do wystąpienia ujemnego odczynu przysadkowego upływa 24 godziny; możemy zatem przyjąć, że u kobiety to samo zjawisko trwa najwyżej 48 godzin.

Stąd u regularnie miesiączkującej kobiety z 4-ro tygodniowym okresem menstruacyjnym *owulacja ma miejsce w 14 (— 16 dniu* okresu miesiączkowego.

Przechodzę teraz do określenia żywotności jajeczka, co jest niezbędne do oznaczenia górnej granicy płodności kobiety (st. conceptionis).

Jajeczko wkrótce po pęknięciu pęcherzyka Graafa musi ulec zapłodnieniu, ażeby mogło dojść do rozwinięcia się ciąży; w przeciwnym razie szybko ulega zwyrodnieniu i ginie.

Według doświadczeń *Hammond'a* i *Heape'a*, przeprowadzonych na królikach, jajeczko jest zdolne do zapłodnienia zaledwie 2 godziny, po pęknięciu pęcherzyka Graafa; według *Coste'a* i *Godlewskiego* niezapłodnione jajeczko ssaków i ptaków ginie bezpośrednio lub wkrótce po wyjściu z pęcherzyka Graafa. Z tych i innych doświadczeń ogólnobiologicznych mamy prawo sądzić, *że zdolność do zapłodnienia jajeczka*

u kobiety, po opuszczeniu pęcherzyka Graafa, *trwa najwyżej 24 godziny*.

Jak wynika z badań biologicznych na królikach, zagnieżdżone jajo wysyła bodźce, które są przyczyną zatrzymania się menstruacji i przemiany corpus luteum spurium w corpus luteum verum.

Według *Grossara* wędrówka zapłodnionego jaja do chwili zagnieżdżenia się w macicy trwa najmniej 10 dni.

Ażeby więc mogło dojść do zagnieżdżenia się jaja i perjod, mający się zjawić, został zatrzymany, słowem, żeby wyżej wymienione procesy miały czas się odbyć, musi czas spółkowania, zapłodnienia i owulacji zgadzać się i wypaść najdalej na 14 — 16 dzień.

Górną zatem granicą płodności kobiety z 4-o tyg. okr. menstr. będzie dzień 17-sty.

Aby określić dolną granicę musimy uwzględnić czas zdolności do zapłodnienia plemnika, który przebywa w narządach płciowych kobiety.

Z doświadczeń *Hammond'a* i *Asdell'a* po sztucznem zapłodnieniu, a następnie naturalnym ale bezpłodnym stosunku u królika, wynika, że po 32-ch godzinach pobytu w narządach płciowych samicy, plemniki tracą zdolność do zapłodnienia, nie tracąc jeszcze ruchów, które w ciągu kilku dni mogą zachować (ruchy zależą od ogonka, kiedy główka, odgrywająca dominującą rolę, może już ulec zwyrodnieniu).

Badania *Haussmanna, Runge'go* i innych nad długością życia plemników, wykazują, że można u nich stwierdzić ruchy zaledwie kilka dni, po odbytym stosunku.

Ruchliwość jednak plemnika nie jest równoznaczna z jego zdolnością do zapłodnienia, która jest daleko krótsza, jak tego dowodzą spostrzeżenia *Hammond'a* i *Asdell'a*.

Przyczynami, wpływającemi na osłabienie żywotności plemników, wg. *Crew'a* i *Moore'a*, są: wyższa temperatura narządów płciowych kobiety, niż w najądrzu mężczyzny i fagocytoza. Wpływ szkodliwy tych czynników tem mniej odbija się na plemnikach im znaczniejsza jest ich ilość, większy wytrysk i większa ich odporność.

Według *Waltona* za zdolnego do zapłodnienia mężczyznę należy uważać takiego, u którego w 1 cm³ wytrysku znajduje się co najmniej 10^6 plemników i zupełnie niezdolnego, u którego w 3-ch cm³ znajduje się 10^4 plemników. (Ilość normalna wynosi 6×10^7 w 1 cm³). Czas, który zużywa plemnik na przebycie drogi przez jamę macicy i jajowody wynosi około 1½ godziny. Po omówieniu w krótkości cech żywotności plemnika, możemy powiedzieć, że w narządach płciowych kobiety, *po 48 godzinach pobytu nie jest on zdolny do zapłodnienia*.

Po tych wywodach możemy twierdzić, że *fizjologiczna bezpłodność u kobiety* dojrzałej płciowo, z 4-tygodniowym okr. menstr., *trwa pierwsze 10 dni i od 18-go dnia do ukazania się perjodu*.

Okres zaś od 11 do 17 dnia włącznie jest okresem płodności u kobiety — stadium conceptionis. Jako optimum zajścia w ciążę, należy uważać *14 — 16 dzień*.

Terminy, wyżej podane, nie są nowością ostatnich miesięcy i lat.

W roku akad. 1924/25 prof. *Czyżewicz* w wykładach położnictwa podał, że jest 17 dni w okresie międzymiesiączkowym kobiety, kiedy ciąża jest mało prawdopodobna. Okres wyżej nakreślony jest nieco dłuższy i wynosi około 20 dni, ale zobaczymy dalej, że może on być i krótszym. Talmud Babiloński głosi, że kobieta może zajść w ciążę wkrótce po kąpieli oczyszczającej.

Kąpiel ta wypada 8-go dnia po skończonym perjodzie, a więc około 12-go dnia okresu międzymiesiączkowego.

Obcowanie płciowe u Żydów jest wzbronione:

a) co najmniej 24 godziny przed spodziewanym perjodem,

b) w czasie perjodu; w razie gdyby trwał krótko, ze względów rytualnych, należy go uważać za trwający co najmniej 5 dni,

c) w ciągu następnych 7-miu dni, licząc od 5-go dnia ukończonej menstruacji; jeżeli ta ostatnia trwa dłużej — tydzień po jej ukończeniu.

Z tego widać, że już prawo mojżeszowe przewidywało okres płodności i w tym czasie zalecało obcowanie płciowe.

Przy zachowaniu tych przepisów, Mojżesz wyraził życzenie do wiernych Żydów: „Idźcie i rozmnażajcie się, jak piasek w morzu". (Genesis 1. 28).

Tak przedstawia się sprawa u kobiet z regularnym 4-tygodniowym okresem menstruacyjnym.

A jak będzie się przedstawiała u kobiet z okresem regularności krótszym lub dłuższym?

Czynność ciałka żółtego, jak wynika z doświadczeń *Ogino* na zwierzętach i danych po wprowadzeniu odczynu przysadkowego u ludzi, *trwa przeciętnie 14 dni*.

Jeżeli czas trwania okresu menstruacyjnego oznaczymy przez *a*, wtedy dolna granica płodności będzie wynosiła a — (14 + + 1 + 2) czyli *a — 17*; górna zaś a — 10 do a — 12 w przybliżeniu. Według tych wzorów łatwo jest obliczyć okres płodności, bez względu na to czy okres menstruacyjny jest krótszy czy dłuższy, byleby był regularny.

Jeżeli np. regularność występuje co 26 dni, owulacja ma miejsce około 12 — 13 dnia; granice płodności od 9 do 16 dnia włącznie. Optimum 11 — 12 dzień. Jeżeli okres trwa 30 dni — owulacja — 16-17 dnia; granice od 13 do 18 dnia. Optimum 15 — 16 dzień.

W razie ukazywania się menstruacji w odstępach regularnych i wahaniami co 26 do 30 dni, granicami płodności będzie 9 — 18 dzień włącznie.

Wyliczenia te nie wiele dadzą przy nieregularnych perjodach, ukazujących się raz co 3, drugi raz co 4 tygodnie i t. p.; podałem je dla łatwiejszego zorjentowania się.

Dopóki nie znajdziemy łatwego w użyciu środka pomocniczego w celu rozgraniczenia tych okresów natura w tych wypadkach może zgotować niespodzianki. W okresie laktacji należy liczyć się z pewnem opóźnieniem menstruacji, zależnem od hamującego wpływu laktacji na jajnik.

Wpływ hamujący na jajnik wywierają również: charłactwo, nadmierna praca fizyczna, znaczne różnice w klimacie, choroby przewlekłe i zaburzenia w przemianie materji.

Rozgraniczenie okresu płodności w tych przypadkach jest prawie niemożliwe. Wkracza to już w dziedzinę patologji, a wywody nasze dotyczą osób zdrowych.

Mimo, że dane, wyżej przytoczone, są oparte na doświadczeniach i spostrzeżeniach z życia seksualnego codziennego, większy jednak materjał w tej sprawie, pozwoli może jeszcze ściślej rozgraniczyć stadium conceptionis od st. sterilitatis physiologicae.

PIŚMIENNICTWO.

1. *A. Czyżewicz.* Położnictwo.
2. *Coste.* La fonction sexuelle, Paris 1910.
3. *Godlewski.* Handb. d. norm. u. path. Phys. Bd. 14.
4. *Knaus.* Münch. med. Wschr. 1929. Nr. 28 i 1931 Nr. 9.
5. *Knaus.* Zbl. f. Gynäk. Nr. 35 i 40. 1928.
6. *Knaus.* Arch. exper. Path. Bd. 124, 134, 138, 140, 141.
7. *Heape.* Proc. roy. Soc. B. 1905 vol. 76 (wg. Knaus'a).
8. *Walton and Hammond.* Brit. J. exper. Biol. 1928 v. 6.
9. *Hammond and Asdell.* Brit. J. exper. Biol. 1926, vol. 4.
10. *Siegel.* M. M. Wschr. 1916, Nr. 21 i 51.
11. *Nürnberger.* M. M. W. 1918, Nr. 9.
12. *Prylł.* Z. Geburtsh. Bd. 79.
13. *Jäger.* Zbl. Gynäk. 1917. Nr. 31.
14. *Grosser, Halban-Seitz.* Bd. 6.
15. *Haussmann, A. Hirschwald.* Berlin 1879.
16. *Runge.* Arch. Gynäk. Bd. 87.
17. *Crew.* Amer. J. Anat. 1922 vol. 56.
18. *Moore.* J. of. Anat. vol. 34.
19. *Waltzan.* Proc. roy. soc. B. 1927. vol. 101.
20. *Ogino.* Zbl. Gynäk. 1930. Nr. 8.
21. *R. Meyer* u. *Ruge.* Zbl. Gyn. 1913. Nr. 2.
22. *Polano.* Geburtsh. Ginäk. Propäd.
23. *Talmud Babiloński.* Traktaty „Niddale" fol. 31, b.
24. *Prawo Mojżeszowe.* Ks. m. Mojż. Cz. 15, w. 19-28 (wg. Knausa).

Opozones Lumière. — Nowoczesna organoterapja.

„ *Corps jaune de l'ovaire* (corpus luteum)
„ *Mammaire*
„ *Placenta*
„ *Pancréatique*
„ *Biliaire* (fellis)
„ *Hépatique*
„ *Muqueuse intestinale*
„ *Muqueuse stomacale*

„ *Pluriglandulaire* (Thyroïd. Hypoph. Surrénale)
„ *Pluriglandulaire „O"* (ovarique) — Thyroïde, Hypophyse, Surrénale, Ovaire
„ *Pluriglandulaire „T"* (orchitique) — Thyroïde, Hypophyse, Surrénale, Orchitique

„ *Thyroïde*
„ *Orchitique* (extr.testic.)
„ *Prostatique*
„ *Thymus*
„ *Splénique* (lien)
„ *Rénale*
„ *Surrénale*
„ *Tissu nerveux*
„ *Hypophyse*
„ *Ganglions* (gl.lymphat.)

Każde pudełko zawiera 3 rurki po 18 tabletek, powleczonych glutenem i drażowanych

NIEZAWODNE LEKI KRĘTKOBÓJCZE

W KILE, DURACH I ZIMNICY

do stosowania śródmięśniowo:

„QUINBY SOLUBLE"

WODNY ROZTWÓR

JODO - BIZMUTANU - CHININY

Bezbarwny, nie plami, nie tłuści, nie drażni.

„Q U I N B Y"

JODO - BIZMUTAN - CHININY

W ZAWIESINIE OLEISTEJ.

PHOSPHACID

Dr. ROMANOWSKIEGO.

Wodnoglicerynowy roztwór niedotlenków wapniowo-fosforowych i fosforu mineralnego w stanie koloidalnym.

DZIAŁANIE: — Dzięki swej niezakończonej budowie chemicznej PHOSPHACID oddziaływuje energicznie w drodze chemo-biologicznej na odbudowę i uzdrowienie drobin protoplazmatycznych i jąder komórek.

WSKAZANIA:

ANEMJA,
REKONWALESCENCJA.
KRZYWICA,
NEURASTENJA,
CUKRZYCA,
GRUŹLICA: chirurgiczna, płucna, gruczołowa, skóry.

W sprzedaży: Pudełka po 6 amp. i po 12 amp, á 1 ccm.
„ „ 6 „ „ 12 „ á 2 ccm.

Stosuje się w postaci wstrzykiwań podskórnych, lub śródmięśniowych.

L. NAŚIEROWSKI Warszawa, Kaliska 9.
tel. 924-39 i 930-42.

STRESZCZENIA

CHOROBY WEWNĘTRZNE

Wpływ gorączki na napady dychawicy oskrzelowej u dorosłych. (Influence de la température sur les crises d'asthme de l'adulte). P a s t e u r V a l l e r y - R a d o t i G. M a u r i c.
Soc. Méd. des Hôpit. Nr. 41. r. 1931.

Niektórzy autorowie a ostatnio *Danielopulo*, podają, że podczas gorączki u wielu chorych ustają napady dychawicy oskrzelowej, które przed gorączką bywały bardzo silne.

Autorowie podają krótkie historje choroby, dotyczące 45 chorych, u których obserwowano zachowanie się napadów dychawicy oskrzelowej w odniesieniu do podwyższonej ciepłoty ciała. W przeważającej liczbie przypadków chodziło o ciężkie napady dychawicy powtarzające się często, niekiedy nawet codzień. Z powyższych przypadków u 28-miu chorych napady ustąpiły całkowicie podczas wysokiej gorączki; u 6-ciu chorych w czasie gorączki napady nieraz ustępowały, czasem jednak trwały nadal; u 8-miu chorych gorączka nie przerywała napadów; u 3 zaś napady występowały równocześnie z gorączką.

Bliższa obserwacja kliniczna wykazuje, że chorzy, który byli wolni od napadów podczas gorączki, nie różnili się od pozostałych chorych ani pod względem wieku, ani zmian patologicznych, ani też nadwrażliwości względnie uczulenia. Także i cierpienia, które wywołały gorączkę bywały rozmaite u wszystkich obserwowanych chorych, a mianowicie: gorączka z powodu zmian płucnych (zapalenie opłucnej, zapalenie płuc, nieżyt oskrzeli), gorączka zakaźna, gorączka z powodu ropienia i t. p. Jedynie wysokość gorączki ma tu, zdaje się, pewne znaczenie, ale także indywidualne. Zazwyczaj dopiero gorączki powyżej 38.5°, względnie 39° wstrzymywały napady dychawicy. Po ustąpieniu gorączki napady znowu powracały po dłuższym lub krótszym przeciągu czasu, przytem okres wolny od napadów był w przybliżeniu proporcjonalny do czasu trwania gorączki. Należy też zaznaczyć, że równoważniki dychawicy oskrzelowej, jak napadowy nieżyt nosa, napadowy kaszel i t. p. nie wykazywały tej samej skłonności do ustępywania pod wpływem gorączki, jak prawdziwe napady dychawicy.

W dalszej części swej pracy autorowie podają w skróceniu badania nad wpływem gorączki, wywołanej sztucznie, na napady dychawicy oskrzelowej. W tym celu chorym wstrzykiwano 1%-towy roztwór siarki w oliwie, nukleinian sodu i propidon. Leki te stosowano zarówno u chorych, u których napady dychawicy ustępowały pod wpływem naturalnej gorączki, jak i u chorych z dychawicą, którzy byli oporni na wpływ gorączki naturalnej w tym kierunku. Te badania wykazały, że sztucznie wywołana gorączka usuwała napady dychawicy w pierwszej grupie chorych, pozostała natomiast bez wpływu w drugiej grupie. Lecz i tu, należy zaznaczyć, osiągnąć trzeba wyższy stopień gorączki dla otrzymania dodatniego wyniku.

Autorowie wyprowadzają następujące wnioski ze swych obserwacji i badań: napady dychawicy oskrzelowej u osób dorosłych ustępują w przeważającej liczbie przypadków zarówno pod wpływem gorączki naturalnej, jak i sztucznie wywołanej; gorączka naturalna wstrzymuje napady dychawicy oskrzelowej na rozmaicie długi przeciąg czasu, wpływ zaś gorączki wywołanej sztucznie jest czasowo ściśle ograniczony; gorączka musi osiągnąć pewien stopień natężenia, odmienny dla każdego chorego, aby mogła wstrzymać napady dychawicy oskrzelowej.

D y s k u s j a.

Flandin zaznacza, że choroby zakaźne, nawet bez gorączki, mogą wstrzymywać napady dychawicy, tam, zaś, gdzie gorączka wstrzymuje napady, tam też zachodzą rozmaite zmiany w cieczach ustroju, skutkiem czego trudno jest mówić o wpływie samej gorączki na ustąpienie napadów dychawicy. Mówca próbował stosować diatermję na klatkę piersiową, lecz okazało się, że to miejscowe przegrzewanie nie dało wyraźnych wyników.

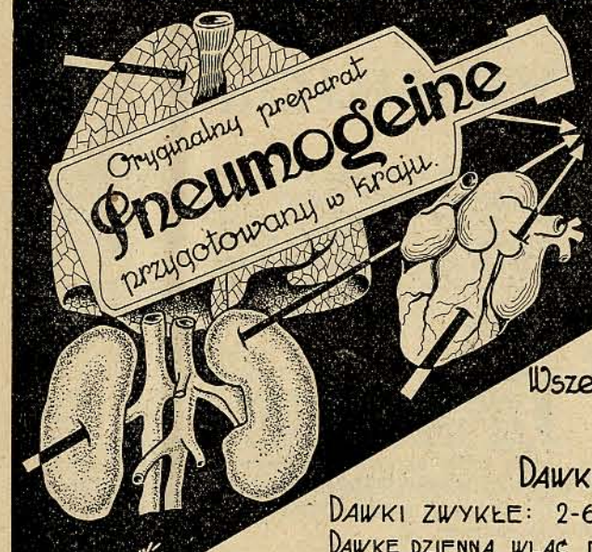
W odpowiedzi *Pasteur Vallery-Radot* podkreśla, że w swych badaniach należycie oceniał powikłane stosunki, które powstają w czasie zakaźnej gorączki i które mogą wpłynąć na ustąpienie napadów dychawicy. W nielicznych, coprawda, badaniach nad wpływem diatermji na napady dychawicy oskrzelowej autorowie nie otrzymali żadnych wyników.

Comby spostrzegał skuteczny wpływ gorączki na ustąpienie napadów dychawicy.

Cathala sądzi, że mechanizm działania gorączki zakaźnej i innej na ustąpienie napadów dychawicy u dorosłych musi być powikłany, przyczem uderza, że u dzieci, w przeciwieństwie do dorosłych, napady dychawicy oskrzelowej przeważnie przebiegają z wysoką gorączką, nawet przy braku jakichkolwiek innych powikłań.

Decourt podkreśla, że wpływ gorączki na wstrzymanie napadów dychawicy oskrzelowej jest taki sam, jak wpływ gorączki na inne stany chorobowe, charakteryzujące się napadowem występowaniem z cechami skurczu. Wpływ ten znany był także i dawnym autorom, którzy tę obserwację ujęli w znane powiedzenie (febris tollit spasmum, przyp. ref.). Np. znane jest ustępowanie napadów padaczki pod wpływem gorączki. Mówca podkreśla, że w mechaniźmie działania gorączki na tego rodzaju choroby, niewątpliwie, gra rolę zmiana stosunku układu współczulnego.

LECZENIE DUSZNOŚCI WSZELKIEGO POCHODZENIA



Wskazania:

Rozedma płuc, Dychawica, Miażdżyca, Przewlekły nieżyt oskrzeli, Przewlekłe schorzenia sercowo-nerkowe.

Wszelkie wskazania terapji jodowej.

DAWKOWANIE:

DAWKI ZWYKŁE: 2-6 ŁYŻECZEK OD HERBATY DZIENNIE.

DAWKĘ DZIENNĄ WLAĆ DO SZKLANKI WODY OCUKRZONEJ I POPIJAĆ MAŁEMI ŁYKAMI W CIĄGU DNIA.

DAWKA DLA DZIECI – STOSOWNIE DO WIEKU.

L. NASIEROWSKI · Warszawa Kaliska 9, tel. 924-39 i 930-42 Próby i literatura na żądanie Wpp. Lekarzy.

COMBRETINE

WYCIĄG PŁYNNY z COMBRETUM RAMBAULTII H.

REGULATOR CZYNNOŚCI WĄTROBY

WSKAZANY we WSZYSTKICH SCHORZENIACH WĄTROBY NAJWIĘCEJ CZYNNY Z E WSZYSTKICH ŻÓŁCIOPĘDNYCH

ŻÓŁTACZKA WSZELKIEGO RODZAJU NIEDOSTATECZNE WYDZIELANIE MOCZNIKA ZAPARCIE NAWYKOWE

DAWKOWANIE

3 razy dziennie po 20-30 kropel

PRÓBY I LITERATURĘ NA ŻĄDANIE W.PP. LEKARZY

SKŁAD GŁÓWNY

L. NASIEROWSKI

WARSZAWA KALISKA 9. TEL. 724-39, 630-42

Wpływ antymonu na przewlekłe choroby gruczołów. (L'action de l'antimoine sur les adénopathies chroniques). P. Chevallier.

W dawnych czasach (w połowie 18 wieku) stosowanie antymonu w przewlekłych, przerostowych zapaleniach gruczołów było ogólne. Stosowano antymon w niewielkich dawkach, przez 2 do 3 miesięcy, często w połączeniu z rtęcią, siarką i t. p. oraz z djetą, odpowiadającą djecie Gersona. Chodzi tu o podawanie antymonu, poza jego działaniem wymiotnem.

Autor stosował antymon tylko w bardzo przewlekłych przypadkach, bez zaostrzeń i stwierdzał bardzo dobre wyniki, zwłaszcza w kierunku podniesienia ogólnego stanu chorych. Szczególnie dobre wyniki daje antymon w przypadkach zmian gruczołowych na tle gruźlicy. Dwuwiekowe stosowanie antymonu w tych przypadkach wykazuje, że lek ten daje dobre wyniki jedynie tam, gdzie przebieg choroby jest bardzo przewlekły, na co wskazuje, między innymi, badanie krwi. Tylko przypadki, przebiegające z limfocytozą nadają się do tego sposobu leczenia. Podobnie dobre wyniki można otrzymać w chorobie Hodgkin'a (lymphogranulomatosis), lecz i tu, tylko w przypadkach o łagodnym przebiegu, z małą gorączką, bez wyniszczenia, bez znacznej eozynofilji i neutrofilji.

Autor podawał antymon pod postacią przetworu stibyal, wstrzykując go co drugi dzień w dawkach od 0.01 do 0.04 gr. Serja składała się z 12-tu wstrzyknięć. Należy zaznaczyć, że wyższe dawki od 0.05 gr. w górę wywoływały zazwyczaj nudności. W stosowaniu antymonu należy być ostrożnym, gdyż obok powyższych, niepożądanych objawów, zbyt duże dawki tego leku wywołują pogorszenie zasadniczej sprawy chorobowej.

Uwagi krytyczne o etjologji kiłowej w ważniejszych cierpieniach tętnic. (Rémarques critiques sur le role etiologique de la syphilis dans les principales maladies des artères). C. Lian, A. Blondel, R. Barrieu i Fr. Ribas Soberano.

Paris Médical. Nr. 27. r. 1931.

Według autorów znaczenie etjologji kiłowej w rozmaitych cierpieniach tętnic jest często przeceniane.

Aortitis.

Według *Etienne'a* kiła występowała w 82% wszystkich przypadków aortitis. Według autorów, po odrzuceniu przypadków ze zmianami w tętnicy głównej, które występują po 60-tym roku życia, a których przyczyną jest niewątpliwie miażdżyca — rola etiologji kiłowej będzie różna i zależna od dalszego podziału zapaleń tętnicy głównej. W szczególności autorowie wykazali niewątpliwie kiłową naturę w 86% tętniaka tętnicy głównej, następnie w 81% przewlekłego zapalenia tętnicy głównej z równoczesną niedomykalnością zastawek półksiężycowych a natomiast tylko w 32% zapaleń tętnicy głównej bez tętniaków i bez niedomykalności zastawek. Materjał autorów składa się z 201 przypadków, osobników do 60-ciu lat, u których można było wyłączyć etjologję gośćcową cierpienia.

Następnie autorowie omawiają stosunek kiły do miażdżycy, szczególnie zaś rozpatrują etjologję miażdżycy, w której obok wielu czynników, jak autointoksykacja (cukrzyca, dna i t. p.) heterointoksykacja (alkoholizm, zatrucie ołowiem i t. p.) grają także rolę zakażenia, zwłaszcza natury przewlekłej. Autorowie uważają miażdżycę za dyskrazję, występującą w wieku około 50-ciu lat, której wyrazem jest nadciśnienie tętnicze, zmiany włókniste w narządach wewnętrznych oraz zmiany miażdżycowe w naczyniach. Wszystkie te zmiany stoją w ścisłym związku z zaburzeniami humoralnymi, jakie powstają w późniejszym wieku, jako wynik wielu złożonych, wyżej wymienionych czynników. Między rozmaitemi chorobami zakaźnemi, które mogą wywołać czy też przyczynić się do powstania miażdżycy, znajduje się też i kiła. Z powyższego wynika, że kiła może wywoływać zmiany w tętnicach a szczególnie w tętnicy głównej w dwojaki sposób: albo bezpośrednio, jako aortitis luetica, która to zmiana jest charakterystyczna tylko dla osobników, zakażonych krętkiem bladym, albo też kiła może być przyczyną tych złożonych zmian, właściwych późniejszemu wiekowi a których wyrazem, obok wielu innych, jest także miażdżyca tętnic, szczególnie zaś miażdżyca tętnicy głównej.

Arteriitis pulmonaris.

Arrilaga sądzi, że arteriitis pulmonaris występująca nawet jako sprawa wtórna w zwężeniu ujścia żylnego lewego, lub w stwardnieniach płucnych, nie mówiąc już o sprawach pierwotnych, jest zawsze natury kiłowej. autorowie nie zaprzeczają powyższemu zadaniu, sądzą jednak, że dotychczas zebrany materjał nie pozwala na tak wyłączne traktowanie tej sprawy. Wątpliwa jest zwłaszcza etjologja kiłowa w tych przypadkach arteriitis pulmonaris, w których czynniki mechaniczne (jak zwiększone ciśnienie w krążeniu małem w przypadkach zwężenia ujścia żylnego lewego) grają główną rolę a brak jest bezwzględnych dowodów zakażenia kiłowego.

Arteriitis cerebralis.

Autorowie przytaczają starą prawdę, że porażenie połowicze, występujące u osobnika bez zmian w sercu, należy odnieść do kiłowych zmian w naczyniach mózgu. Odnosi się to zwłaszcza do osobników poniżej lat 50-ciu, gdyż w późniejszym wieku należy myśleć przedewszystkiem o miażdżycy.

Arteriitis obliterans kończyn dolnych.

U starszych osobników chodzić będzie w tych przypadkach niewątpliwie o miażdżycę, w wieku młodszym, wbrew ogólnym twierdzeniom, etjologja kiłowa bynajmniej nie jest częstą. *Weber* i *Buerger* podkreślają, że w arteriitis juvenilis etjologji kiłowej prawie nie stwierdzali. Autorowie na 52 przypadki chromania przestankowego, wywołanego przez arteriitis obliterans u chorych między 40-tym a 50-tym rokiem życia znaleźli zaledwo 6 przypadków kiłowych.

Arteriitis arteriae subclaviae.

Lian, Guilbert — Dreyfus i *Puech* opisali pierwsi w roku 1927, zespół wyrażający się wyraźnym szmerem skurczowym, słyszalnym nad obojczykiem, przy słabszym szmerze u podstawy serca oraz obniżeniem ciśnienia tętniczego na jednym ramieniu. Zespół ten jest wyrazem zwężenia światła w truncus brachiocephalicus lub tętnicy podobojczykowej w miejscu jej odejścia od tętnicy głównej. Zwężenie to jest wywołane procesem w tętnicy głównej, umiejscowionym w miejscu odejścia powyższych

ANTIPYRETICVM
ANALGETICVM
CRYOGÉNINE
LUMIÈRE
Żadnych ubocznych działań

NAJPEWNIEJSZE, a NAJŁAGODNIEJSZE DZIAŁANIE

przeciwgorączkowe

SZCZEGÓLNIE W

gruźlicy.

DAWKOWANIE: *DOROŚLI*: 1,0 — 2,5 grm. „*pro die*".
DZIECI: ZALEŻNIE OD WIEKU.

NAJSKUTECZNIEJSZY ŚRODEK

przeciwbólowy

W DAWKACH (WIĘKSZYCH) 2,0—3,0 „*pro die*"

(w DNIE, POSTRZALE, NERWOBÓLACH, MIGRENIE i t. p.).

Postaci:

Pulvis Cryogénine do receptury: proszków, czopków, pigułek, zawiesin i t. p.

Comprimés { **Cryogénine** á 0,50 grm.
Cryogénine „ 0,25 „
W rurce 10 tabletek.

Cachets { **Cryogénine** à 0,50 grm.
Cryogénine „ 0,25 „
W rurce 10 opłatków.

Skład główny L. NASIEROWSKI, Kaliska 9.
Tel. 9.24.39 i 9.30.42.

pni tętniczych. Etjologja tej sprawy chorobowej jest często kiłowa, nie tak wyłącznie jednak, jak sądzi o tem ostatnio *Landau i Held.*

Tętniaki tętnic obwodowych.

Kiłowa natura tych spraw zdaje się nie ulegać żadnej wątpliwości, nawet wówczas, gdy czynnik urazowy wchodzi w grę. Inna etjologja, jak ostry gościec stawowy, endocarditis lenta i t. d. należą tu do wyjątków.

Dusznica bolesna pochodzenia sercowo-tętniczego.

Dusznica bolesna często łączy się ze zmianami w tętnicy głównej i dlatego w dużej statystyce *Lian'a* i *Vernes'a* z r. 1914, opartej na 486-ciu przypadkach dusznicy bolesnej znajdujemy 87% kiły w przypadkach ze zmianami w tętnicy głównej i w zastawkach aorty, (62 przypadki). Następnie kiłę stwierdzono w 3 przypadkach z tętniakiem aorty, i w 1/ przypadku na 3, obserwowane ze zwężeniem ujścia tętniczego lewego. Natomiast w 418 przypadkach dusznicy bolesnej, wysiłkowej bez powyżej wymienionych zmian, stwierdzono kiłę tylko w 85-ciu przypadkach, t. j. 21%. W dalszych 283 przypadkach autorowie stwierdzili kiłę w 27%. Statystyka *Gallavardin'a* wykazuję kiłową naturę w 12%, po odrzuceniu przypadków z tętniakami aorty i z aortitis wraz z niedomykalnością zastawek.

Z powyższych statystyk wynika, że dusznica bolesna, występująca bez aortitis z równoczesną niedomykalnością zastawek aorty oraz bez tętniaka aorty, wykazuje zaledwo w jednej czwartej przypadków naturę kiłową.

Poza tą postacią dusznicy bolesnej, autorowie przytaczają zespół ostrej dusznicy bolesnej z gorączką, wskutek zmian w tętnicy wieńcowej serca, podany przez *Lian'a* w 1921 roku. Zespół ten objawia się znacznem natężeniem dusznicy bolesnej i jej długotrwałością (parę dni — état de mal), ostrem osłabieniem mięśnia sercowego, wyrażającem się znacznym spadkiem ciśnienia tętniczego oraz gorączką, trwającą 8 do 10 dni. Nadto można tu niekiedy stwierdzić także i tarcie osierdziowe. *Lian*, jako podstawę anatomiczną powyższego zespołu podaje coronaritis obliterans, która doprowadza do niedokrwienia mięśnia sercowego. Według badań *Lian'a* a także i *Levine'a*, oraz *Donzelot'a* a wreszcie i *Carey'a*, *Coombs'a* kiła rzadko tylko gra etjologiczną rolę w powyższym zespole.

Nadciśnienie tętnicze.

Autorowie sądzą, że przyczyną nadciśnienia mogą być nie tylko zmiany w nerkach, ale także i zmiany humoralne, wywołane zaburzeniami w zakresie gruczołów dokrewnych oraz układu współczulnego. Dlatego też sądzą, że tam, gdzie można wyłączyć takie przyczyny nadciśnienia, jak zapalenie nerek, zatrucie ołowiem, dna i t. p., tam kiła może grać rolę w etjologji nadciśnienia, aczkolwiek ta rola jest przez wielu lekarzy często przesadzana. Na swoim materjale 291 chorych z nadciśnieniem tętniczem udało się autorom stwierdzić kiłową naturę nadciśnienia w 35%.

Podciśnienie tętnicze.

W powyższem cierpieniu, po wyłączeniu przypadków podciśnienia wtórnego, (choroby zakaźne i t. p.) natura kiłowa występuje bardzo rzadko i raczej tylko pod postacią kiły wrodzonej.

Rodanek potasu w leczeniu nadciśnienia tętniczego. (Le rhodanate de potassium dans le traitement de l'hypertension). A. Bénichou.
Paris Médical. Nr. 27. r. 1931.

Szereg autorów amerykańskich i niemieckich stosowało rodanek potasu w leczeniu nadciśnienia tętniczego. Ostatnio *Fineberg* w Stanach Zjednoczonych otrzymał poprawę w 57% przypadków, opornych na inny sposób leczenia. Poprawa ta wyrażała się spadkiem ciśnienia tętniczego conajmniej o 3 cm słupa rtęci, przyczem jednak brak było poprawy stanu podmiotowego. Autor zastosował u swoich chorych następujące leczenie: 1) spokój i uregulowanie trybu życia w ciągu jednego miesiąca. 2) jak wyżej, a nadto leki uspokajające, a mianowicie chloral w dawce 0.6 gr. dziennie przez trzy tygodnie, 3) spokój i uregulowanie trybu życia, a nadto rodanek potasu w roztworze wodnym, doustnie podawany trzy razy dziennie w dawce dziennej 0.9 gr.

Autor zwraca uwagę na konieczność stosowania czystego preparatu, po którym nie widział żadnych objawów, ani zatrucia, ani nietolerancji.

Wpowyższy sposób podano leczenie 30 chorych z nadciśnieniem tętniczem między 17 a 28 cm słupa rtęci. Zawartość mocznika we krwi nie przekraczała 0.6 gr. na 1 litr. Jako wynik dodatni uważano stały spadek ciśnienia conajmniej o 3 cm słupa rtęci. Z powyższych 30 przypadków u 10-ciu chorych uzyskano poprawę zapomocą pierwszej metody leczniczej. Zapomocą drugiej metody leczniczej, z opornych wobec pierwszej metody przypadków tylko 4 wykazało spadek ciśnienia tętniczego. Z pośród pozostałych 16-tu chorych, opornych na powyższe dwa sposoby leczenia, poddano 15-tu chorych leczeniu zapomocą rodanku potasu. Z tych przypadków: 10-ciu chorych wykazało spadek ponad 3 cm słupa rtęci po upływie dwuch do pięciu tygodni leczenia.

Z tego zestawienia wynika, że około 63% chorych, opornych na leczenie zapomocą spokoju, uregulowania trybu życia i środków uspokajających, wykazało wyraźną poprawę pod wpływem rodanku potasu, wobec czego autor poleca stosowanie tego leku w nadciśnieniu tętniczem na przemian z innymi, dotychczasowymi sposobami leczenia.

Próchnica zębów i odżywianie. (Carie dentaire et alimentation). M. Romme.
Presse Méd. Nr. 41. r. 1931.

Badania bakterjologiczne nie pozwoliły niestety na wyjaśnienie powstawania próchnicy zębów. W ostatnich czasach *Bunting*, na materjale 427 przypadków, zdołał wprawdzie wykazać, że w 98 35% ludzi cierpiących na próchnicę zębów znajduje się w jamie ustnej bacillus acidophilus, podczas gdy u ludzi zdrowych na 184 przypadki, tylko raz udało się wychować ten drobnoustrój — to jednak badania tego samego autora, doprowadzone w innym kierunku, wykazały, że sama higjena jamy ustnej nie zdoła uchronić przed powstaniem próchnicy zębów. W tym celu ten autor podzielił znaczną liczbę dzieci na 5 grup, które obserwował w ciągu roku. Poszczególne grupy pozostawały w rozmaitych warunkach mieszkania i odżywiania, u wszystkich jednak dzieci dbano usilnie o higjenę jamy ustnej. W grupie dzieci, które były odpowiednio odżywiane, stwierdzono próchnicę zębów zaledwo w 5% do 6%, podczas gdy w tej gru-

pie, w której dzieci były nieodpowiednio odżywiane, stwierdzono próchnicę zębów w 50%, mimo doskonałej higjeny jamy ustnej.

Badania nad wpływem odżywiania na powstawanie próchnicy zębów wykazały, że próchnica, jako proces odwapniania kości, pozostaje w ścisłym związku z ogólną przemianą wapniową ustroju. Najkorzystniejszy wpływ w kierunku przeciwdziałania powstawaniu próchnicy zębów wykazało szerokie stosowanie witaminy D, pod postacią naświetlanego ergosterolu. Nie ulega jednak kwestji, że niedostateczna ilość i innych witamin wpływa na przemianę materji ustroju i tą drogą oczywiście dochodzi do wtórnych zaburzeń w przemianie wapnia a nadto powstające stąd choroby wybitnie wpływają na uleganie zakażeniom i t. d.

Dalsze obserwacje porównawcze wykazały, że istnieją kraje, a raczej warunki klimatyczne, gdzie w tubylczej ludności nie stwierdza się próchnicy zębów. Do takich krajów należą okolice podbiegunowe i kraje gorące. Fakt ten daje się łatwo wytłumaczyć silnem naświetlaniem, zwłaszcza promieniami ultrafjoletowemi, pod których wpływem ergosterol zamienia się na witaminę D. Bogactwo naświetlenia w krajach gorących jest wprost zrozumiałe, co się tyczy zaś krajów podbiegunowych (eskimosi), to znaczną rolę zdaje się grać śnieg i lód, które odbijają promienie słoneczne. Wszak znane są w tych krajach rumienie, powstające skutkiem odbijania się promieni słonecznych. Faktem też jest, że odporność wobec próchnicy zębów uzyskują mieszkańcy tych okolic tylko dzięki naświetlaniom, gdyż po przeniesieniu się ich w inne okolice i temsamem pozbawieniu się tych warunków, ulegają oni próchnicy.

W naszych warunkach, w celach leczniczych i zapobiegawczych wobec próchnicy zębów, należałoby stosować obok odpowiednio przygotowanych preparatów witaminowych, obok odpowiednich warunków mieszkania i trybu życia, także i odpowiednie odżywianie. W tym celu *Sherman* i *Smith* radzą dzielić dzienną rację żywnościową na trzy równe części, z których jedną część powinno stanowić mleko, drugą jarzyny i owoce, trzecią zaś mięso, potrawy mączne i cukier. *Mc Colum* podaje następującą djetę: 1 litr mleka w stanie czystym, dwa posiłki pod postacią sałat, owoców i jarzyn oraz obfity dodatek gotowanych jarzyn zielonych.

Wpływ postu na doświadczalną hyperglykemję. (Jeune et hyperglycémies provoquées). H. Chabanier, C. Lobo-Onell i E. Lélu.

Presse Méd. Nr. 60. r. 1931.

Od szeregu lat dla oceny stopnia cukrzycy, a zwłaszcza dla wykrycia początkowych zaburzeń w przemianie węglowodanowej, stosujemy badanie, polegające na kilkakrotnem określeniu cukru we krwi bezpośrednio po podaniu doustnem glukozy. Jako wyraz zaburzenia w przemianie węglowodanowej uważamy bądź to zbyt wysoką hyperglykemję, bądź też zbyt długo trwającą, bądź wreszcie oba te objawy razem. Autorowie udowadniali już kilkakrotnie, że powyższe badanie wykazuje zaburzenia nie tylko u chorych na cukrzycę, ale może być także wynikiem zaburzeń w czynności glykogenicznej, jak to n. p. spotykamy u chorych na wątrobę.

W niniejszej pracy autorowie przynoszą nowe dowody na to, że i inne także czynniki wpływają na wynik omawianej próby. A mianowicie okazuje się z ich badań, że krzywa hyperglykemiczna po podaniu glukozy wypada u badanego osobnika rozmaicie, w zależności od sposobu odżywiania w dniach poprzedzających badanie. Brak pokarmów cukrotwórczych w dniach poprzedzających badanie wpływa na krzywą hyperglykemiczną (po podaniu glukozy) w kierunku, który należałoby uważać za wyraz zaburzenia przemiany węglowodanowej a mianowicie przecukrzenie krwi wzmaga się niepomiernie i trwa zbyt długo. Nieuwzględnienie zatem powyższych warunków w dniach poprzedzających badanie, musi nas wprowadzić w błąd i skłonić do przyjęcia wyników badania za wyraz poważnych zaburzeń a nawet istnienia cukrzycy tam, gdzie jej niema. Brak ściśle ustalonych zasad w postępowaniu w dniach, poprzedzających badanie, czyni zatem omawiane doświadczenie mało wartościowem dla celów praktycznych.

W dalszych badaniach, mających na celu wyjaśnienie, dlaczego post, względnie brak pokarmów cukrotwórczych, wywołuje zbytnie przecukrzenie, autorowie dochodzą do wniosku, że wspomniane warunki wywołują zmniejszenie się insulinemji. Te badania są w zgodzie z dotychczasowymi doświadczeniami, które dowodzą, że przecukrzenie wzmaga wydzielanie insuliny, podczas, gdy niedocukrzenie działa odwrotnie. Autorowie przechodzą następnie do krótkiego omówienia cukrzycy w myśl powyższych poglądów. Występują oni przytem przeciwko stosowaniu postów w leczeniu chorych na cukrzycę, dowodząc, że przez to obniża się wprawdzie glykemję, ale zmniejsza się zarazem i insulinemję, wobec czego pogarsza się tem samem istotny stan cukrzycowy. Autorowie podkreślają przytem, że stosując odpowiednie odżywianie u osób dotkniętych cukrzycą, oraz podając insulinę, można uzyskać podniesienie fizjologicznej insulinemji, co jest celem leczenia.

Pochodzenie oksalemji. (Les origines de l'oxalémie). M. Loeper, P. Soulié i J. Tonnet.

Presse Méd. N. 52. r. 1931.

Autorowie nie omawiają bliżej choroby, wywołanej oksalemją, t. j. obecnością znaczniejszych ilości kwasu szczawiowego we krwi. Zaburzenia te polegają na zmianach w krążeniu, w układzie nerwowym, w przewodzie pokarmowym, na bólach i stanach skurczowych a wreszcie na tworzeniu się kamieni nerkowych. Niniejsza praca ma na celu omówienie przyczyn powstawania oksalemji.

Kwas szczawiowy może pochodzić ze spożycia pokarmów, zawierających go w stanie gotowym i z pokarmów, które dopiero przy dalszej przemianie dają kwas szczawiowy. Jarzyny a zwłaszcza rabarbarum i szczaw, następnie kawa, herbata, czekolada zawierają względnie znaczne ilości kwasu szczawiowego. Szczawiany sodu i potasu wchłaniają się bardzo dobrze w przewodzie pokarmowym, szczawian wapnia, znajdujący się np. w czekoladzie jest trudno rozpuszczalny i trudno wchłanialny, zwłaszcza ze środowiska zasadowego, jakie znajdujemy w jelitach.

Z białka i tłuszczu, wprowadzonego do ustroju zdrowego drogą pozajelitową, nie wytwarza się kwas szczawiowy, a także i z węglowodanów, wprowadzonych tą samą drogą, kwas szczawiowy powstaje bardzo trudno i w małej ilości. Natomiast

fermentacje w przewodzie pokarmowym mogą być źródłem powstania znacznych ilości kwasu szczawiowego, który w tych warunkach wytwarza się z węglowodanów. Wreszcie kwas szczawiowy może powstać także i w ustroju a więc drogą wewnątrz pochodną, najczęściej jednak jako wyraz zaburzenia przemiany materji. Wątroba i mięśnie posiadają zdolność niszczenia kwasu szczawiowego, zwłaszcza zaś przy podniesieniu alkalescencji soków ustrojowych *(Goiffon)*.

Autorowie podkreślają, że oksalemję należy uważać za wyraz szczególnego zaburzenia w ustroju, przyczem źródłem powstania kwasu szczawiowego jest przedewszystkiem cukier. Na dowód powyższego twierdzenia przytaczają w skróceniu historję choroby, z której wynika, że spożywanie cukru w nadmiernej ilości wywołuje oksalemję, podczas, gdy usunięcie tego pokarmu redukuje oksalemję w znacznym stopniu. Nie ulega też kwestji, że w tym procesie gra znaczną rolę wątroba. Według badania autorów szczególnie często i szczególnie wysoko cyfry oksalemji spotyka się u chorych na cukrzycę. Podawanie insuliny tym chorym obniża równocześnie przecukrzenie krwi oraz zawartość kwasu szczawiowego we krwi.

Specjalnie łatwo powstaje kwas szczawiowy z glykogenu, na dowód czego autorowie przytaczają cały szereg przykładów, szczególnie zaś przytaczają swe badania nad tasiemcami, które zawierają znaczne ilości glykogenu i kwasu szczawiowego. U jednego z chorych, który cierpiał na kamienie nerkowe, szczawianowe, autorowie stwierdzili obecność dużego tasiemca. U innego chorego oksalemja była znaczna przed wypędzeniem tasiemca, poczem spadła do stanu prawidłowego. Niewątpliwie zatem tasiemiec wytwarza rozpuszczalne sole kwasu szczawiowego, prawdopodobnie szczawian amonowy.

Jako przyczyny powstawania oksalemji należy zatem uważać odżywianie się nadmiernymi ilościami cukru lub też zwolnione przyswajanie cukru, wadliwą i zwolnioną przemianę glykogenu w tkankach, wreszcie tworzenie się kwasu szczawiowego w jelitach, zwłaszcza z dużych pasożytów jelit, jak tasiemiec.

W leczeniu stanów oksalemicznych należy zwrócić uwagę nie tylko na usunięcie pokarmów, zawierających kwas szczawiowy, ale trzeba też zmniejszyć ilość pokarmów węglowodanowych. Należy też przeprowadzić odpowiednie leczenie wątroby, która w powyższych zaburzeniach bierze udział. Trzeba także zwrócić uwagę na ewentualną obecność pasożytów w jelitach. Wreszcie największą skuteczność trzeba przyznać insulinie, która rychło zwalcza oksalemję, nawet u osobników wolnych od cukrzycy.

Leczenie artroz. (Traitement des arthroses). F. Coste, J. Forestier i J. Lacapére.

Presse Méd. Nr. 39. r. 1931.

Autorowie przypominają zasadnicze czynniki patogenetyczne, wywołujące ten rodzaj cierpienia stawów: a). proces starzenia się miejscowego i ogólnego, przyczem wchodzą tu w grę czynniki krążeniowe (miażdżyca tętnic, zaburzenia krążenia żylnego), wewnątrzdokrewne (zwłaszcza jajniki), humoralne (intoksykacje wewnątrzpochodne, przyczem cechą zmian chorobowych jest zwyrodnienie i dystrofja przy braku zmian zapalnych. b) Znaczenie miejscowych czynników mechanicznych (urazy) zaburzenia krążeniowe, nerwowe i troficzne. c). Uszkodzenia natury przerostowej, dotykające przedewszystkiem kości i chrząstki, bez zmian synowialnych oraz zużycie i uszkodzenie środkowych części chrząstek.

Leczenie ogólne.

Leczenie ogólne posiada naogół małe znaczenie. Rozmaite szczepionki (a także i Ponndorfa), leczenie bodźcowe zapomocą wstrzykiwań białek i roztworów koloidowych metali jest bez skutku.

Chemoterapja, jak leki antyseptyczne, salol, barwiki akrydynowe i t. p. a także preparaty złota są bez skutku. Natomiast jod i siarka dają bardzo

FRANCUSKIE WODY MINERALNE

Zwracać uwagę na znak ochronny

Zwracać uwagę na znak ochronny

VITTEL

GRANDE SOURCE

Działa leczniczo na **NERKI**

Podagra-dna. Piasek moczowy (Kamienie nerkowe)

Artretyzm.

SOURCE HÉPAR

Obfitość leczniczych składników mineralnych

Działa leczniczo na **WĄTROBĘ**

Kamienie żółciowe

Obstrukcja

Niedomoga Wątroby.

Sezon od 20 Maja — 25 Września.

NOWOCZESNY ZAKŁAD WODOLECZNICZY.

dobre wyniki. Przytem te leki są również skuteczne przy doustnem podawaniu, w odróżnieniu od leczenia zapaleń stawów, w których siarka skuteczna jest przedewszystkiem wstrzykiwana w stanie koloidowym. Ogólną zasadą jest podawanie powyższych leków przez czas dłuższy, zwłaszcza dotyczy to jodu. Podawanie wyciągów z gruczołów dokrewnych, które powinno odgrywać znaczną rolę, jako leczenie przyczynowe, niestety, często zawodzi, być może skutkiem zbyt małych dawek.

Leczenie miejscowe.

Schematycznie, uszkodzenia typu artroz przedstawiają się następująco: W środku chrząstki stwierdzamy zwyrodnienie i martwicę chrząstki, która na obwodzie przerasta. Wskutek powyższych zmian powierzchnie stawowe kości są obnażone i bolesne, nowotworzenia zaś okołostawowe drażnią sąsiednie tkanki i tem samem wywołują również ból. Przeciwko pierwszemu rodzajowi zmian usiłowano wprowadzać do stawu ciała tego rodzaju, jak roślinne oleje i t. p. jednakowoż bez skutku. Natomiast celem zwalczania wybujałości około stawowych stosuje się z korzyścią wstrzykiwania w okolice przerosłych chrząstek i kości rozmaitych ciał, zwłaszcza lipiodolu, połączeń kamforowych, salicylan benzoesu i t. p., które wywołują zmiany krążeniowe i lekkie zmiany zapalne, co nieraz dodatnio wpływa na sam stan chorobowy.

Znacznie więcej spodziewać się można po zabiegach chirurgicznych, względnie ortopedycznych.

Fizjoterapja.

Sposób ten gra większą rolę w leczeniu artroz, aniżeli w leczeniu zapaleń stawów. I tak: gorące szafki, promienie pozaczerwone, aktinoterapja. heljoterapja, diatermia i t. p. działają bardzo dobrze, zwłaszcza w lipartritis kolana albo w gośćcu typu Heberdena.

Radjoterapja, oraz wstrzykiwania ciał promieniotwórczych, działają również skutecznie, zwłaszcza w zmianach stawu biodrowego. Również cenne są masaże stawów (nie mięśni). Uruchamianie stawów grą tu mniejszą rolę, gdyż artrozy rzadziej i w mniejszym stopniu prowadzą do zesztywnień stawów.

Crenoterapja.

Wskazania do stosowania lecznictwa hydro-mineralnego są tu bardzo szerokie. Z kąpielowych miejsc francuskich nadają się dla artroz szczególnie Aix i Dax.

Uwagi ogólne.

Autorowie podkreślają konieczność stosowania środków przeciwbólowych, które jednak nie powinny hamować przyczynowego leczenia, podanego wyżej. Ze środków przeciwbólowych polecają gorąco przedewszystkiem aspirynę, która jest tu nie do zastąpienia, nawet przez inne przetwory salicylowe. Dawka dzienna 1 do 2 gr. jest doskonale znoszona nawet i przez długi przeciąg czasu. Nie należy jednak zapominać, że nawet i aspiryna nie posiada w tych przypadkach żadnego leczniczego działania.

Przypadki śpiączki cukrzycowej, odpornej na działanie insuliny. (Comas diabétiques insulino-résistants). M. Labbé i R. Boulin.

Soc Méd. des Hôpit. Nr. 19. r. 1931.

Od czasu odkrycia insuliny śmiertelność z powodu śpiączki cukrzycowej spadła do 20%. Chorzy, którzy umierają, dzielą się na dwie grupy: jedni umierają odzyskawszy przytomność, przyczem zasób zasad krwi zwiększa się, ciała ketonowe znikają z moczu a śmierć następuje z powodu osłabienia serca, choroby zakaźnej lub innych, lecz nieznanych nam przyczyn. W tych przypadkach trudno jest winić insulinę, która swe zadanie spełniła, podnosząc tolerancję wobec cukru i usuwając objawy zakwaszenia. Do drugiej grupy należą chorzy, którzy umierają w stanie śpiączki a u których insulina zdaje się nie wywierać żadnego wpływu, gdyż, mimo stosowania wielkich jej ilości, zasób zasad krwi nie podnosi się. Takie przypadki są ogłaszane w ograniczonej liczbie w literaturze. W prasie anglosaskiej opisano przypadek cukrzycowej śpiączki, w których po zastosowaniu znacznej ilości insuliny zasób zasad prawie się nic nie podniósł, natomiast skutecznem okazało się wprowadzenie sody. W tym przypadku odczyn na ciała ketonowe w moczu pozostał ujemny. Prawdopodobnie chodziło tu o zakwaszenie jakimś nieznanym, nie ketonowym kwasem. Autorowie *(Bock, Field* i *Adair)* podają, że spostrzegali 13 przypadków tego typu zakwaszenia na 68 chorych, którzy zmarli na śpiączkę cukrzycową w okresie 10-ciu lat, t. j. od r. 1913 do r. 1923, (a zatem w okresie przedinsulinowym. Przyp. ref.) *Rathery* i *Sigwald* przytaczają przypadek śpiączki cukrzycowej śmiertelny, z objawami silnego zakwaszenia i przecukrzenia krwi, mimo zastosowania 270 jednostek insuliny.

Autorowie niniejszej pracy opisują 4 przypadki śpiączki cukrzycowej, opornej wobec insuliny, na 20 obserwowanych przypadków.

W przypadku pierwszym cukrzycy bez wyniszczenia, wystąpiła śpiączka z powodu sprawy płucnej. Mimo zastosowania w trzech dniach 830 jednostek insuliny ciała ketonowe nie ustąpiły z moczu a zasób zasad spadł do 12.6% CO_2.

Wprzypadku drugim cukrzycy z wyniszczeniem, oraz w przypadku trzecim i czwartym zdołano stosować insulinę zaledwo 1 i ½ do 4 godzin w dawkach 140, 10 i 300 jednostek insuliny. We wszystkich tych przypadkach nastąpiła śmierć.

W końcu swej pracy autorowie omawiają bliżej swoje przypadki, śpiączki cukrzycowej opornej wobec insuliny, (Krytycznie rzecz ujmując tylko pierwszy przypadek zasługuje w pełni na miano: opornego wobec insuliny. Uwaga referenta).

Wreszcie autorowie podają następujące hipotezy dla wytłumaczenia omawianej odporności. Możliwe, że w grę tu wchodzi zatrucie kwasem, nienależącym do grupy ketonowej, na który insulina nie działa, albo istnieje brak odpowiedniej ilości zasad w ustroju, lub też insulina może być zobojętniona w ustroju albo wreszcie niszczenie ciał ketonowych w ustroju uległo zahamowaniu. Mimo istnienia takich opornych wobec działania insuliny przypadków, w przeważnej liczbie lek ten spełnia swe zadanie.

Ostre zapalenie nerek, poprzedzające napad gośćca wielostawowego. Wyleczenie zapomocą salicylanu sodu. (Néphrite aiguë précédant une crise de rhumatisme articulaire aigu. Guérison aprés traitement salicylé). E. Bernard.

Soc. Méd. des HôpitNr. 20. r. 1931.

U młodzieńca 19-to letniego wystąpiły objawy ostrego zapalenia nerek: gorączka, bóle w krzyżach, skąpa ilość moczu zawierającego sporo białka i wałeczków, ilość mocznika we krwi wzmożona do 1 gr. na 1 litr. Przez trzy tygodnie powyższy stan utrzymuje się bez zmiany. Po trzech tygodniach, przy dalszej zwyżce ciepłoty ciała, wystąpiły bóle i obrzęki wielu stawów, przyśpieszenie akcji serca i osłabienie jego tonów. Wówczas podano choremu 2 gr. salicylanu sodu w dawce dobowej. Po stwierdzeniu dobrego wydzielania się salicylanu, podniesiono dawkę na 4, potem 6 i 7 gr. na dobę. Pod wpływem tego leczenia, zarówno zmiany stawowe, jak i zmiany w moczu zaczęły ustępować. Znaczne zmniejszenie dawki salicylanu wywołało ponowne pogorszenie, wobec czego dawkę tego leku znowu powyższono i przeprowadzono leczenie do końca, uzyskując całkowite ustąpienie zmian chorobowych tak ze strony stawów, jak i ze strony nerek.

Zapalenie nerek na tle gośćcowym jest znane, lecz należy do rzadkości. W przypadkach dotychczas ogłoszonych, wzmożenie się ilości mocznika we krwi bywało nawet i wyższe, gdyż dochodziło do 6.5 gr. 1 litr; w niektórych przypadkach stwierdzano i krwiomocz. W opisanym przypadku należy podkreślić wydolność nerek wobec podanego salicylanu sodu, co pozwoliło na odpowiednie przeprowadzenie leczenia. Ciekawem też jest wystąpienie zapalenia nerek na trzy tygodnie przed zajęciem stawów. Dziś gdy lepiej znamy istotę gośćca i gdy wiemy, że umiejscowienie w stawach, aczkolwiek częste, nie jest jednak niezbędne w obrazie chorobowym gośćca, ani też chronologicznie nie jest pierwszym objawem gośćcowego zakażenia — powyższy wypadek nas nie dziwi. Najczęściej gościec objawia się w sercu, znane są jednak i inne postacie gośćca pozastawowego, jak n. p. postać płucno-opłucnowa, pokarmowa, zakaźna lub durowa i inne.

Powyższy przypadek poucza, że że wobec ostrego zapalenia nerek typu azotemicznego należy myśleć o etjologji gośćcowej, choć i w przyszłości niewątpliwie, wobec rzadkości powyższej etjologji, dopiero dalsze usadowienie się gośćca (stawy) pozwoli na właściwe rozpoznanie.

PERSODINE

Lumière

SWOISTE LECZENIE

BRAKU ŁAKNIENIA

NADSIĄRCZANAMI

DZIAŁA OGÓLNIE **DROGĄ KRWIOBIEGU** ZAPOMOCĄ **TLENU:**

$$|M_2|\,S_2O_8 + H_2O = |M_2|\,SO_4 + H_2SO_4 + O$$

ANALOGJA z DZIAŁANIEM **KLIMATU GÓRSKIEGO.**

PRZYWRACA ŁAKNIENIE NAWET W NAJUPORCZYWSZYCH PRZYPADKACH U DOROSŁYCH I DZIECI.

Łaknienie, wywołane zapomocą PERSODINE jest wyrazem wzmożenia zdolności asymilacyjnej ustroju.

SPOSÓB STOSOWANIA.

Dorośli: 2 razy dziennie po 3 tabletki na godzinę przed jedzeniem.

Dzieci od 8 — 10 lat: 2 razy dziennie po 2 tabletki na godzinę przed jedzeniem.

Dzieci od 2 — 7 lat: 2 razy dziennie po 1 tabletce na godzinę przed jedzeniem

rozpuszczając tabletki w 1/4 szklanki czystej wody bez dodawania cukru lub innych substancyj.

CHIRURGJA

Zawęźlenie pęcherza żółciowego — jego mechanizm i obraz kliniczny. (Volvulus de la vésicule biliaire). Brocq.

La Presse Méd. Nr. 53, lipiec 1931.

Zawęźlenie pęcherza żółciowego swym mechanizmem, obrazem klinicznym i zmianami anatomicznemi odpowiada zupełnie zawęźleniu czyli skrętowi innych narządów jamy brzusznej, jedynie tylko dzięki niezbyt charakterystycznym objawom klinicznym i rzadkości występowania prawie nigdy nie bywa jako takie rozpoznane.

Autor, w związku ze spostrzeganym przez siebie w ostatnich czasach i leczonym przypadkiem zawęźlenia pęcherza żółciowego, wypowiada swoje uwagi na temat tego cierpienia. Może ono zasadniczo wystąpić w każdym wieku, przeważa jednakże wybitnie wiek późny i płeć żeńska — choroba występuje w 85 — 90% u kobiet powyżej 60 lat.

Właściwego rozpoznania nie udaje się ustalić przed operacją prawie nigdy; rozpoznawano tutaj mylnie: zapalenie wyrostka robaczkowego, pęcherza żółciowego, puchlinę lub ropniak pęcherza żółciowego, przedziurawienie wrzodu żołądka, ostrą niedrożność jelit i t. p.

Objawy kliniczne: w podżebrzu prawem wyczuwa się guz kulisty, gładki, napięty, elastyczny, bardzo bolesny przy ucisku, ruchomy biernie na boki, czynnie — przemieszczający się wraz z wątrobą przy wdechu ku dołowi; gwałtowne bóle brzucha, których nie łagodzą wstrzyknięcia morfiny, i ciągłe wymioty. Już po kilku lub kilkunastu godzinach rozwija się zapalenie otrzewnej, a powstające przytem napięcie powłok brzusznych utrudnia do reszty zrobienie właściwego rozpoznania.

W czasie operacji znajduje się pęcherz czarny wskutek zgorzeli i skręcony w pobliżu odejścia przewodu pęcherzykowego od przewodu wspólnego o 90 — 360°. Mogą mieć miejsce również skręty niezupełne, poniżej 90°, dające objawy kliniczne przejściowe i o znacznie mniejszem nasileniu.

Do tego, żeby powstało zawęźlenie pęcherza żółciowego, potrzebne są pewne warunki anatomiczno-topograficzne, częściowo wrodzone, częściowo nabyte z wiekiem i wskutek pewnych zmian chorobowych tej okolicy. Przedewszystkiem pęcherz żółciowy musi mieć nadmiernie rozwiniętą krezkę (mesocystis), zwykle wrodzoną, która umożliwi rozległe jego ruchy względem wątroby, a poza tem — sam pęcherz musi być

duży, rozciągnięty, przepełniony i, naturalnie bez większych zrostów z otoczeniem. Kamica żółciowa nie gra tutaj większej roli w powstawaniu skrętu; w większości tego rodzaju przypadków nie znajdywano w czasie operacji żadnych śladów kamieni żółciowych.

W zawężonym pęcherzu szybko dochodzi do zgorzeli ściany i jej przedziurawienia, ze wszelkiemi tegoż następstwami.

Operacją z wyboru jest wycięcie pęcherza żółciowego (cholecystectomia). Śmiertelność pooperacyjna wynosi koło 35%.

Zabiegi chirurgiczne u krwawców. (Les interventions chirurgicales chez les hémophiles). Emile-Weil.

La Presse Méd. Nr. 54, lipiec 1931.

W związku z postępami ostatnich lat leczenia stanów krwawiączkowych — leczenia zapobiegawczego i właściwego leczenia samych krwawień — krwawcy przestali stanowić grupę ludzi, co do których kierowano się, jeśli chodzi o zabiegi chirurgiczne, zasadą noli me tangere. Krwawców obecnie operuje się, i to operuje względnie bezpiecznie, pod warunkiem jednakże, że chory ma takie żyły (pomijając już inne względy techniczne), które umożliwią wielokrotne przetaczanie krwi (w miarę potrzeby).

Nie znaczy to naturalnie, żeby wskazania do operacji u krwawców podlegały tylko takim ograniczeniom, jak u zwykłych chorych. Przeciwnie, należy wykonywać u krwawców tylko te zabiegi, które są koniecznie potrzebne, a których zaniechanie narazi chorego na większe ryzyko, niż ich wykonanie. Obliczając niebezpieczeństwo operacji u krwawca, należy pamiętać o tem, że w razie doszczętnego zaszycia rany operacyjnej niebezpieczeństwo to jest bez porównania mniejsze, niż gdy zachodzi konieczność sączkowania rany.

Zanim przejdziemy do wskazówek leczniczych w stanach powyższych, należałoby uprzednio rozgraniczyć dwa zasadnicze typy stanów krwawiączkowych: 1) krwawiączka właściwa, charakteryzująca się uporczywemi krwawieniami, ale zawsze po jakimś drobnym chociażby urazie — we krwi stwierdza się jedynie znaczne opóźnienie krzepnięcia, od 1 do 24 godzin i więcej; 2) tak zwana purpura chronica, charakteryzująca się występowaniem krwawień samoistnych — czas krzepnięcia krwi bywa naogół prawidłowy, ale sam skrzep jest mało wartościowy, źle się kurczy, a w związku z tem czas krwawienia bywa znacznie przedłużony; naczynia włosowate są tutaj kruche i łatwo ulegają rozerwaniu.

Autor w pracy niniejszej uwzględnia wyłącznie krwawiączkę właściwą *(haemophilia)*, która może być rodzinna, sporadyczna (przyłączają się tutaj zwykle i objawy purpura chronica) i objawowa (przy dłużej trwającej żółtaczce i wogóle w schorzeniach wątroby); w tej ostatniej postaci może być również przedłużony czas krwawienia i występować kruchość włośniczek.

Leczenie krwawiączki. Zostało stwierdzone doświadczalnie, że dodanie in vitro do krwi krwawca świeżej prawidłowej surowicy ludzkiej lub zwierzęcej przywraca w większym lub mniejszym stopniu jej prawidłową krzepliwość. To samo działanie okazuje ta surowica in vivo — wstrzyknięta podskórnie, dożylnie lub przyłożona na ranę krwawiącą w postaci opatrunku. Surowica, zastosowana miejscowo na ranę, wywiera działanie jeszcze silniejsze, niż zastosowana ogólnie. Wstrzykiwania surowicy mają również wyraźne działanie zapobiegawcze przeciwko mogącym nastąpić krwotokom.

Podobne działanie lecznicze i zapobiegawcze w krwawiączce, tylko jeszcze wybitniejsze, mają przetaczania krwi całkowitej, które autor wypróbował na całym szeregu przypadków z bardzo dobrym wynikiem. W przypadkach lżejszych, to jest jeśli w czasie operacji możliwem będzie podwiązanie wszelkich miejsc krwawiących i rana będzie zaszyta doszczętnie, wystarczy w przeddzień operacji wstrzyknąć 20 — 40 cm³ surowicy krwi prawidłowej, a na godzinę przed operacją — przetoczyć 200 — 300 cm³ krwi całkowitej. W przypadkach cięższych, np. nacięcie ściany ropnia lub wyrwanie zęba, trzeba w przebiegu pooperacyjnym jeszcze kilkakrotnie powtarzać przetaczanie krwi, gdyż i surowica, i krew poprawiają upośledzoną krzepliwość tylko na pewien niezbyt długi czas.

W przypadkach, w których krwawcy zgłaszają się do chirurga już z krwotokiem, to w razie zachowania ciągłości powłok zewnętrznych ograniczyć się można tylko do ucisku stałego (bez względu na rozmiary krwiaka); tam zaś, gdzie mamy ranę krwawiącą, należy usunąć wszelkie skrzepy (zwykle nieprawidłowe w tych razach, patologiczne), przemyć ranę dużą ilością płynu fizjologicznego lub roztworu sody i założyć sączki gazowe, zwilżone surowicą prawidłową (może być surowica przeciwtężcowa lub przeciwbłonicza), ewentualnie zaszyć ranę całkowicie — przyczem lepiej jest użyć do tego szwów węzełkowych, a nie klamerek Michela.

Wyniki ostateczne wczesnego leczenia złamań otwartych. (Traitement immédiat et résultats éloignés de treize cas de fracture ouverte de jambe). Bressot.

La Presse Méd. Nr. 57, lipiec 1931.

Autor spostrzegał i leczył w ciągu ostatniego dziesiątka lat 13 tego rodzaju przypadków. Właściwe leczenie zaczęto w olbrzymiej większości przypadków w ciągu pierwszych dwunastu godzin po wypadku. Wszyscy chorzy otrzymali wstrzyknięcie podskórne surowicy przeciwtężcowej, powtórzone następnie po 4 dniach. W przypadkach bardziej rozległego obrażenia mięśni zwilżano je obficie, jako też i końce odłamów kostnych surowicą przeciwzgorzelinową wielowartościową, a następnie wstrzykiwano surowicę tę podskórnie w ilości 20 — 60 cm³. Zrost otrzymano we wszystkich przypadkach, powstawania stawu rzekomego nie spostrzegano wcale, jak również i żadnego poważniejszego zakażenia rany.

Wiek chorych od 18 do 38 lat. Złamanie dotyczyło prawie we wszystkich przypadkach obu kości goleni (najczęściej w środkowej ich części) i towarzyszyło mu mniej lub więcej znaczne przemieszczenie odłamów. Na ogólną liczbę 13 przypadków tylko w dwu zastosowano leczenie bezkrwawe (mała rana skórna), polegające na obmyciu skóry alkoholem, posmarowaniu jodyną i unieruchomieniu w opatrunku gipsowym do chodzenia (według *Delbeta)*.

W pozostałych 11 przypadkach zastosowano leczenie operacyjne. Znieczulenie rdzeniowe (w dwu przypadkach, powikłanych wstrząsem pourazowym, zastosowano uśpienie eterowe). Szerokie otwarcie ogniska złamania, toaleta części miękkich i kostnych (usunięcie wszystkich wolnych odłamków), przemycie rany ciepłym roztworem fizjologicznym i eterem, dokładne zatamowanie krwawienia, szew kostny (blaszka Shermanna, taśma Parhama, ścięgno reniferowe), szew części miękkich, i, wreszcie, opatrunek unieruchamiający (opatrunek gipsowy, szyna Thomasa).

Ropienie w miejscu szwu tkanek miękkich miało miejsce jeden raz, zapalenie kości rozrzedzające w miejscu wkręcania śrub — dwa razy. Chorzy zaczynali chodzić po upływie 8 — 18 tygodni. Trwałe ograniczenie sprawności kończyny wynosiło przeciętnie 25%, w jednym przypadku wyniosło 60%.

Swoje wnioski ostateczne formułuje autor w sposób następujący.

I. Nie zauważono, żeby szew kostny sprzyjał powstawaniu nadmiernej blizny kostnej, z drugiej zaś strony — zeszycie odłamów kostnych nie wyłącza bynajmniej konieczności dokładnego i długotrwałego nieraz unieruchomienia kończyny po operacji.

II. W każdym przypadku otwartego złamania należy wstrzyknąć surowicę przeciwtężcową i przeciwzgorzelinową.

III. W złamaniach z niewielką ranką skórną i drobnem uszkodzeniem mięśni postępuje się tak, jak w złamaniach zamkniętych: przy dobrem ustawieniu odłamów — wyjałowienie skóry, opatrunek i unieruchomienie, przy złem ustawieniu — operacja.

IV. W przypadkach z rozległem zmiażdżeniem mięśni, potrzaskaniem kości i obrażeniem dużych naczyń i nerwów — amputacja, przyczem, przed upływem 8 — 10 godzin od wypadku można ranę częściowo zaszyć (z pozostawieniem sączków), po 10 godzinach — nie szyć wcale.

V. W pozostałych złamaniach otwartych, po dokładnej toalecie części miękkich i kostnych, jeśli odłamy dają się łatwo zestawić i nie mają dużej tendencji przemieszczania się — nie szyć kości, a zwłaszcza nie pozostawiać w ranie materjału metalowego, jeśli zaś zestawienie odłamów jest trudne i odłamy szybko się przemieszczają z powrotem, grożąc uszkodzeniem nerwów i naczyń — należy zeszyć odłamy blaszką (Shermann) lub taśmą metalową *(Parham)*. Po operacji, wykonanej w ciągu pierwszych 12 godzin od wypadku, ranę można zaszyć doszczętnie, ewentualnie z pozostawieniem niewielkiego sączka, po 12 godzinach — nie zaszywać wcale tkanek miękkich, bez względu na to, czy była wykonywana osteosynteza, czy też nie. Po zabiegu unieruchamia się kończynę w opatrunku gipsowym lub w szynie Thomasa.

VI. Jeśli złamanie otwarte jest jednocześnie wewnątrzstawowem, unikać za wszelką cenę szycia odłamów i nie zeszywać prawie nigdy tkanek miękkich.

Współczesne poglądy na leczenie zakażeń w zakresie dłoni i palców. (Sur le traitement des infections de la main et des doigts). De Rougemont.

La Presse Méd. Nr. 57, lipiec 1931.

Chorzy odnośni zwracali się do lekarza dawniej w okresie naogół późnym, w stanie zapuszczonym tak, że ten ostatni był zmuszony mieć na względzie, stosując ten lub inny rodzaj zabiegu, raczej utrzymanie chorego przy życiu, niż zachowanie możliwie całkowite sprawności kończyny. Dlatego też tak często stosowano rozległe cięcia i sączkowania i nawet odjęcia poszczególnych części i całych palców.

Obecnie, czy to w związku ze wzrostem uświadomienia ogółu o niebezpieczeństwie zakażeń w zakresie dłoni i palców, czy też wskutek rozprzestrzenienia się ubezpieczeń społecznych, chorzy tacy zaczynają się wcześnie zgłaszać po poradę lekarską, a przed lekarzem wyłaniają się większe możliwości osiągnięcia lepszych wyników leczniczych, a z drugiej strony — i większe trudności co do wyboru najwłaściwszego postępowania.

Jak pokazuje odnośne doświadczenie, można osiągnąć bardzo dobre wyniki lecznicze w ostrych zakażeniach dłoni i palców, jeśli się zastosuje odpowiednie leczenie jak najwcześniej, natychmiast po rozpoznaniu cierpienia; przyczem leczenie to będzie polegało zawsze na wykonaniu jednego lub paru nacięć, bez tracenia cennego czasu na bardzo niepewne w swem działaniu ciepłe kąpiele i okłady wilgotne. Rozpoznanie oprzeć można na następujących wczesnych objawach klinicznych: obrzmieniu grzbietowem lub bocznem palca i bólu samoistnym lub wywołanym, zwykle bardzo dokuczliwym. „Ból, który odbiera tutaj choremu sen, wymaga użycia noża“ (Richet).

Znieczulenie ogólne lub, w ostateczności, przewodowe (podstawa palca). Przed operacją należy zawsze założyć opaskę Esmarcha, żeby zalewająca pole operacyjne krew nie przeszkadzała w dokładnej ocenie zmian chorobowych. Cięcia — boczne lub wargowate (na opuszce palców); w czasie zabiegu należy wyciąć możliwie doszczętnie wszelkie zmienione martwicowo tkanki. W ranie pozostawia się sączek gumowy, sterczący poprzez opatrunek nazewnątrz tak, żeby umożliwiał przemywanie rany 2 — 3 razy dziennie bez ruszania głębszych warstw opatrunku. Cały opatrunek należy zmieniać jak najrzadziej. Dłoń i palce należy unieruchomić na okres czasu, dopóki cała rana nie pokryje się żywoczerwoną jędrną ziarniną. Chory zaś powinien przerwać pracę, względnie nawet położyć się do łóżka, zachowując lekką dietę (bez alkoholu).

Za wyjątkiem przypadków wyjątkowo ciężkich, w których wkrótce po zranieniu rozwija się zakażenie ogólne, w pozostałych otrzymujemy tą drogą szybkie wyleczenie i bliznę małą i wiotką, która nie sprowadza upośledzenia sprawności dłoni i palców.

Nastawianie zwichnięcia przednio-wewnętrznego główki kości ramieniowej według Gallois. (La réduction des luxations antéro-internes de l'épaule par le procédé de P. Gallois). F l i p o.

La Presse Méd. Nr. 66, sierpień 1931.

Zalety tego sposobu są następujące: prawie zupełna b e z b o l e s n o ś ć, wykonanie zabiegu b e z p o m o c y i b e z z n i e c z u l e n i a chorego; dzięki temu góruje on nad całym szeregiem innych sposobów i najbardziej szeroko stosowanym sposobem Kochera. Autor nastawiał zwichnięcia przedniowewnętrzne główki kości ramieniowej według Gallois u wielu chorych, między innemi i u starców, zawsze z wynikiem bardzo dobrym.

Zasadniczo sposób ten polega na wykonaniu mniej więcej tych samych ruchów, co i w metodzie Kochera, tylko wykonaniu b a r d z o p o w o l n e m i b e z u ż y c i a s i ł y.

Chory siedzi naprzeciwko lekarza, jego kolano jednoimienne (odpowiadające chorej kończynie) — między kolanami lekarza. P i e r w s z e t e m p o: dłoń chorej kończyny, przypuśćmy prawej, spoczywa na lewym barku lekarza, a lewa dłoń tego ostatniego chwyta (bardzo delikatnie, żeby nie wywoływać bólu) łokieć chorej kończyny; jednocześnie prawa dłoń lekarza spoczywa na okolicy zwichniętej główki kości ramieniowej i śledzi jej ruchy.

D r u g i e t e m p o: lekarz, nie poruszając swą lewą dłonią, trzymającą łokieć chorego, pochyla się lekko na stronę lewą (kończyna chora ulega nieznacznemu skręceniu nazewnątrz), odpycha delikatnie łokieć chorego ku górze, ku wewnątrz i do przodu (od strony chorego) i, następnie, pozostaje w tej pozycji w ciągu 2 — 3 minut przeciętnie, nie poruszając się, dotąd, dopóki prawa dłoń, spoczywająca w okolicy chorego stawu barkowego, nie wyczuje, że nagle główka kości ramieniowej wskoczyła na swoje miejsce w stawie.

Jeszcze raz zaznaczyć należy, że wszystkie powyższe rękoczyny wykonywać należy niesłychanie wolno i delikatnie, nie przyczyniając w ten sposób choremu żadnego bólu.

Przystępując do zabiegu, lepiej jest utrzymać narazie chorego w mniemaniu, że będzie się tylko badało chory staw — a to dla uniknięcia świadomego obronnego napinania mięśni w czasie zabiegu.

Wrodzona kiła układu kostnego we wczesnem dzieciństwie, do lat dwu. (Nosologie de la syphilis osseuse congénitale dans la première enfance). P e h u i P o l i c a r d.

La Presse Méd. Nr. 67, sierpień 1931.

Przenikanie krętków bladych z krwiobiegu matki do układu kostnego płodu zaczyna się od 5-tego miesiąca życia płodowego to jest od chwili, kiedy zostaje odpowiednio wykształcony układ krwionośny płodu ,a kończy się z chwilą jego urodzenia się. Atakują one w tym czasie wyłącznie k o ś c i p o c h o d z e n i a c h r z ą s t k o w e g o, wywołując w nich odpowiednie zmiany anatomiczne, a nie ruszają wcale kości pochodzenia błoniastego (czaszka, twarz), które bywają zajęte przez proces swoisty dopiero znacznie później, po urodzeniu.

Dla tych zmian kiłowych, w kościach okresu dzieciństwa charakterystycznem jest ich u o g ó l n i e n i e (dotyczą one prawie wszystkich kości pochodzenia chrząstkowego) i ś c i s ł a s y m e t r j a. Odwrotnie jest w kile wrodzonej późniejszego dzieciństwa, która nie bywa ani uogólnioną, ani symetryczną, gdyż dotyczy zwykle jednej lub najwyżej paru kości.

A n a t o m j a p a t o l o g i c z n a. Zmiany anatomiczne kiły wrodzonej kości wczesnego dzieciństwa bywają następujących 4 rodzajów: 1) osteochondritis, 2) periostitis ossificans, 3) rozsiane drobnoplamkowate rozrzedzenia kości (kość wygląda jak stoczona przez robaki), 4) wyrośla kostne okolicy nasad kości długich (udowej, goleniowej. ramieniowej, promieniowej i łokciowej), i 5) skostnienia taśmowate dookoła trzonów kości długich.

Do najczęściej spotykanych zmian należą dwie pierwsze — osteochondritis i p e r i o s t i t i s o s s i f i c a n s. Osteochondritis zaczyna się rozwijać w życiu płodowem, ale maximum swego nasilenia osiąga w ciągu pierwszych trzech miesięcy po urodzeniu, doprowadzając w przypadkach silnego zakażenia kiłą względnie u dzieci niedonoszonych do zupełnego oddzielenia nasad od trzonów poszczególnych kości długich. Periostitis ossificans, występuje dopiero po trzech miesiącach od chwili urodzenia, kiedy zmiany charakterystyczne dla osteochondritis ukończyły swój okres rozwoju; dotyczy ona głównie t r z o n ó w kości długich, a ulubionem miejscem jej występowania jest wewnętrzna powierzchnia kości goleniowych. Symetrja jest tu zachowana jeszcze dokładniej, niż przy osteochondritis.

O b j a w y k l i n i c z n e kiły wrodzonej kości wczesnego dzieciństwa polegają na bólach i zaburzeniach ruchowych typu porażennego (pseudoparalysis Parrot), jakkolwiek czasami można się spotkać i ze stanami wzmożonego napięcia mięśniowego (hypertonicznemi).

W rozpoznaniu różniczkowem (opartem w pierwszym rzędzie na licznych i powtarzanych wielokrotnie zdjęciach rentgenowskich) uwzględniać należy następujące dwa cierpienia, które występują z reguły w późniejszym od kiły wrodzonej okresie życia (powyżej 6 miesięcy od chwili urodzenia): krzywica i gnilec.

Na zakończenie autorowie dodają, że zbadanie dokładne układu kostnego dziecka (do zdjęć rentgenowskich włącznie) stanowi czynnik pierwszorzędnej wagi dla ustalenia rozpoznania kiły wrodzonej okresu wczesnego dzieciństwa.

Leczenie suchej zgorzeli kończyn naświetlaniami rentgenowskiemi okolic nadnerczy. (La radiothérapie des gangrènes sèches par irradiation de la région surrénale). Z i m m e r n, C h a v a n y i B r u n e t.

La Presse Méd. Nr. 56, lipiec 1931.

Rozróżniamy cztery zasadnicze postacie zgorzeli kończyn, będące następstwem zapalenia tętnic: 1) g a n g r a e n a s e n i l i s a r t e r i o s c l e r o t i c a — o przebiegu powolnym i względnie dobrotliwym, 2) g a n g r a e n a d i a b e t i c o r u m — o dużej skłonności do zakażenia i powikłań ogólno-septycznych. 3) g a n g r a e n a l u e t i c a — występująca u osób młodych i zaczynająca się nierzadko od zespołu Raynaud, i 4) t h r o m b o - a r t e r i i t i s e t t h r o m b o - p h l e b i t i s o b l i t e r a n s (choroba Bürgera) — występująca u osób w średnim wieku, bez wyraźnej uchwytnej przyczyny, i powodująca bóle o niezwykłem nasileniu.

We wszystkich tych postaciach mechanizm powstawania samej zgorzeli nie jest bynajmniej jasny, gdyż samo zatkanie głównej tętnicy danej kończyny do powstania zgorzeli naogół nie wystarcza — konieczne tu są jeszcze odpowiednie zmiany chorobowe drobnych naczyń obocznych, a może i odpowiednich pni nerwu współczulnego (jak chce Leriche).

Autorowie w pracy niniejszej uwzględniają wyłącznie postacie z g o r z e l i s u c h e j, względnie niezakażonej, gdyż zgorzel wilgotna nie nasuwa zwykle żadnych trudności leczniczych i najczęściej wymaga szybkiego odjęcia kończyny.

Stosowano dotychczas następujące środki w leczeniu suchej zgorzeli kończyn na tle endarteriitis obliterans: leczenie swoiste przeciwkiłowe, wstrzykiwanie insuliny (nietylko u chorych na cukromocz), wstrzykiwania dożylne 5% chlorku sodu lub cytrynianu sodu (niezłe wyniki osiągnięto w chorobie Bürgera), nagrzewanie gorącem powietrzem, diatermja, odnerwienie tętnicy odpowiedniej (sympathicectomia periarterialis), wycięcie jednego nadnercza i, wreszcie, n a ś w i e t l a n i a r e n t g e n o w s k i e o k o l i c y o b u n a d n e r c z y.

Ten ostatni sposób leczniczy ma na celu częściowe zahamowanie na pewien okres czasu czynności nadnerczy, wychodząc z założenia, że ich nadczynność (przez nadmierne wytwarzanie adrenaliny do krwi) gra rolę niemałą w powstawaniu różnego typu zgorzeli kończyn. Owe naświetlania lecznicze nadnerczy, będąc w działaniu swem analogicznie do wycięcia operacyjnego jednego nadnercza (Oppel), górują nad tem ostatniem swą nieszkodliwością i brakiem większego niebezpieczeństwa (wycięcie nadnercza sprowadza względnie dużą śmiertelność pooperacyjną).

Autorowie zastosowali ten sposób leczniczy w 8 przypadkach suchej zgorzeli kończyn — z wynikiem naogół pomyślnym. Zauważono szybkie i znaczne złagodzenie bólów, przyśpieszenie procesu oddzielania się części obumarłych i szybsze zabliźnianie się ubytków po odpadnięciu tkanek obumarłych.

Czy tu chodzi o bezpośredni wpływ nadnerczy na proces obumierania tkanek, czy też o ich wpływ za pośrednictwem układu współczulnego, to nie zostało jeszcze dotychczas wyjaśnione, tem nie mniej efekt leczniczy naświetlań rentgenowskich nadnerczy jest niewątpliwy.

Diatermja w leczeniu zapaleń narządów rodnych i gruczołów piersiowych. (La diathérmie dans les affections inflammatoires pelviennes et mammaires). F a i n s i l b e r i P o r t e r.

La Presse Méd. Nr. 65, sierpień 1931.

Działanie przegrzewania (diatermji) polega, jak wiadomo, na: łagodzeniu bólów — przez obniżenie pobudliwości nerwów czuciowych, czynnem rozszerzaniu naczyń i obniżeniu ciśnienia krwi tętniczego, podwyższeniu ciepłoty zawartych między elektrodami tkanek i podwyższeniu ciepłoty ogólnej (co pociąga za sobą zwiększenie przemiany gazowej), na zwiększeniu zawartości we krwi hemoglobiny i krwinek czerwonych, przyśpieszeniu krążenia krwi i, wreszcie, na nasileniu przemiany materji komórek ustroju. W warunkach chorobowych poza tem uwydatnia się działanie bakterjobójcze diatermji, dotyczące i samych drobnoustrojów (prątek ropy błękitnej, prątek okrężnicy, dwoinki Neissera), i ich jadów.

W schorzeniach ginekologicznych stosuje się elektrody: brzuch-pośladki, brzuch-wnętrze pochwy, lub też pośladki-wnętrze pochwy. Zaczyna się od 500 MA i 10 minut, dochodząc w końcu do 2800MA i 30 minut. W zwiększaniu natężenia prądu i długości seansów kierować się należy wyłącznie czuciem i wrażliwością chorej.

Autorowie leczyli zapomocą diatermji 56 chorych (vaginismus, cervicitis, endometritis, metritis, perimetritis, adnexitis) i tylko u trzech nie osiągnięto wyleczenia. W 7 przypadkach owrzodzenia szyi macicy zastosowano elektro-koagulację z wynikiem bardzo dobrym; ani razu nie doszło do zarośnięcia (atresia) światła szyi.

Poza cierpieniami narządów rodnych autorowie osiągnęli bardzo dobre wyniki również w ostrych (połogowych), podostrych i przewlekłych zapaleniach sutków. Zastosowanie diatermji pozwoliło tutaj na uniknięcie ściskania sutków i przerywania karmienia, koiło ból i w niejednym przypadku zahamowało proces zapalno-zakaźny w zarodku i nie dopuściło w ten sposób do zropienia ogniska i konieczności wykonania operacji.

M. Czyżewski.

CHOROBY KOBIECE, POŁOŻNICTWO.

Wyniki prowadzenia porodu sposobem nieoperacyjnym w r. 1930. (Resultats de l'accouchement médical en 1930). K r e i s J.

Gynéc. Obstétr. T. XXIV, Nr. 1, str. 21, 1931.

Autor nazywa „accouchement médical", poród prowadzony według dwóch następujących zasad:

1. rozpoznawać i leczyć nieprawidłowości bolów porodowych;

2. przebijać pęcherz płodowy w każdym porodzie w jego początku przy rozwarciu na 1 — 2 palców; postępowanie to przyśpiesza ustalenie się części przodującej i rozwarcie ujścia zewnętrznego.

Ugruntowanie teoretyczne tych zasad przeprowadziła szkoła Strasburska w szeregu prac dawniej ogłoszonych. Obecnie pragnie wyciągnąć już wnioski praktyczne ze swych zasad. W niniejszym artykule porównywa autor wyniki kliniki Strasburskiej z r. 1930 z wynikami r. 1923. Oto parę liczb:

T r w a n i e p o r o d u:

Liczba porodów krótkotrwałych w r. 1930 była dwukrotnie większą od liczby takich samych porodów w r. 1923. Odwrotnie liczba porodów trwających ponad 20 godz. była w r. 1923 przeszło ośmiokrotnie większa niż w r. 1930.

Jednem słowem pod wpływem obecnego postępowania położniczego w klinice Strasburskiej zmniejszyła się ilość porodów długotrwałych, maksymalny czas trwania porodu skrócił się wybitnie,

ilość porodów krótkotrwałych znakomicie powiększyła się, zwłaszcza jeśli chodzi o pierwiastki.

Ilość przypadków nacięcia szyji z powodu jej niepodatności nie powiększyła się w r. 1930. Okazuje się, że pewna ilość porodów natrafia na nieprzezwyciężalną przeszkodę ze strony ujścia zewnętrznego, ale ilość ta nie jest większa po przedwczesnym przebiciu pęcherza płodowego i odpływie wód. Poprostu sytuacja prędzej ulega wyjaśnieniu, a co zatem idzie i prędzej przychodzi pomoc lekarska.

Operacje kleszczowe nietylko nie stały się częstsze, ale przeciwnie, ilość ich zmniejszyła się dwukrotnie. Najczęstszem wskazaniem było zły stan płodu, rzadziej przedłużający się poród (wskazania ze względu na matkę). Kleszcze wysokie zarzucono całkowicie. Natomiast powiększyła się znacznie ilość cięć cesarskich, wykonanych w roku 1930; jednocześnie zauważyć wypada, że poprawiły się znacznie wyniki tej operacji położniczej, widocznie ze względu na wcześniejsze jej wykonywanie. 10 godzin dobrych bólów jest, zdaniem autora, dostatecznie długim okresem obserwacji, aby orzec czy poród zakończy się samoistnie, czy też wypadnie rozwiązać rodzącą cięciem cesarskiem.

W związku z takiem stanowiskiem ilość perforacji główki spadła do 0.

Śmiertelność ogólna dzieci spadła z 32 na 26 przypadków, a śmiertelność matek — z 4 na 1.

Chorobowość matek nie powiększyła się bynajmniej przy nowoczesnym postępowaniu.

Wypadnięcie pępowiny w zasadzie nie miało miejsca, stwierdzono natomiast kilkakrotnie przodowanie pępowiny, które zauważono w czas i zastosowano bądź obrót, bądź cięcie cesarskie z dobrym skutkiem.

Wreszcie krwawienia po porodzie i niedowład macicy bynajmniej nie stały się częstsze w r. 1930. Słowem wyniki są bardzo zachęcające.

Adrenalina w leczeniu nieprawidłowych skurczów macicy. (L'épinephrine dans le traitement de la dystocie de Denelin. Avec note sur l'action de l'épinephrine sur les contractions anormales). Rucker P.

Gynéc. Obstétr. T. XXIII, Nr. 5, str. 412, 1931.

Autor już od roku 1924 udowodnił, że 0,3 cm.³ adrenaliny rozczynu 1 : 1000 zatrzymuje skurcze macicy ciężarnej. Ostatnio udowodnił on to samo w stosunku do kurczliwości jajowodu za pomocą aparatu Rubin'a z kymographem.

Praktyczne zastosowanie może mieć adrenalina w następujących przypadkach:

1) zwalczanie stanów spastycznych macicy, w czasie których wytwarzają się pierścienie skurczowe, obkurczające się dookoła wklęsłych części płodu i przeszkadzające postępowi porodowemu. Efekt adrenaliny jest niewątpliwy, choć krótkotrwały.

2) Leczenie grożącego poronienia, względnie porodu niewczesnego.

Wynika z powyższego, że stosowanie adrenaliny ma duże praktyczne znaczenie, zwłaszcza przy regulowaniu czynności porodowej macicy, co jak wiadomo, jest jeszcze słabym punktem obecnego położnictwa.

Wnioski wysnute z rozbioru przypadków cięcia cesarskiego, zakończonych zejściem śmiertelnem. (Enseignements tires d'une analyse des cas mortels après cesarienne basse conservatrice). Kreis J.

Gynéc. Obstétr. T. XXIII, Nr. 5, str. 385 1931.

Autor poddaje krytycznej analizie wszystkie przypadki cięcia cesarskiego w dolnym odcinku, wykonane w klinice Strasburskiej, a zakończone zejściem śmiertelnem. Celem tej pracy było wykrycie błędu, który mógł by być uważany za przyczynę fatalnego zejścia zabiegu.

Wnioski stąd wynikające ujmuje autor w następujący sposób.

Aby uzyskać najlepsze wyniki cięcia cesarskiego należy je wykonać możliwie najprędzej, a to związane jest ściśle z kwestją postawienia wskazania do zabiegu możliwie najwcześniej. W obowiązującem dotychczas klasycznem położnictwie panuje pogląd, że dla postawienia wskazania do cięcia cesarskiego konieczna jest dłuższa i dokładna obserwacja porodu, przyczem decydująca walka pomiędzy macicą, a niestosunkiem porodowym rozpoczyna się dopiero od chwili pęknięcia pęcherza płodowego, i od momentu całkowitego rozwarcia ujścia zewnętrznego macicy.

Stąd długa, kilkudziesięciogodzinna niekiedy obserwacja, a tymczasem warunki zabiegu pogarszają się bardzo znacznie. Kreis, stojąc na stanowisku szkoły Strasburskiej, która głosi zbędność pęcherza płodowego dla porodu, radzi obserwację omawianą skrócić do 10 godz., licząc od momentu sztucznego przebicia pęcherza płodowego. Czas ten jest zupełnie wystarczający, o ile położnik nie ogranicza się do biernej obserwacji porodu, lecz stara się kierować czynnością porodową macicy, pobudzając ją do silniejszej akcji preparatami przysadkowemi, bądź uspakajając zapomocą środków antyspastycznych, np. Spasmalgine'y. Postępowanie to, korrygujące czynność mięśnia macicy nazywa szkoła Strasburska „accouchement médical". W ten sposób obserwacja porodu przed cięciem cesarskiem jest znacznie krótsza, co znakomicie podnosi jałowość zabiegu.

W technice samego zabiegu autor kładzie duży nacisk na dokładne wykonanie szwu ciągłego II piętra przy szyciu mięśnia macicy, mającego na celu zbliżenie do siebie leżących z boku partji ściany macicy. Szew ten o typie szwa Lambert'a zapewnia dokładne oddzielenie jamy macicy (niezawsze jałowej!) od jamy brzusznej.

Oddzielając pęcherz od macicy, pamiętać należy o splotach żylnych, leżących w dole macicy po bokach, których uszkodzenie wywołać może obfity, nawet śmiertelny krwotok; dla pewności trzymać się należy ściśle linji środkowej przy oddzielaniu pęcherza, a jeśli akt ten natrafia na duże trudności, tak że wymaga odpreparowywania na ostro, to lepiej zaniechać go zupełnie i cięcie w macicy przedłużyć ku górze w miarę potrzeby.

W przypadkach podejrzanych pod względem czystości unikać należy operacji dodatkowych, jak np. wyjałowienia na drodze podwiązywania jajowodu, gdyż istnieje wówczas większe prawdopodobieństwo zakażenia otrzewnej.

W przebiegu pooperacyjnym radzi autor stosować preparaty salwarsanowe, gdyż, jak sądzi, podstawą zmniejszonej odporności pacjentki po

operacji jest w dużym odsetku przypadków kiła, jeśli nie nabyta, to dziedziczna, która zresztą może być również przyczyną nieprawidłowej budowy miednicy kostnej rodzącej.

Leczenie zakażenia połogowego w szczególności metodą wywoływania ropni. (Le traitement des infections puerpérales en particulier par les abscés de fixation). Sorrentino B.

Gynéc. Obstétr. T. XXIII, Nr. 6, str. 511, 1931.

Schemat leczenia przypadków zakażenia połogowego w szpitalu „Ospedali Riuniti" w Neapolu, na oddziale Dr. Capaldi jest następujący: injekcja 30—40 cm.³ surowicy przeciwpaciorkowcowej, potem przez 7—8 dni injekcje mleka po 8—10 cm.³ następnie dożylne wstrzykiwanie urotropiny i autohaemoterapja i wreszcie, jeśli dotychczasowe środki zawiodły, injekcja terpentyny (3 gr.) domięśniowo w udo w celu wywołania sztucznego ropnia.

Ostatnio wspomniany zabieg leczniczy, jakkolwiek bardzo bolesny, przynosi, zdaniem autora, niezaprzeczalną korzyść leczniczą. Sąd swój autor popiera przytoczonemi 4 krzywemi ciepłoty, które wykazują nagły spadek po wytworzeniu się ropnia i przecięciu tegoż. Jeśli ropień nie chce się wytworzyć S. radzi stosować nakłucia termokauterem okolicy przeznaczonej do zropienia — ma to mieć znakomite działanie przyśpieszające.

Z przeciwwskazań wspomnieć należy o drażniącym wpływie terpentyny na nerki, w którego skutku dojść może nawet do lekkiego wzmożenia azotu we krwi.

W sprawie gwałtownego rozszerzenia szyjki macicy w końcu ciąży w znieczuleniu lędźwiowem. (Au sujet de la dilatation du col de l'utérus en fin de grossesse sous rachianesthésie. (Methode de Delmas). Ginglinger A., Pinsan R.

Gynéc. et Obstétr. T. XX, str. 313, 1930.

Autorowie próbowali metody Delmasa w 21 przyp. z dobrym wynikiem w 11. Rozszerzenie szyjki istotnie nastąpiło bardzo szybko, dzieci uzyskano żywe, ale jednak metody tej polecać, zdaniem autora, nie można, a to głównie ze względu na niebezpieczeństwo dla matki, jakie leży w możliwości rozległych pęknięć szyjki.

W porównaniu jednak z innemi metodami gwałtownego rozszerzania szyjki, metoda Delmas'a uznana być musi za najlepszą; wskazanie do jej zastosowania postawione być winno jednak przez doświadczonego i znakomicie wyszkolonego położnika.

Dla ilustracji wartości metody autorowie przytaczają opis przypadku łożyska przodującego, w którym po gwałtownym rozszerzeniu szyjki przyszło do takiego krwotoku z jej pęknięcia, że ledwo laparotomją zdołano uratować życie chorej.

W sprawie kilku przypadków ciąży pozamacicznej i wylewów krwi do brzucha pochodzenia płciowego. (A propos de quelques cas de grossesse ectopique et d'inondation intrapéritonéale d'origine génitale). Muller G., Oberling Ch.

Gynéc. Obstétr. T. XXIII, Nr. 6, str. 481, 1931.

Autor omawia kilka przypadków ciąży pozamacicznej trudnych do rozpoznania, względnie wyróżniających się swym przebiegiem.

Częstym błędem ze strony lekarzy jest to, że biorą błonę doczesną wydaloną z macicy w przebiegu ciąży pozamacicznej za część jaja płodowego i, że na tej zasadzie rozpoznają ciążę wewnątrz maciczną, a co zatem idzie, przystępują do skrobania jamy macicy, prowadzącego łatwo do przebicia macicy lub do zakażenia.

Powikłaniem groźnym ciąży poza macicznej połączonej z krwistekiem poza macicznym jest zropienie tego ostatniego, gdyż może ono spowodować zakażenie otrzewnej w czasie operacji.

Ze względów rozpoznawczych pamiętać należy, że obustronna ciąża pozamaciczna nie należy do wielkich rzadkości, to też dwustronność zmian przydatkowych nie jest bynajmniej decydującym dowodem przemawiającym przeciwko rozpoznaniu ciąży.

Ciężkiem powikłaniem ciąży pozamacicznej utrudniającym ponadto rozpoznanie jest częściowa lub całkowita niedrożność, względnie niedowład jelit; ten ostatni bywa odruchowy, niedrożność zaś spowodowana przez zrosty powstające naskutek krwisteku okołotrąbkowego czy pozamacicznego.

Krew w jamie brzusznej niezawsze jest skutkiem ciąży pozamacicznej; pomijając przypadki krwawienia ze świeżego ciałka żółtego wspomnieć należy o możliwości przedostawania się krwi do jamy brzusznej po przez trąbki z macicy.

Jeden taki przypadek opisują autorowie.

Na zakończenie przypominają autorowie kilka objawów ułatwiających rozpoznanie ciąży pozamacicznej.

1) Zasinienie pępka — objaw Hoffstaetter-Cullen-Hellendal'a;

2) objaw Herzfeld'a — ból w prawym podżebrzu i prawym ramieniu naskutek podrażnienia nerwu przeponowego;

3) parcie na mocz w chwili pęknięcia jajowodu;

4) gwałtowny ostry ból przy ucisku na tylne sklepienie w czasie badania ginekologicznego;

5) w przypadkach wątpliwych wykonać należy punkcję tylnego sklepienia pochwy.

Uśpienie zapomocą avertyny podanej przez kiszkę prostą. (Etude de la narcose rectale à l'avertine). Guns P.

Rev. belge Scien. méd. T. II, str. 765, r. 1930.

Na zasadzie obserwacyj 25 przypadków autor zaleca avertinę do uśpienia w czasie operacji na drodze podawania jej per rectum. Autor zauważył spadek ciśnienia krwi, występujący w każdym przypadku głębokiego uśpienia. Spadek ten nie ustępuje pod wpływem podawania kamfory, kofeiny, cardiazolu. Zdaniem autora, spadek parcia tętniczego krwi jest sprawdzianem głębokiego snu, tak, że niewystępuje on tylko tam gdzie chora śpi płytko.

W sprawie przedoperacyjnego przygotowania chorych i zapobiegania pooperacyjnym powikłaniom. (A propos de la preparation des malades à l'operation et de la prophylaxie des suites opératoires). Galop M.

Bull. méd. r. 1931. I półrocze, str. 5.

Autor upatruje główną przyczynę zaburzeń pooperacyjnych w shocku nerwowym, to też radzi leczniczo i zapobiegawczo stosować lek pobudzają-

cy autonomiczny układ nerwowy, jakim jest pilokarpina, a właściwie roślina, z której otrzymuje się pilokarpina, mianowicie jaborandi. Na zasadzie 250 obserwacji nad osobami operowanemi autor zaleca przygotowawczo podawać przez 4—6 dni przed operacją trzy razy dziennie po 10 kropli rozczyn jaborandi po jedzeniu i prowadzić podobne leczenie przez pierwsze parę dni po operacji. W wyniku tego postępowania narkoza jest łatwiejsza i uśpienie występuje szybciej, i to przy użyciu ⅓ zwykłej dawki środka usypiającego, operowane budzą się łatwiej i lżej, niema mdłości i wymiotów, brak zaburzeń w oddychaniu, kaszlu, nadmiernego wydzielania się śluzu w oskrzelach i t. d.; gazy odchodzą bez trudności, a na 2-gi dzień — nawet samoistny stolec; ponadto środek omawiany działa moczopędnie.

Operacja Bouilly (wycięcie przedniej ściany pochwy, odcięcie nadpochwowej części szyjki macicy, jako leczenie wypadnięcia narządu rodnego. (L'operation de Bouilly) colpectomie anterieure et amputation supra-vaginale du col dans le traitement des prolapsus génitaux). Lenormant Ch., Dreyfus P.

Gynéc. Obstétr. T. XXIV, Nr. 1, str. 1, 1931.

Operacja podana przez *Bouilly* składa się z 3 zasadniczych części:

1. Wycięcie płata śluzówki z przedniej ściany pochwy. Płat ten ma kształt trapezu o górnej podstawie szerszej, przebiegającej wpoprzek osi pochwy o 2—3 cm.^{2} poniżej ujścia zewnętrznego cewki moczowej; bok dolny leży napoprzek części pochwowej tuż ponad ujściem zewnętrznym macicy, a boki boczne odpowiadają mniejwięcej bocznym granicom projekcji macicy na przednią ścianę pochwy po ściągnięciu macicy za część pochwową ku dołowi. Po zaznaczeniu nożem na śluzówce pochwy kształtu wyżej opisanego trapezu odpreparowuje się częściowo na tępo, częściowo na ostro pęcherz od przedniej ściany macicy, a potem przednią powierzchnię pęcherza od płata śluzówki przedniej ściany pochwy. W ten sposób uzyskuje się odpreparowany płatek śluzówki pochwy, który teraz usuwa się się jednem cięciem.

Pęcherz oddzielony od swego otoczenia usuwa się ku górze.

2. Odcięcie szyjki w jej części nadpochwowej.

Ta część operacji nie przedstawia większych trudności teraz, kiedy pęcherz usunięty już jest ku górze. Należy tylko pamiętać, że, aby uniknąć krwawienia w czasie lub po operacji ,należy podwiązać dolną gałązkę tętnicy macicznej, schodzącą w dół ku części pochwowej a ku sklepieniom bocznym pochwy. Gałązka ta dzieli się na dalsze rozgałęzienia tuż ponad przyczepem sklepienia pochwy do szyjki macicy, to też aby uzyskać zupełną i pewną haemostazę należy podwiązać omawiane naczynie ponad jego wejściem do pochwy. Technicznie dokonać tego można zapomocą zwykłego podkłucia przed przecięciem naczynia.

Teraz następuje sama amputacja szyi według zwykłej techniki, t. j. rozcięcie szyi na boki z wytworzeniem dwu płatów przedniego i tylnego odpreparowanie tylnej ściany pochwy z zsunięciem jej ku górze i klinowate wycięcie przedniej i tylnej wargi. Teraz zeszywamy brzeg górny rany w śluzówce przedniej ściany pochwy z brzegiem pozostałej po odcięciu przedniej wargi, i podobnie zeszywamy śluzówkę tylnej ściany z tylnym brzegiem szyi.

Baczyć pilnie należy, aby wspomniane wyżej szwy nakładane były z dokładną adoptacją i aby brzeg śluzówki dotykał śluzówki wyścielającej kanał szyi.

Oczywistą jest rzeczą, że pęcherz moczowy odsunięty ku górze nie może teraz załamkiem swym wypadać ku dołowi, gdyż przestrzeń od ujścia cewki do obecnego ujścia zewnętrznego macicy, czyli cała długość przedniej ściany pochwy wynosi zaledwie 2 — 3 cm.

3. Część trzecią operacji stanowi plastyka krocza, wykonana w dowolny sposób, metodą Hegara czy inną.

Głównem powikłaniem opisanej wyżej operacji może być krwawienie i to następowe z ewentualnem wytworzeniem się krwiaka, który zkolei ulec może zropieniu lub zposoczeniu; powikłanie to spowodować może rozejście się szwów, a nawet zejście śmiertelne na drodze wykrwawienia się lub zakażenia. Uszkodzenie pęcherza nie zdarzyło się autorom nigdy, uszkodzenie kiszki prostej raz jeden ,a przecięcie zatoki Douglasa niema żadnego znaczenia.

Wyniki lecznicze operacji Bouilly są dobre: L. i D. nie stwierdzili ani jednego nawrotu wśród 19 przypadków kontrolowanych niekiedy w kilka lat po operacji.

Do operacji tej nadają się przedewszystkiem przypadki obniżenia się narządu rodnego, względnie częściowego wypadnięcia u kobiet młodych, zdolnych do zapłodnienia.

Współistniejące tyłozgięcie macicy większego stopnia winno być leczone oddzielnie na drodze operacji brzusznej. Całkowite wypadnięcie macicy do operacji tej nie nadaje się.

Przewodnią myślą operacji jest leczenie przyczyn i skutków wypadania narządu rodnego według następującego schematu:

1) wycięcie przedniej ściany pochwy ma na celu zniesienie wystającego jej załamka, zniesienie i zapobieżenie wytworzeniu się zaułka pęcherza moczowego, jak również przymocowanie szyi macicznej ku przodowi.

2) Amputacja szyi dąży nietylko do skrócenia nadmiernie przerosłej i zgrubiałej szyi, ale czyni macicę lżejszą i przez to zmniejsza jej siłę ciążenia ku dołowi.

Ponadto naskutek odpreparowania szyi macicy dookoła wytwarza się w następstwie blizna łączno-tkankowa, stanowiąca znakomitą podporę dla macicy.

3. Plastyka krocza usuwa rectocoele i przywraca podtrzymujące działanie mięśniom dna macicy.

Leczenie wypadnięcia macicy. (Le traitement du prolapsus utérin). Shaw W. F.

Gynéc. Obstétr. T. XIII. Nr. 5, str. 445, 1931.

Shaw opisuje metodę operacyjną, która w ogólnych zarysach odpowiada przedniemu i tylnemu plastycznemu zeszyciu krocza z amputacją szyi.

Podstawą statyczną operacji jest zeszycie ze sobą włókien ścięgnisto mięśniowych przebiegających na przedniej powierzchni szyi, i wychodzących z podstawy więzadeł szerokich.

Skrócenie tych włókien przez zeszycie w linji środkowej ma znakomicie podtrzymywać w przodozgięciu.

Z techniki opisanego zabiegu wspomnieć należy o sposobie pokrycia śluzówką pochwy kikuta po amputacji szyi: po wycięciu płata z przedniej ściany pochwy, obcina się okrężnie śluzówkę na tylnej powierzchni szyi i po amputacji wszywa się najpierw śluzówkę tylnej ściany pochwy w linji środkowej, potem partje sąsiednie, wreszcie kąty boczne w miejscu przejścia cięcia z przedniej ściany na tylną przymocowuje się do linji środkowej od przodu.

Kilka uwag w sprawie rzeżączkowego zapalenia pochwy. (Quelques notions sur la vaginite blenorragique). Iwanow.

Gynéc. Obstétr. T. XXIII, str. 123, 1931.

W myśl nowoczesnych poglądów rzeżączka u kobiety dojrzałej umiejscawia się w szyjce, nie zaś w śluzówce pochwy, która, zbudowana jak skóra, jest na zakażenie gonokokami odporna.

Inaczej rzecz się ma z dziewczynkami i kobietami nie miesiączkującemi, względnie skąpo miesiączkującemi; w tych przypadkach rzeżączka zająć może osłabioną śluzówkę pochwy.

Iwanow dochodzi do wniosków zaprzeczających przytoczonym wyżej poglądom; twierdzi on mianowicie, że dwoinki Neissera znajdują się nietylko w nabłonkach pochwy, ale przenikają wgłąb do tkanki podśluzówkowej i nawet do mięśniówki. Zdanie swe potwierdza autor badaniem mikroskopowem ściany pochwy w 5 przypadkach.

A więc gonokoki znajdować się mogą nietylko w upławach, wydzielinie z pochwy, ale także w samej śluzówce, czyli że istnieć może istotne zapalenie pochwy gonokokowe u kobiety dojrzałej i prawidłowo miesiączkującej.

Nowa metoda czasowego wyjałowienia kobiety. (Une nouvelle méthode de stérilisation temporaire chez la femme). Mourhardt P. E.

Gynéc. Obstétr. T. XXIII, Nr. 6, str. 518, 1931.

Autor omawia metodę Naujoks'a czasowego wyjałowienia kobiety, która jest odmianą metody Madlener'a, polegającej na zmiażdżeniu jajowodu, i podwiązaniu części zmiażdżonej.

Naujoks zaproponował, aby miażdżyć tylko część bańki jajowodu tuż przed jego lejkiem; sposób ten pozwala na pewne ubezpłodnienie kobiety, które jednak może być naprawione przez odcięcie części zmiażdżonej i salpingostomję; w ten sposób płodność może być przywrócona w każdej chwili, kiedy do tego wystąpią wskazania i warunki.

W sprawie zapobiegania zapaleniu żył i zatorów pooperacyjnych w ginekologji. (Sur la prophylaxie des phlebites et embolies post-opératoires en gynécologie). Chalier, André.

Bull. Soc. nat. Chir. Paris. T. LVII, str. 216, r. 1931.

Autor jest stronnikiem poglądu, że większość skrzepów żylnych jest aseptyczna, natomiast wielkie znaczenie mają takie czynniki jak wiek, konstytucja i schorzenie miejscowe. Predysponowane są do skrzepów przedewszystkiem osoby otyłe, cierpiące na zaburzenia w zakresie gruczołów wewnątrz-wydzielniczych, cierpiące na serce i nerki, wreszcie wykazujące żylaki lub nawet zapalenie żył. Czynnikiem wybitnie usposabiającym jest wzmożona krzepliwość i lepkość krwi, występująca często jako skutek krwawień przy mięśniakach i raku.

Toteż schorzeniem, w którem najczęściej przychodzi do zakrzepów w żyłach, jest mięśniak macicy i to podśluzowy.

Pragnąc zapobiec zapaleniom żył i zatorom należy przedewszystkiem unikać operacji w czasie epidemji grypy; przed operacją pacjentka winna być wszechstronnie zbadana, a więc poza obserwacją tętna, temperatury, parcia krwi zbadać należy wydolność czynnościową mięśnia sercowego, i krzepliwość krwi; w razie potrzeby należy przeprowadzić przygotowanie przedoperacyjne serca i naczyń krwionośnych i krwi (dla osłabienia krzepliwości krwi podawać można przed operacją wodę sodową z cytryną).

W czasie operacji pamiętać należy, aby układając chorą nie przymocowywać zbyt mocno kończyn, a stosując ułożenie Trendelenburga nie należy zbyt wysoko podnosić miednicy; technika operacyjna powinna odpowiadać ściśle zasadom jałowości operacyjnej, i winna być ostrożna, pozbawiona gwałtownych ruchów, rwania, miażdżenia; ponadto unikać należy podwiązywania dużych kikutów jedną podwiązką.

Po operacji chora winna otrzymywać dużo płynów, środki nasercowe z grupy digitalis, a u osób predysponowanych do zakrzepów autor radzi nawet pijawki na uda. Najważniejszą jednak rzeczą jest gimnastyka oddechowa po operacji i bardzo wczesne wstawanie, bo już na 3-ci najwyżej 5-ty (!) dzień. Podnoszenie pacjentki na 8-my dzień autor nie uważa za wczesne wstawanie po operacji.

CHOROBY SKÓRNE I WENERYCZNE.

Swędzenie i świerzbiączka. (Prurits-prurigos). Lucien Hudelo. G. Doin.

Paris, 1931. 40 stron. Cena 15 fr. fr.

I. Swędzenie pierwotne: W krajach, w których najczęściej spotyka się swędzące zmiany skórne i swędzenie pierwotne (St. Zjedn. Am., Europa środkowa i wschodnia) szczególnie usposobioną do tych schorzeń jest rasa żydowska. Dziedziczność (typ neuroartretyczny i kiła) i wiek (20 — 40 lat i wiek starczy) odgrywają też pewną rolę w usposobieniu do tych schorzeń. Oprócz licznych przyczyn fizykalnych, toksycznych, nerwowych, pochodzących ze zmiany składu krwi i zaburzeń w wydzielaniu endokrinów należy zawsze przyjąć istnienie wrodzonego lub nabytego stanu uczulenia. Według ostatnich badań jednym z objawów tego stanu jest łatwość występowania wstrząsów hemoklazycznych (choc hémoclasique) po spożyciu pokarmów w okresie napadu swędzenia. Występowaniem tych charakterystycznych zmian w krwi można wytłumaczyć pojawienie się swędzenia n. p. po zwykłej kąpieli, po szybkim marszu itp. Przyczynami przypadkowemi, wywołującemi bezpośrednio ukryty niejako atak swędzenia bywają najczęściej zaburzenia w przewodzie pokarmowym, często nagłe oziębienie skóry (po wieczornem zdjęciu odzieży). Swędzenie wywołuje odruchowo drapanie, czego następstwem są linijne i punktowate

zdarcia naskórka, uwypuklanie się przekrwionych mieszków włosowych skutkiem skurczu mięśni przymieszkowych. Powstałe w ten sposób grudki należy odróżnić od rzeczywistej grudki świerzbiączkowej, większej. Dalszemi następstwami drapania są zmiany ropne na skórze, przerost gruczołów skórnych w miejscu drapania, pigmentacje, zgrubienie skóry.

Główne postacie ś w i ą d u o g ó l n e g o są następujące:

a) Świąd sezonowy, pojawia się w porze zimowej, często już w wieku dziecięcym, głównie na kończynach dolnych, może przejść w świerzbiączkę z rozległem zliszajowaceniem skóry. Świąd sezonowy pojawiający się latem jest właściwie świerzbiączką, gdyż towarzyszy mu obecność wykwitów pokrzywkowych i guzków, nawiedza przeważnie dzieci, prowadzi do zliszajowacenia skóry. W tych przypadkach podejrzewa się obecność jakiejś substancji uczulającej na światło (toksyna bakteryjna z przewodu pokarmowego);

b) świąd starczy pojawia się po 65 roku życia, jest wybitnie przewlekły, jego cechą znamienną jest to, że pomimo ustawicznego drapania poza pigmentacją nie powoduje innych zmian w skórze. Przyczyną jego pojawienia się jest prawdopodobnie niedomoga wątroby, nerek i endokrinów i podłoże t. zw. nerwowe;

c) świąd wątrobowy występuje w przypadkach długotrwałej żółtaczki, może przejść w świerzbiączkę (pojawienie się guzków). Należy zaznaczyć, że w przypadkach żółtaczki kiłowej i t. zw. arsenobenzolowej świądu często brak;

d) świąd nerkowy jest prawie stałym objawem w czasie uremji, w przypadkach pyelonephritis i nephritis chronica;

c) świąd ciężarnych a częściej świerzbiączka pojawia się około 3-ciego miesiąca ciąży równocześnie z wykwitami pokrzywkowemi, powoduje pojawianie się pigmentacji i zliszajowacenie skóry, jest skutkiem samozatrucia, białkomocz może mu nie towarzyszyć;

f) świąd diabetyczny bywa jużto uogólniony, bez zmian skórnych, jużto częściej miejscowy, powikłany różnego rodzaju wykwitami;

g) świąd w przebiegu schorzeń krwi jest zjawiskiem dosyć częstym (we wszelkiego rodzaju białaczkach i schorzeniach gruczołów limfatycznych) ma charakter napadowy, „kapryśny". W przypadkach mycosis fungoides świąd jest, w okresie, poprzedzającym pojawienie się guzów, objawem prawie stałym, wybitnie zaznaczonym.

W przypadkach ś w i ą d u m i e j s c o w i o n e g o o wiele łatwiej występuje zliszajowacenie i wypryszczenie. Oprócz wyżej wymienionych przyczyn ogólnych wchodzą w grę i przyczyny miejscowe, drażniące. Do najczęstszych postaci należą świąd odbytu i sromu.

a) Świąd odbytu, jeden z najuporczywszych nasuwa na myśl liczne przyczyny miejscowe: u dzieci do lat 12 należy podejrzewać obecność oxyuris vermicularis i dlatego należy badać zeskrobiny z odbytu wieczorem i szukać jaj pasożyta za paznogciami dzieci drapiących się. U dorosłych przyczyną świądu odbytu bywają najczęściej hemoroidy, dalej kłykciny, brodawczaki, polipy, przeczosy, pęknięcia i nowotwory. Z przyczyn ogólnych należy wymienić kiłę a zwłaszcza wiąd rdzenia, którego jedynym wczesnym objawem jest nieraz świąd odbytu. Śluzówka odbytu skutkiem częstego drapania staje się białawo szara, silnie pofałdowana, często pojawia się na niej przekrwienie i zmiany sączące. Sączące wypryski w otoczeniu odbytu spotyka się zwłaszcza często w przypadkach zakażenia śluzówki odbytu grzybem (epidermophyton).

b) Świąd sromu jest najczęściej następstwem obfitej wydzieliny z macicy, przyczem podłoże tej sprawy może być najrozmaitsze. Przyczyną ogólną świądu sromu może być każda amenorrhea, diabetes, kiła... Świąd sromu ma charakter napadowy, bywa bardzo gwałtowny, niekiedy może być ciągły. Skóra może dłuższy czas nie wykazywać zmian wtórnych, jeżeli jednak sprawa utrzymuje się latami, wtedy skóra grubieje ,owłosienie zanika, śluzówka ulega zeskórowaceniu. W następstwie tego może się pojawić szereg zaburzeń nerwowych. Wypryszczenie i zakażenie ropne często wikłają świąd sromu (zwłaszcza u diabetyczek). W przypadkach grzybicy sromu granice zmian skórnych są wyraźne, policykliczne, często obrączkowe.

c) Świąd napletka i żołędzi pojawia się w przypadkach przewlekłej rzeżączki, pozatem u diabetyków. Następstwa tego świądu bywają podobne, jak w przyp. świądu sromu.

d) Świąd moszny, jeden z najuporczywszych, powikłany bywa często neurastenją i melancholją, umiejscawia się zwykle w okolicy szwu moszny.

e) Świąd nosa i skrzydełek nosowych u neuroartretyków i astmatyków sprowadzają przewlekłe schorzenia jamy nosowej, gardła i sąsiadujących zatok. U dzieci cierpiących na helminthiasis często występuje świąd koniuszka nosa.

f) Świąd dłoni i podeszew poza przypadkami żółtaczki pojawia się w przypadkach zatrucia, nie powoduje powstania zmian wtórnych.

II. Dermatozy przewlekłe, których pierwotnym objawem jest świąd, a następnym nieodzownym zmiany na skórze, można podzielić na ograniczone i uogólnione (rozlane).

Z wielu nazw o g r a n i c z o n y c h dermator swędzących najczęściej używane są lichen simplex (Vidal), neurodermitis circumscripta. Etjologja i tej także grupy schorzeń nie jest ściśle określona. Podłoże stanowią te same czynniki co i w przypadkach świądu ogólnego. Zmiany te umiejscawiają się zwykle na karku, na wewnętrznej powierzchni górnych części ud, w okolicy kości krzyżowej, w otoczeniu organów płciowych, na grzbiecie stopy i w przegubach łokciowych i kolanowych. Początek schorzenia często łączy się ze wstrząsem psychicznym. Wcześniej lub później pojawia się zliszajowacenie skóry. Skóra staje się zgrubiała, silnie pigmentowana, wyraźnie poletkowata, przypomina niekiedy mozaikę, poprzecinaną głębokiemi bruzdami. Schorzenie jest długotrwałe, odznacza się skłonnością do nawrotów. Niekiedy można w tych miejscach zauważyć odbarwienia i brodawkowate wegetacje.

Do grupy schorzeń cechujących się powstaniem r o z l a n y c h zmian swędzących na skórze należy neurodermitis diffusa (Brocq) lub prurigo simplex diffusa. Do tej grupy zalicza się omówione już przypadki swędzenia ogólnego, przebiegające z występowaniem wykwitów na skórze (prurigo hiemalis, gestationis, i t. d.). Wykwity w tej

grupie nie mają znamiennego wyglądu (bąble, rumienie pokrzywkowe, wypryszczenie...). Dyskretne objawy zliszajowacenia występują zawsze. Do tej grupy należy również t. zw. prurigo Besnier'a, schorzenie rozpoczynające się we wczesnej młodości. Wykwity tego schorzenia mają szczególną skłonność do wypryszczenia i sączenia zwłaszcza na twarzy i owłosionej skórze głowy. Z wiekiem stopniowo wykwity ustępują a pojawiają się ataki astmy, gorączki siennej, migreny. W przypadkach ciężkich schorzenie to staje się podobnem do świerzbiączki Hebry, różni się tylko umiejscowieniem zmian przeważnie w przegubach i obfitem stałem sączeniem.

III. Świerzbiączki rzeczywiste guzkowate obejmują:

1. P r u r i g o s i m p l e x a c u t a, schorzenie występujące w 2 postaciach

a) dziecięca, częsta u niemowląt, najbardziej zbliżona do pokrzywki jest następstwem wadliwego żywienia. Wykwity pokrzywkowe pojawiają się nagle po krótkim okresie nieznacznego podniesienia ciepłoty, znikają w ciągu 12 — 15 godzin, pozostawiając długotrwałą grudkę, wielkości łepka szpilki. Grudki mogą przeobrazić się w krosty. Schorzenie ma charakter napadowy, stopniowo wygasa w wieku 3 — 8 lat;

b) postać pojawiająca się u dorosłych w wieku 15 — 25 lat jest następstwem ostrego zatrucia pokarmowego, zaburzeń żołądkowo-jelitowych. Wykwity grudkowe silnie swędzące pojawiają się nagle, ustępują w ciągu kilku dni. Rozpoznanie tego schorzenia należy jednak stawiać zawsze po wykluczeniu szkodliwego działania jakiegoś czynnika zewnętrznego na skórę.

2. P r u r i g o c h r o n i c a:

a) Prurigo Hebrae jest schorzeniem poza Europą środkową i wschodnią prawie niespotykanym. Nawiedza najczęściej ludność ubogą i żydowską. Początek schorzenia, którego etjologja jest niejasna, przypada na 2 — 5 rok życia, występuje częściej u chłopców. Ważną rolę w powstawaniu tego schorzenia zdaje się odgrywać nędzne odżywianie i niedostateczne utrzymywanie skóry w czystości. Początkiem schorzenia jest t. zw. strophulus. Wtedy to pojawiają się okresowo u dziecka nieraz już w 1 roku życia pokrzywkowate bąble a po pewnym czasie obok bąbli także i właściwe dla tego schorzenia grudki twarde, suche, blade, silnie swędzące. Po ich drapaniu skóra pokrywa się strupkami i białawymi blizenkami, dając charakterystyczny obraz dla tego schorzenia. Zliszajowacenie skóry pojawia się z reguły, zmiany sączące są częste. Schorzenie oszczędza owłosioną skórę głowy, w małym stopniu zajmuje twarz i tułów. Sadowi się głównie na wyprostnych powierzchniach kończyn, nie zajmując prawie wcale powierzchni zgięnaczy. Stałym objawem jest stwardnienie i powiększenie wszystkich gruczołów chłonnych. Dzieci dotknięte tym schorzeniem są blade, wykazują zwykle eozynofilję, cierpią na bezsenność a z czasem na różne przypadłości nerwowe. Schorzenie nasila się zimą, około 20 do 25 roku życia słabnie. Nieuleczalność wbrew zdaniu Hebry nie jest według autora częstą.

b) Prurigo nodularis: schorzenie dosyć rzadkie pojawia się u kobiet w wieku średnim, w postaci dużych guzków półkulistych, rozsianych na skórze tułowia i kończyn, rzadziej na twarzy. Schorzenie jest bardzo długotrwałe wyjątkowo uleczalne bezpowrotnie. Schorzenie to identyfikuje szereg autorów z innemi grupami, autor uważa je za jednostkę chorobową, z którą łączy szereg zmian guzowatych, swędzących (lichénification géante).

c) Prurigo lymphadenica może wystąpić w przebiegu licznych rodzajów białaczek, a zwłaszcza w przebiegu lymphogranuloma malignum. Wykwitom guzkowatym twardym i pokrzywkowym, żywo czerwonym rzadko towarzyszą wtórne zmiany ropne, zliszajowacenie bywa nieznaczne. Zwykle współistnieje powiększenie gruczołów limfatycznych i śledziony, stany gorączkowe i zmiany w składzie krwi.

Leczenie swędzenia i świerzbiączek polega na zachowaniu ogólnych zasad higjeny, na leczeniu tych stanów, które stwierdzają podłoże korzystne dla zmian swędzących skóry (stany limfatyczne i neuro - artretyczne u dzieci, kiła wrodzona), uregulowaniu czynności przewodu pokarmowego, wprowadzeniu odpowiedniej djety (mlecznej, mleczno warzywnej, warzywno-owocowej). Podawanie uspokajających leków doustnie zwykle bywa bezskuteczne. Leczenie wstrząsowe i przeciwkoloidoklazyczne daje niejednokrotnie dobre wyniki zwłaszcza winianem ergotaminy (tartrate d'ergotamine) autohemo i autoseroterapja, peptonem, entero szczepionkami. Ponadto zaleca się leczenie fizykalne (kąpiele, naświetlenia, masaże i leczenie klimatyczne), ze środków stosowanych miejscowo zwilżania ciepłymi płynami jak roztwory kamfory, mentholu, kwasu karbol., naphtolu i t. p., maści obojętne lub znieczulające z dodatkiem extr bellad., cocain, thebain, maści uśmierzające świąd (pasty camforowe, mentolowe 1%, maści kwaśne z dodatkiem kwasu winnego, salicylowego, karbolowego). Maści redukujące (siarkowo-dziegciowe) poleca się zwłaszcza w przypadkach zmian ograniczonych.

W sprawie leczenia przeciwkiłowego. (Discussions à propos de traitements antisyphilitiques). J. J a d a s s o h n.

(Arch. Dermato-Syph. 1931. Tom III. Fasc. I).

Za środek wartościowy w zapobieganiu kile uważa autor Stovarsol, którego istotnej wartości zapobiegawczej nie docenia się ze względu na konieczność równoczesnego stosowania miejscowego innych środków, zapobiegających zakażeniu wiewiórem i prątkami Ducrey'a. W związku z zapobieganiem kile podnosi autor fakt stwierdzenia licznych krętków w kanałach dróg rodnych u osobników narażających się na zakażenie, u których dłuższe obserwacje ani klinicznych ani serologicznych cech kiły nie wykazały. Zakaźność kiły nie jest więc tak nieunikniona, jak się powszechnie przypuszcza. Wprawdzie w przypadkach kiły doświadczalnej u zwierząt krętki bardzo szybko przedostają się z powierzchni zakażonych do głębiej leżących gruczołów chłonnych i dlatego u zwierząt wszelkie środki zapobiegawcze temu zakażeniu zawodzą, to jednak u ludzi stosunki są nieco odmienne. Krętek zakażający organizm ludzki może czas dłuższy pozostawać na powierzchni i dlatego leczenie zapobiegawcze u ludzi ma widoki powodzenia. Autor omawia w dalszym ciągu sposób leczenia kiły w zależności od konstytucji zakażonego i

podaje kilka zestawień, z których wynika, że wczesne, energiczne, leczenie kiły nie zwiększa częstości pojawiania się późnych i poważnych schorzeń kiłowych (tabes, aortitis, paral. progr.) przeciwnie należy podnieść częstość powyższych powikłań u kiłowych, niedostatecznie leczonych.

Leczenie kiły wrodzonej. (Traitement de l'hérédosyphilis). H. Gougerot.
(Arch. Dermato-Syph. 1931. Tom III. Fasc. I).

Najlepszym sposobem zapobiegania kile wrodzonej jest leczenie kiły rodziców. Leczenie to jest konieczne w przypadku istnienia objawów klinicznych kiły lub dodatnich odczynów serologicznych u jednego choćby z rodziców. Niewyleczenie ojca zmusza zawsze do leczenia matki, chociażby ta wydawała się zdrowa. Trudniejsze zagadnienie do rozstrzygnięcia istnieje wtedy, gdy ojciec kiłowy wydaje się być wyleczony, a matka nigdy nie miała ani klinicznych, ani serologicznych objawów kiły. Takie matki niejednokrotnie rodzą przedwcześnie zmacerowane płody. Niektórzy lekarze leczą zawsze i te tak zwane zdrowe matki.

Autor polecał leczyć specyficznie nawet w przypadkach ujemnego odczynu Bordet-Wassermanna:

a) kiłowych „wyleczonych", u których odczyn B. W. jest ujemny mniej jak 4 lata bez przerwy, b) matki z kiłą wrodzoną, z objawami dystroficznemi, c) kobiety, które uprzednio roniły lub rodziły płody martwe lub dzieci z dystroficznemi objawami kiłowemi.

Leczyć powinno się od najwcześniejszych okresów ciąży, gdyż takie tylko postępowanie zwiększa szanse urodzenia zdrowego donoszonego dziecka. Leczenie ciężarnych wyłącznie rtęcią bardzo często zawodzi (według *Sauvage'a* ciężarne leczone wyłącznie rtęcią rodziły 14,72% dzieci kiłowych i 19% płodów zmacerowanych).

Na drugiem miejscu stawia autor leczenie wyłącznie bizmutowe (Sollmuth, Bivatol, Cardyl), które przeprowadza się jedynie w przypadkach nieznoszenia arsenobenzoli. Dobrą stroną tych leków jest ich względnie mała toksyczność. Najdzielniejszym lekiem jest arseno benzol, który autor stosuje chętniej domięśniowo. Ten sposób jest bardziej bolesny lecz bezpieczniejszy. Znane są przypadki wywołania poronienia przy stosowaniu dożylnem neoarsenobenzolu.

Leczenie niemowląt kiłowych zależy od postaci klinicznej schorzenia. Ciężkie postaci kiły wrodzonej jak pneumonia caseosa, hepatitis i t. d. wymagają energicznego leczenia arsenobenzolem (wstrzykiwania domięśniowe w ilości 0.006-0.015 na kilogr. wagi). Postaci lżejsze można leczyć mniejszemi dawkami neoars. (0.003). Autor poleca następujący schemat leczenia niemowląt kiłowych z objawami.

I i II kuracja arsenobenz., III kur. bismutowa lub rtęciowa, IV kur. rtęciowa, V kur. arsenob. i t. d. naprzemian leczenie As. Bi. i Hg. zależnie od rozwoju dziecka i od ustępowania objawów. Zamiast wstrzykiwań arsenobenzolu można z dobrym wynikiem podawać doustnie treparsol lub stovarsol.

Podstawowym lekiem utajonych postaci kiły wrodzonej jest rtęć, którą najlepiej stosować, wstrzykując domięśniowo, można także w postaci wcierek (0.5 — 2 gr. 30% maści kalomel lub Hg ciner.). Leczenie rtęcią należy łączyć z wstrzykiwaniami arsenobenzolu (co 5 — 7 dni). Czas trwania 1 kuracji wynosi do 8 tyg.

Wielu autorów poleca łączyć leczenie specyficzne z podawaniem preparatów gruczołowych, gdyż te preparaty wzmacniają działanie właściwych leków przeciwkiłowych. Ogółem leczenie kiły wrodzonej jest podobne do leczenia kiły nabytej, powinno trwać najmniej 5 lat od czasu zniknięcia objawów czynnej kiły.

Zofja Jastrzębska.

BIBLJOGRAFJA.

Pratique médicale illustrée. G. Doin. Paris. *)

E. Lesné, A. Boutelier. La Syphilis héréditaire.

53 str. Cena 14 fr. fr.

Zasłużone wydawnictwo *G. Doin'a* pod tytułem ogólnym *„La pratique médicale illustrée"* wzbogaciło się znowu o kilka zeszytów, jak zwykle poświęconych aktualnym zagadnieniom medycyny. Pierwszy z tych tu omawianych zeszytów dotyczy tematu niezmiernie doniosłego w życiu, we Francji słusznie oddawna docenianego, u nas jednakże może nieco mniej popularnego, mianowicie kiły wrodzonej utajonej. Właśnie wśród tych mniej ogólnie znanych postaci najwięcej zdarza się błędów rozpoznawczych i dlatego krótkie, a niezmiernie przejrzyste, ujęcie przedmiotu tego w powyższym zeszycie zasługuje na uwagę ogółu lekarzy, a w pierwszym rzędzie pedjatrów.

E. Donzelot. L'Infarctus du myocarde.

24 str. Cena 8 fr. fr.

Króciutka monografja zajmująca się od dość niedawna szerzej znaną sprawą zawału mięśnia sercowego. Pomimo swej zwięzłości znajdziemy w tej monografji nie tylko jasne przedstawienie etjologji, anatomji patologicznej, obrazu klinicznego i leczenia, lecz jeszcze ponadto rozdział poświęcony zmianom w elektrokardjogrammie oraz dość obfite piśmiennictwo przedmiotu.

*) Patrz też streszczenie monografji Hudelo z tego samego zbioru w dziale streszczeń.

Merklen i E. Aron. Les cardio-renaux.

42 str. Cena 15 fr. fr.

I w tym zeszycie wybitni specjaliści w sposób zwięzły oświetlają, może jedno z najciekawszych zagadnień, jakie napotykamy i w klinice i w życiu codziennem. Zespół sercowo nerkowy, tak częsty, a tak groźny w swym zejściu niewątpliwie już dawno zasługiwał na dokładniejsze omówienie, tembardziej, że właśnie w ostatnich czasach poglądy w wielu punktach uległy zmianie. Czynią to z precyzją autorzy wyodrębniając przedewszystkiem pojęcie zespołu sercowonerkowego, wskazując na rozmaitą w rozmaitych przypadkach zależność zmian sercowych i nerkowych i vice versa. Wreszcie w osobnym rozdziale zastanawiają się autorzy nad doniosłą kwestją rokowania u tych chorych.

E. Sergent. L'auscultation.

55 stron. Cena 16 fr. fr.

Nietylko student lub lekarz początkujący, ale i wytrawny internista przeczyta powyższe dziełko jednego z największych współczesnych klinicystów francuskich z dużą przyjemnością i niemniejszą korzyścią, jest to bowiem jedno z tych dzieł, którymi słusznie szczycą się Francuzi. Jasność rozumowania i wykładu, śliczny styl, umiejętność należytego uwypuklenia rzeczy ważniejszych, ekonomja słów — wszystko składa się na całość, mogącą służyć wzorem dla innych autorów.

G. Caussade, A. Tardieu. Rhumatisme articulaire aigu.

48 stron. Cena 15 fr. fr.

Autorzy zajmują się sprawami płucnymi i opłucnowymi wynikłymi w przebiegu ostrego gośćca. Są to przeważnie sprawy wywołane przez właściwy czynnik gośćcowy, jednak poświęcają autorzy kilka słów i stosunkowi gruźlicy do gośćca. Najciekawszą i najważniejszą bodaj częścią dla lekarza praktycznego będzie rozdział traktujący o leczeniu, a właściwie o umiejętnie przeprowadzonej kuracji salicylowej. Sposób, postacie podawania salicylu, jakoteż występujące powikłania są tak szczegółowo uwzględnione, że ta część dziełka stanowi istną skarbnicę dla każdego zamierzającego stosować salicyl w dawkach dużych. Rozdział poświęcony przypadkom opornym na działanie salicylowej terapji zakańcza to ze wszechmiar godne polecenia dziełko.

P. Ribierre, E. Pichon. Manuel de pathologie rénale.

G. Doin. Paris 1931. 710 stron. Cena 90 fr. fr.

Podręcznik Ribierre'a wydany po jego śmierci przez ucznia i współpracownika *E. Pichon'a* należy do najlepszych w tej dziedzinie, szczególnie zasługuje na zaznaczenie zupełnie nowoczesny i jednolity podział spraw chorobowych. Dzieło nie nadaje się do krótkiego omówienia — wymagałoby dłuższego referatu, wystarczy, jeżeli powiemy, że poznanie bliżej patologji nerek w sposób najkrótszy i najprzyjemniejszy umożliwia podręcznik *Ribierre'a*, pozbawiony jest on bowiem wszelkiego niepotrzebnego balastu. Jedyny zarzut, który można uczynić — to dość mierne i nieliczne rysunki.

Robert Worms. Les accidents nerveux consécutifs aux pértes de sang.

G. Doin. Paris. 1931. 208 stron. Cena 32 fr. fr.

Monografja bardzo cenna, zwłaszcza dla neurologów oraz tych specjalności, w których duże utraty krwi są zdarzeniem częstem, jak np. w akuszerji, chirurgji i t. d. W dziele tem znajdujemy nie tylko bardzo drobiazgowo opracowaną część kliniczną, ale ponadto i część doświadczalną, albowiem autor usiłował wywoływać drogą upustów krwi u zwierząt objawy spostrzegane u ludzi. Wynikiem tych doświadczeń było stwierdzenie, że objawy powyższe dają się odtworzyć, jeżeli do utraty krwi dołączymy jeszcze miejscowe uszkodzenie układu nerwowego, stąd wniosek, że i w klinice objawy nerwowe (o bardzo różnorodnem, nawiasem mówiąc, obliczu) występują u osobników z mniej wartościowym układem nerwowym. Utrata krwi jest więc raczej czynnikiem wywołującym, aniżeli właściwą przyczyną tych objawów. Bardzo dokładne zestawienie piśmiennictwa podnosi jeszcze bardziej i tak nieprzeciętną wartość omawianego dzieła.

Daniel Critzman. La goutte.

G. Doin. Paris. 1931. 240 stron. Cena 25 fr. fr.

Bardzo cenna książeczka dla lekarza praktyka, gdyż unikając zbędnej rozwlekłości w sposób jasny i treściwy przedstawia obecne zapatrywania na istotę choroby,

z zaakcentowaniem osobistego poglądu autora o dużej roli nerek w tej sprawie; omawia obraz kliniczny, powikłania i wreszcie leczenie, zupełnie słusznie główny nacisk czyniąc na leczenie dietetyczne, które zostało bardzo szczegółowo uwzględnione.

M. Nathan. Les malades dits imaginaires. *G. Doin. Paris. 1931. 134 strony. Cena 14 fr. fr.*

Dziełko to powinno znaleźć się w rękach każdego lekarza, któż bowiem nie styka się z tak zwanemi urojonemi chorobami, mniejsza, czy będziemy je traktować jako histerję, czy też bagatelizować w inny sposób. Autor przedstawia nam najsamprzód liczne przykłady chorób tylko wskutek błędu rozpoznawczego zaliczanych do powyższej kategorji, a więc chorób o trudno uchwytnej, lecz temniemniej istniejącej przyczynie organicznej. Nie są to więc choroby urojone. W następnych rozdziałach przy pomocy bardzo dokładnych i wszechstronnych badań, w tym rzędzie i psychoanalitycznych, wykazuje autor, że i inne, t. zw. urojone schorzenia posiadają jednak cechy istotnych spraw chorobowych: rozmaite fobje, różne postacie hypochondrji i t. p. znajdują tu swe omówienie. Kończąc swe dziełko wskazówkami leczniczemi, wysnuwa autor słuszny wniosek, że właściwe „urojone" schorzenia nie istnieją, wszędzie uda się przy pewnej dokładności i cierpliwości wykryć zmiany patologiczne i, co więcej, odpowiednio na nie zadziałać, tem samem powodując wyleczenie.

Pierre Pruvost. Appareil respiratoire. *G. Doin. Paris. 1931. 611 stron. Cena 55 fr. fr.*

Jak i inne wydania z cyklu *„Les consultations journalières"*, dziełko to, przeznaczone w pierwszym rzędzie dla lekarza praktyka, odznacza się zwięzłością i przewagą strony leczniczej, bardzo szczegółowo omówionej. Przedstawione zostały wszelkie postacie schorzeń narządów oddechowych z wyjątkiem gruźlicy, potraktowanej bardzo pobieżnie, ponieważ inna książeczka tego samego zbiorku znowuż tylko sprawy gruźlicze omawia. Dziełko referowane jest szczególnie cenne dla początkującego, lecz i starszy lekarz znajdzie w niem rzeczy ciekawe, zwłaszcza z zakresu nowych metod leczenia.

KRONIKA.

W dn. 5 do 7 października 1931 r. odbędzie się VII Kongres Pedjatrów Francuskich w Strasburgu.

Program naukowy obejmuje następujące tematy 1) gorączka pokarmowa, 2) diagnostyka i leczenie nowotworów mózgowych u dzieci, 3) postacie poronne i nietypowe awitaminozy wczesnego dzieciństwa.

Program społeczny obejmuje zagadnienie organizacji ochrony macierzyńskiej i dziecięcej we Francji.

Sekretarzem Kongresu 18, rue des Veaux, Strasburg jest dr. W o r i n g e r.

Kurs dokształcający zespołów sercowych (niedomoga serca, dusznica bolesna, bóle okolicy serca, zapaści) pod kierownictwem Lian'a i przy współpracy wybitnych specjalistów odbędzie się w Paryżu w szpitalu Tenon (4 rue de la Chine) w czasie od 9 do 19 listopada. Kurs składa się z wykładów ,pokazów klinicznych, pokazów metod badania, preparatów etc. Wpis wynosi 250 fr. fr.

Redaktor odpowiedzialny: *Doc. Dr. A. Wojciechowski*
Wydawca: Spółka Wydawnicza „Wiedza Lekarska".
Adres redakcji i administracji Warszawa, Kaliska 9. Tel. 724-39.
Prenumerata z przesyłką rocznie zł. 8, kwartalnie zł. 2. Konto **P. K. O. 15.785.**

Ogłoszenia:

	1/1 str.	½ str.	¼ str.
zewnętrzna strona okładki	zł. 450.—	250.—	135.—
bezpośrednio przed tekstem	„ 350.—	200.—	120.—
2-ga i 3-cia strona okładki	„ 350.—	200.—	120.—
pozostałe	„ 300.—	170.—	95.—

ZAKŁ. GRAF. PRAC. DRUK., WARSZAWA, NOWY-ŚWIAT 54, TEL.: 615-56 I 242-40.

ROK V WARSZAWA 1931 LISTOPAD ZESZYT XI

WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY PRZEGLĄDOWI FRANCUSKIEGO PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO I POTRZEBOM LEKARZA PRAKTYKA

REVUE MENSUELLE CONSACRÉE À LA LITTERATURE MEDICALE FRANÇAISE ET AUX BESOINS DU PRATICIEN

pod redakcją Doc. Dr. Wojciechowskiego

PRACE ORYGINALNE

Istota i leczenie otyłości

DR. JAKÓB WĘGIERKO.

I. Wstęp. Najprostsza definicja otyłości brzmi: nadmierna waga, spowodowana nagromadzeniem się w ustroju tłuszczu. Chociaż, zdawałoby się, że podobne określenie daje jasne i wyczerpujące pojęcie o istocie otyłości, to jednak, zastanawiając się nad takiem ujęciem kwestji, dochodzimy do wniosku, że jest ono nie ścisłe. Już samo pojęcie nadmiernej i normalnej wagi wzbudza wiele zastrzeżeń i wymaga omówienia. Nie myślę w tej chwili o wybitnej otyłości, lecz o przypadkach spornych. Kwestja ta posiada duże znaczenie, szczególnie dziś, kiedy masowe „odtłuszczanie", przeważnie kobiet, stało się modne, a pojęcie o otyłości uległo kardynalnej zmianie.

Mówiąc ogólnie, trudno jest ustalić wagę normalną zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn. Aczkolwiek wybitne jej wahania zależne są przedewszystkiem od wzrostu i wieku, to spostrzega się jednak często osoby tej samej płci, tego samego wzrostu i jednakowego wieku o wadze wielce różnorodnej, a w żadnym z tych przypadków nie jesteśmy uprawnieni do stwierdzenia wagi anormalnej. W podobnych przypadkach wchodzić będzie w grę przedewszystkiem rozwój kośćca i mięśni, od których to uzależnia się, jak wiadomo, waga ciała nie mniej, niż od rozwoju tkanki tłuszczowej.

Dla ustalenia wagi należnej posługują się specjalnemi tablicami, sporządzonemi na zasadzie przeprowadzonych licznych badań. W tablicach tych podana jest waga, jaką mieć winna dana osoba z uwzględnieniem jej płci, wieku i wzrostu. Podobne tablice podali różni autorzy, jak *Hassing, Quetelet* i inni (cytowane według *Vierodt'a* [1]).

Oblicza się również wagę należną według pewnych formułek. *Bernhardt* [2]) naprzykład uwzględnia nie tylko długość ciała, ale także i objętość klatki piersiowej,

a opierając się na danych powyższych, proponuje dla określania wagi należnej formułkę następującą.

P (waga ciała) = H (długość ciała) × × C (średnia objęt. kl. piersiowej)

Öder [3]) sądzi, że liczby, otrzymywane tą drogą, są zbyt małe i radzi posługiwać się inną formułką, która dla mężczyzn brzmi.

G = (Pl — 100) kilogr. (bez ubrania)

G — waga ciała,

Pl — proporcjonalna długość ciała (t. j. podwójna odległość od ciemienia do środka spojenia łonowego.

Dla kobiet zaś *Öder* podaje formułkę nieco bardziej złożoną, a mianowicie.

$$G = \frac{(Pl - 100) + \frac{Pl + C}{240}}{2}$$

C — średnia arytmetyczna z objętości klatki piersiowej przy najgłębszym wdechu i wydechu.

Zachodzi pytanie, jak daleko mogą odbiegać liczby, oznaczające wagę danej osoby od liczb, uzyskanych bądź to drogą tablic, bądź to przy pomocy formułek, aby, opierając się na nich, zakwalifikować przypadek, jako otyły lub nadmiernie szczupły. v. *Noorden* uważa stan odżywienia jeszcze za prawidłowy, kiedy rzeczywista waga ciała przekracza liczbę, podaną w tablicach *Quetelet'a* o 10 — 15%, za otyłość względną (postać przejściową) wówczas, gdy o 10 — 30%, za otyłość średnią o 30 — 50%, gdy zaś przekracza jeszcze więcej, za otyłość wybitną. *Öder* zaś sądzi, że waga ciała, przewyższająca wagę należną już o 7,6% jest wagą nadmierną i kwalifikuje podobne osoby, jako otyłe.

Jednakże, opierając się jedynie na danych cyfrowych, nie zawsze dochodzi się do wyników prawidłowych, dla tego też *Öder* wskazuje na pewne dane przedmiotowe, przemawiające za otyłością ,a mianowicie:

1) rozstępy skórne (striae) na łopatkach, piersiach, brzuchu i biodrach oraz na stronie zewnętrznej goleni i ramion. Podobne rozstępy skórne dotyczą przeważnie kobiet;

2) fałdy z tkanki tłuszczowej, występujące na podbródku, szyi, kadłubie lub kończynach;

3) dołki, występujące na ciele.

Prócz tego proponuje *Öder* mierzenie tkanki podskórnej. W tym celu unosi 2-ma palcami ku górze fałd, utworzony ze skóry i tkanki podskórnej w okolicy pępka, i mierzy jego szerokość cyrklem. Normalnie, utworzony w ten sposób fałd, nie powinien w średniem wynosić po nad 2.75 cm.; liczby, przekraczające podaną o 2 — 3 cm. przemawiają za otyłością.

Z dopiero co przytoczonego wynika, że w wielu przypadkach nie łatwo orzec, czy mamy do czynienia z otyłością rzeczywistą, czy też pozorną. Jest to kwestja bardzo ważna dla powzięcia decyzji, czy należy prowadzić kurację odtłuszczającą, tem bardziej, że, jak już wspominałem, wymagania mody zmuszają często kobiety do prowadzenia kuracji odtłuszczającej dla celów kosmetycznych, chociaż z punktu widzenia lekarskiego, jest owa kuracja zupełnie zbyteczna, a nawet szkodliwa. Aczkolwiek o wskazaniach do prowadzenia kuracji odtłuszczającej mowa będzie w rozdziale odnośnym, to jednak już na wstępie podkreślić muszę, że nigdy nie należy odtłuszczać dla celów wyłącznie kosmetycznych. Jedynie tylko wszelkie dolegliwości, oraz rozmaite nieprawidłowości w czynności ustroju, wynikające z tuszy nadmiernej, winny być przyjmowane pod uwagę i z nimi wyłącznie lekarz liczyć się musi, przystępując do leczenia.

II. Ogólne pojęcie o przemianie materji oraz jej ruchu w związku z czynnością układu dokrewno - wegetatywnego, ze szczególnem uwzględnieniem patologicznej przemiany i ruchu tłuszczów.

Przemiana materji znajduje się w ścisłej zależności nietylko od gruczołów dokrewnych i układu nerwowego ośrodkowego, ale także w nie mniejszym stopniu i od układu wegetatywnego. Pomiędzy temi układami istnieje jednak tak ścisła łączność, że dziś nie jesteśmy jeszcze w stanie dokładnie rozgraniczyć ich czynności i musimy dojść do wniosku, że mamy do czynienia z jednym złożonym układem dokrewno-nerwowym, który kieruje fizjologiczną i patologiczną przemianą materji.

Za uzależnieniem przemiany materji od układu nerwowego przemawia istnienie szeregu ważnych ośrodków w mózgu i rdzeniu przedłużonym, ośrodków, które niezaprzeczenie regulują zarówno procesy spalania, jak i przemianę węglowodanową,

białkową, tłuszczową, wodną i mineralną. Nie mówiąc już o klasycznym ośrodku *Cl. Bernarda*, przez nakłucie którego powstaje przecukrzenie krwi i cukromocz, wskazać należy i inne nie mniej ważne ośrodki usadowione w śródmózgowiu. Znany nam jest przecież ośrodek solny, przez podrażnienie którego wywołać możemy nadmierne wydzielanie soli nieorganicznych z moczem, również to samo możemy powiedzieć o ośrodku wodnym. Wiadomo także, że w podwzgórzu (hypothalamus) i guzku szarym istnieją znowu ośrodki regulujące przemianę tłuszczową. Niezaprzeczenie i przemiana białkowa znajduje się pod kontrolą odpowiedniego ośrodka, aczkolwiek go jeszcze nie znamy.

Z tych właśnie ośrodków, a raczej komórek nerwowych w tem miejscu usadowionych, mają odchodzić włókna wegetatywne, przy pomocy których przenoszą się bodźce od środka ku oddalonym narządom.

Mówiąc o nieprawidłowej przemianie materji nie mam na myśli jedynie kwestji nieprawidłowego chemizmu, lecz chcę także uwzględnić kwestję nieprawidłowego przemieszczania się materji w ustroju. Słuszne bowiem jest twierdzenie *Krausa* [4]), że wszelkie wady w prawidłowym mechanizmie przemiany materji stanowczo nie zależą jedynie od nieprawidłowego chemizmu, czyli mówiąc inaczej od wypadnięcia jakiegoś ogniwa z łańcucha prawidłowych przemian chemicznych, lecz także od nieprawidłowego ruchu materji. Nie tylko więc zaburzenia w pośredniej przemianie materji oraz zaburzenia w utlenianiu, asymilacji i desymilacji prowadzą do chorób przemiany materji, gdyż w równej mierze posiada w tym względzie znaczenie stopień przepuszczalności błon ustrojowych i otoczek komórkowych. Zależnie więc od przepuszczalności powyższych błon reguluje się ruch materji.

Nietrudno przytoczyć szereg przykładów, świadczących o nieprawidłowym ruchu i rozmieszczaniu materji w rozmaitych stanach patologicznych. W cukrzycy naprzykład występuje nadmierne uruchomianie cukru, tworzącego się z glikogenu wątrobowego, w chorobach nerek mamy do czynienia z przepuszczalnością białka, w moczówce prostej z nadmiernym przepływaniem wody przez ustrój. W rozmaitych postaciach otyłości występuje na plan pierwszy osłabiony ruch materji, wskutek czego nagromadza się tłuszcz w tkance podskórnej i narządach. Należy podkreślić, że w patologji przemiany tłuszczowej udział układu nerwowego wogóle, a wegetatywnego w szczególności jest bardzo duży. Takie stany chorobowe, jak połowiczne otłuszczenie lub „hemiatrophia facialis", w której występuje także zanik mięśni, świadczą o tem niezaprzeczenie. Wspomnę również, że przez przecięcie nerwu kulszowego *Mausfeld i Müller* [5]) zdołali wywołać u psów wzmożone odkładanie się tłuszczu w odnośnej kończynie. Uczyniono również spostrzeżenie, że przez zniszczenie odpowiednich ośrodków u podstawy śródmózgowia, bez uszkodzenia przysadki, można wywołać u zwierząt otłuszczenie. *Aschner* i *Leschke* [6]) oraz inni sądzą, że w tem miejscu znajdują się ośrodki, wywierające wpływ, przy pomocy włókien wegetatywnych, na gruczoły dokrewne (tarczyca, jajniki, przysadka mózgowa). Za istnieniem uzależnienia między przemianą tłuszczową a układem nerwowym przemawia zespół objawów chorobowych, opisany przez *Dercuma*. W chorobie tej, jak wiadomo, spostrzegamy miejscowy rozrost tkanki tłuszczowej, któremu towarzyszy ból oraz szereg innych objawów ze strony ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego.

Aby lepiej zrozumieć udział układu wegetatywnego w powstawaniu otyłości należy wyjaśnić, czy we wszystkich postaciach otyłości mamy do czynienia z osłabionymi procesami spalania. Wiemy bowiem, że przeważnie wzmożone napięcie układu współczulnego prowadzi do wzmożonej, napięcie zaś układu przywspółczulnego (parasympatycznego) do osłabionej przemiany materji. Liczne doświadczenia, prowadzone w tym kierunku w rozmaitych postaciach otyłości wykazały, że najprawdopodobniej w postaci przysadkowej nie mamy do czynienia z obniżoną przemianą materji, jak to się zdarza w postaci tarczycowej. Dowodem tego mogą służyć spostrzeżenia *Grafego* [7]), który zdołał wybrać, śród wielu chorych na otyłość, zaledwie 9 przypadków, wykazujących wyraźnie obniżenie podstawowej przemiany materji. Wobec tego należy sądzić, że większość przypadków otyłości, obserwowanych przez *Grafego*, nie była pochodzenia tarczycowego.

Aby wykazać, w jak dużym stopniu zależne jest przemieszczanie tłuszczu w ustroju od układu dokrewno-wegetatywnego, a więc przedewszystkiem od gruczołów dokrewnych, rozpatrzmy szczegółowiej rodzaje otyłości, występujące wskutek wadliwej czynności *przysadki mózgowej, gruczołów płciowych i tarczycy.*

W roku 1901 *A. Fröhlich* [8]) opisał zespół objawów klinicznych, charakteryzujący się otyłością, zanikaniem (dystrophia) narządów płciowych oraz szeregiem objawów, przemawiających za guzem przysadki mózgowej. Zespół ten został nazwany przez *Bartelsa Dystrophia adiposo - genitalis.* We Francji ten sam obraz chorobowy znany jest, dzięki badaniom *Launois'a* i *Cléret'a* [9]), pod nazwą *Syndrom hypophysaire adiposo-génital.*

Nagromadzenie tłuszczu w cierpieniu tem odbywa się z początku przeważnie na piersiach i brzuchu, rychło jednak prowadzi do otyłości ogólnej. Dzięki specjalnemu rozmieszczaniu się tłuszczu osobniki męskie przybierają wygląd kobiecy. Skóra, włosy i paznogcie degenerują: skóra staje się sucha, włosy wypadają, paznogcie tracą właściwy im blask, łamią się i słabo rosną. Ciepłota ciała jest niska. U mężczyzn narządy płciowe wybitnie się zmniejszają, erekcje bywają słabe i rzadkie, pociąg płciowy zupełnie wygasa. Kobiety stają się bezpłodne, perjody występują nie regularnie lub znikają zupełnie. Jeżeli cierpienie to pojawia się w wieku niedojrzałym, spostrzega się zahamowanie w rozwoju kośćca.

Podobne objawy występują również u zwierząt, którym celowo usuwano częściowo przedni płat przysadki mózgowej. Stwierdzono również u zwierząt, po usunięciu częściowem przysadki mózgowej, zanikanie nietylko gruczołów płciowych, ale także tarczycy, grasicy i nadnerczy. Inne objawy (cukromocz, wielomocz i t. d.), spostrzegane u zwierząt po częściowem usuwaniu przedniego płatu przysadki mózgowej, należy odnieść, za czem przemawiają liczne doświadczenia, do przypadkowego uszkodzenia środkowego płatu przysadki mózgowej, podczas usuwania płatu przedniego.

A zatem zostało niezbicie stwierdzone zarówno drogą klinicznej obserwacji, jak i drogą doświadczalną, że zmniejszenie czynności przedniego płatu przysadki mózgowej, pociąga za sobą również osłabienie czynności gruczołów dokrewnych (gruczoły płciowe, tarczyca, nadnercza, grasica) oraz prowadzi do zespołu klinicznego zwanego *Distrophia adiposo-genitalis.*

Osłabiona lub zniesiona czynność gruczołów płciowych, wywiera również wpływ na rozwój tkanki tłuszczowej w ustroju. Wiadomo, że w celu tuczenia usuwa się jądra u kogutów, tworząc z nich kapłonów, to samo czyni się, celem tuczenia wieprzów i byków. U ludzi obserwowano również wpływ kastracji na rozrost tkanki tłuszczowej, mianowicie u eunuchów i skopców (sekta religijna). Nagromadzenie tłuszczu bywa większe wówczas, gdy kastracja została wykonana w okresie przed dojrzewaniem płciowem. U kobiet stwierdzono również, w większości przypadków, po usunięciu jajników, zwiększone odkładanie się tłuszczu.

Löwy i *Richter* [10]) badali przemianę gazową u psów i suk przed i po kastracji i stwierdzali u nich, przez czas dłuższy po dokonanym zabiegu, zmniejszoną przemianę materji o 14 — 20%. Badania takie same wykonywali i inni autorzy, lecz nie wszystkim udawało się, podobnie jak *Löwemu* i *Richterowi,* stwierdzić obniżenie przemiany gazowej. *(Pächter* [11]), *Lüthie* [12]), *Zuntz* [13]). Z doświadczeń tych wynika zatem, że nie zawsze kastracja prowadzi do obniżania przemiany materji i nagromadzania tłuszczu.

W patologji ludzkiej odróżniamy dwa rodzaje t. zw. *dysgenitalizmu.* Są to przypadki wrodzonej niedostatecznej czynności gruczołów płciowych. Jeden rodzaj dysgenitalizmu, czyli „eunuchoidizmu" prowadzi do otyłości, drugi natomiast do nadmiernego wzrostu czyli „gigantyzmu". W obu tych rodzajach stwierdza się u mężczyzn brak uwłosienia na twarzy, w okolicy zaś narządów płciowych uwłosienie typu kobiecego, oraz wysoki (cienki) głos.

Widzimy więc, że eunuchoidizm posiada wiele wspólnych cech ze stanem zwanym dystrophia adiposo-genitalis. To też *Tandler* i *Gross* wyrazili przypuszczenie, że otyłość przy dystrophia adiposo-genitalis występuje nie z powodu niedostatecznej czynności przysadki mózgowej, lecz z powodu niedomogi gruczołów płciowych, która powstaje wtórnie przy niedomodze przedniego płatu przysadki mózgowej. Przypuszczenie podobne nie wydaje się jednak słusznem, bowiem w cierpieniu zwanem dystrophia adiposo-genitalis zanik gruczołów płciowych stwierdza się dopiero w okresie późniejszym, kiedy już rozwinęła się otyłość. W każdym bądź razie niewątpliwie istnieje zależność w czynności gruczołów płciowych i przysadki, zależność, jaka istnieje wogóle pomiędzy wszystkiemi gruczołami dokrewnemi. Jednakże dokładna analiza podobnych przypadków jest konieczna, gdyż należy wiedzieć w każdym poszczególnym przypadku z niedomogą jakiego głównie gruczołu dokrewnego mamy do czynienia. Od tego przecież zależy leczenie, polegające przedewszystkiem nie na stosowaniu djety, lecz na podawaniu wyciągu z odnośnego gruczołu, niedomogę którego stwierdzono.

Należy wspomnieć jeszcze o otyłości, występującej często u kobiet, rzadziej u mężczyzn w okresie przekwitania (climacterium). Otyłość ta u mężczyzn idzie w parze z impotencją i występuje najczęściej wówczas, kiedy okres przekwitania pojawia się przedwcześnie. W przypadkach podobnej otyłości, jak w każdej otyłości konstytucyjnej, przedewszystkiem wskazane jest leczenie gruczołowe.

Nadmienię jeszcze, że we wszystkich wspomnianych otyłościach natury konstytucyjnej (distrophia adiposo-genitalis, eunuchoidismus, adipositas climacterica) stwierdza się zazwyczaj niski poziom cukru we krwi, co może także służyć pomocą przy odróżnianiu otyłości zwykłej od konstytucyjnej.

Otyłość, występująca na tle niedostatecznej czynności gruczołu tarczowego, czyli „adipositas thyreogenetica", a zatem powikłana ze stanem myxedematycznym, nie występuje zbyt często. *Brugsch* [14]) obserwował zaledwie 4 podobne przypadki. W cierpieniu tem tkanka tłuszczowa usadawia się przeważnie na kończynach dolnych. W przypadkach podobnych stwierdza się słabe uwłosienie, zwolnienie tętna, niskie ciśnienie tętnicze, zmniejszenie ilości czerwonych krwinek i hemoglobiny i względną limfocytozę. Przemiana gazowa bywa tu zmniejszona oraz, podobnie jak w innych przypadkach otyłości konstytucyjnej, stwierdzamy niski poziom cukru we krwi i wzmożoną tolerancję węglowodanową.

Dotychczas omawialiśmy jedynie nieprawidłową dynamikę tłuszczu, prowadzącą do jego nagromadzenia w ustroju pod wpływem wadliwej czynności aparatu dokrewno - wegetatywnego. Obecnie przystąpimy do omawiania nieprawidłowego chemizmu, który jest również przyczyną otyłości. Zaznaczę, że trudno jest odosobnić wspomniane 2 czynności, prowadzące do otyłości, bowiem nieprawidłowy ruch materji może zależyć od nieprawidłowego jej chemizmu i odwrotnie. Nie można naprzykład twierdzić, że nagromadzenie tłuszczu przy dystrophia adiposo-genitalis powstaje jedynie dzięki osłabionemu uruchamianiu tłuszczu, bo nie wykluczone jest przecież, że w tem cierpieniu mamy także do czynienia ze wzmożonem przetwarzaniem się węglowodanów lub nawet białka w tłuszcz. Możemy jedynie twierdzić, że we wspomnianym stanie patologicznym na pierwszy plan występuje jakby zahamowane spalanie tłuszczu, a nie wzmożone jego wytwarzanie.

Tłuszcz tkankowy nie powstaje jedynie dzięki wprowadzaniu do ustroju tłuszczu pokarmowego, gdyż może on powstawać w organizmie nawet przy wyłącznem pożywieniu węglowodanowem lub białkowem. Wiadomo, że ustrój nie jest w stanie czynić dużych zapasów węglowodanowych. Zapas glikogenu w wątrobie i w mięśniach jest znikomy w porównaniu z ogromnymi zapasami tłuszczu, nagromadzonymi w tkance podskórnej i narządach wewnętrznych. Wprowadzone w nadmiarze węglowodany pokarmowe mogą się okazać chwilowo zbędne, jako materjał pędny, nie mogą również być zdeponowane w przepełnionych już glikogenem wątrobie i mięśniach. Pozostaje im zatem jedynie zamienić się w tłuszcz i powędrować przedewszystkiem do tkanki podskórnej. Jest to jedyny dogodny sposób, aby rezerwować wysoko-kaloryczny materjał pędny. Jest to jedyny najdogodniejszy sposób, aby gromadzić energję potencjalną, która każdej chwili zamienić się będzie mogła w kinetyczną.

Powstawanie tłuszczu z węglowodanów nie jest jeszcze dokładnie, pod względem fizjologiczno-chemicznym, poznane. Nieznane jest również miejsce, w którem wspomniany proces się odbywa. Jedni badacze wskazują na wątrobę, inni znowu

twierdzą, że i komórki łączno-tkankowe są zdolne przerabiać węglowodany w tłuszcz.

Nieznane są również drogi, jakiemi biegną reakcje chemiczne, aby drobinę węglowodanową — biedniejszą węglem, a bogatszą tlenem przeistoczyć w drobinę tłuszczową — bogatszą węglem, a biedniejszą tlenem. Jasnem jest, że musi tu zachodzić redukcja i synteza. Według *E. Fischera* [15]) trzy drobiny cukru gronowego łączyć się mają za pośrednictwem grupy aldehydowej i przez redukcję ma powstawać kwas stearynowy. Przy rozpadzie cukru gronowego powstawać ma dalej z kwasu mlecznego kwas pyrogronowy, a z niego przez odpadnięcie dwutlenku węgla aldehyd octowy, który przejść ma w kwas masłowy. W ten sposób z 256 g. cukru gronowego, przez odpadnięcie dwutlenku węgla, może powstawać 100 g. tłuszczu.

Kwestja powstawania tłuszczu z białka podlega także dyskusji. Istnieje przypuszczenie, że tłuszcz powstaje z kwasów aminowych, niema jednak w tym względzie żadnych dowodów.

Wiadomo, że pożywienie nasze składa się z mieszaniny, w skład której wchodzą białko, węglowodany i tłuszcze. Podczas gdy białko jest niezbędnym składnikiem pożywienia, służy bowiem do zamiany białka zużytego przez ustrój (do tworzenia białka ustrojowego — żywego) i odgrywa minimalną tylko rolę, jako materjał pędny, to tłuszcze i węglowodany są wyłącznie materjałem pędnym. Tłuszcze i węglowodany mogą zatem wzajemnie się zastępować. Węglowodany, jako materjał łatwo palny, ulega spalaniu przedewszystkiem i dlatego przy nadmiernem ich wprowadzaniu, chronią oni tłuszcze przed spalaniem. Następstwem więc nadmiernego wprowadzania węglowodanów będzie odkładanie się tłuszczów. Obfite pożywienie węglowodanowe, jak już wspominaliśmy, prowadzi do odkładania się tłuszczów i dlatego, że nadmiar węglowodanów zamienia się w tłuszcze i w tej postaci zostaje odłożony.

Nadmierne żywienie się tłuszczami z ograniczeniem węglowodanów prowadzi, najprawdopodobniej, do częściowego zamieniania się ich w węglowodany, reszta zaś zostaje zdeponowana.

Widzimy więc, że zarówno nadmierne wprowadzanie tłuszczów, jak i węglowodanów prowadzi do odkładania się tłuszczu.

Nagromadzanie się zatem tłuszczu nie zależy jedynie od pożywienia tłuszczowego, lecz stoi w ścisłym związku z ogólną ilością wprowadzonych ciepłostek, zarówno tłuszczowych, jak i węglowodanowych.

Pozostaje jeszcze odpowiedzieć na pytanie, jaki wpływ posiada na przemianę tłuszczową pożywienie białkowe. Rozwiązanie tego zagadnienia nastąpi w rozdziale następnym.

III. *Spalanie w ustroju normalnym i otyłym.*

Dzięki procesom spalania, polegającym na pobieraniu tlenu i wydalaniu dwutlenku węgla, powstaje w ustroju energja cieplna. Nawet w zupełnym spoczynku, na czczo wytwarza się w organizmie ciepło z powodu pracy serca, czynności narządów oddychania i trawienia, napięcia mięśni i t. d. Ta ilość ciepłostek (kalorji), która jest potrzebna do wykonywania wspomnianych, niezbędnych czynności ustroju, znajdującego się w zupełnym spoczynku stanowi t. z. spoczynkową, czyli podstawową przemianę materji, lub, jak nazywają inni, głodową przemianę materji. Rzecz jasna, że wszelka praca wzmaga spoczynkową przemianę materji, bowiem wzmaga się spalanie, a więc i wytwarzanie ciepła. Aczkolwiek wytwarzanie ciepła odbywa się bez przerwy, to jednak ciepłota ciała nie ulega, w warunkach normalnych, większym wahaniom. Dzieje się to dzięki mechanizmowi regulującemu, działającemu przy pomocy zjawisk chemicznych i fizycznych. Jeżeli ciepłota zewnętrzna (ciepłota środowiska) obniża się, to wówczas, dla podtrzymania stałej ciepłoty ciała musi się wzmóc wytwarzanie ciepła w ustroju, czyli muszą wzrosnąć procesy spalania. Ten więc sposób regulacji odbywa się drogą chemiczną. Jeżeli zaś w ustroju wytwarza się nadmiar ciepła (spalanie jest intensywne), to, w celu zwalniania nadmiaru ciepła, rozszerzają się naczynia skórne, więcej krwi przypływa do obwodu, i w ten sposób, przy pomocy promieniowania lub przewodnictwa (pocenie się), odbywa się regulacja ciepła drogą fizyczną.

Widzimy więc, że powierzchnia ciała w wydalaniu ciepła odgrywa wybitną rolę. To też jest zupełnie usprawiedliwione, że *Rubner* obliczał wydalanie ciepła w przeciągu 24 godzin na jednostkę powierzchni ciała.

Przy wyliczaniu powierzchni ciała posługujemy się zazwyczaj formułką *Mecha*.

$$S = k \sqrt[3]{w^2}$$

K — oznacza stałą, dotyczącą wagi i powierzchni i wynosi, według obliczeń *Rubnera*, dla człowieka 12,3. W — oznacza wagę ciała. Wobec tego formułka Mecha w zastosowaniu do ludzi brzmi

$$S = 12.3 \; X \sqrt[3]{w^2}$$

Według *Rubnera* przemiana materji jest wielkością wprost proporcjonalną do powierzchni ciała. Twierdzenie to dotyczy ludzi i zwierząt, będących w okresie głodzenia.

Jak wynika z obliczeń *Rubnera*, człowiek o wadze 64.3 kg. wydala w spokoju 32.1 ciepłostki na kg. jego wagi i 1042 ciepłostki na 1 m.² powierzchni.

Już wspominaliśmy, że podczas pracy przemiana materji wzrasta, spalanie się wzmaga, ustrój więcej pochłania tlenu, więcej wydala dwutlenku węgla. Obok pracy ma również wybitny wpływ na przemianę materji (spalanie) przyjmowanie pokarmów. *Rubner* wykazał na psach, trzymanych w pomieszczeniu o 33°C. (aby wykluczyć chemiczną regulację ciepła), że podawanie im mięsa o wartości ciepłostkowej, przekraczającej ich podstawową przemianę materji, wzmaga ją o 32,28%. Okazało się również, że nietylko mięso, ale wszelkie białko oraz jego produkty przemiany (kw. aminowe) wzmagają wyraźnie podstawową przemianę materji. W danym wypadku nie chodzi o pracę, wykonaną przy jedzeniu lub podczas trawienia, lecz o swoiste działanie białka, bowiem wzmożenie się tu podstawowej przemiany materji wynosi więcej, niż tego można się było spodziewać, sądząc z wykonanej pracy. Dlatego też owe działanie białka, wzmagające podstawową przemianę materji, nazwał *Rubner* działaniem swoisto dynamicznem.

Podobne doświadczenie, jak z mięsem, wykonano także z cukrem i stwierdzono wzmożenie podstawowej przemiany materji zaledwie o 5.7%. Przy podawaniu tłuszczu podstawowa przemiana materji wzrastała o 12,7%. Z powyższego wynika, że dla pokrycia potrzebnych ciepłostek w spoczynku, należy podawać pożywienie o wartości ciepłostkowej przekraczającej podstawową przemianę materji. Przekroczenie to będzie mniejsze lub większe w zależności od rodzaju podanego pożywienia.

Wobec tego, że białko wybitnie wzmaga podstawową przemianę materji, a zatem działa do pewnego stopnia, podobnie, jak wykonywana praca, odkładanie się tłuszczu, przy wyłącznem pożywieniu białkowem, jest trudne do pomyślenia. Białko więc nie jest ani dogodnym produktem odżywczym, ani też produktem tuczącym. W tym względzie różni się ono wielce od węglowodanów i tłuszczów, gdyż pokrywa tylko minimalnie zapotrzebowanie ciepłostkowe, i dlatego powinno być wprowadzane do ustroju w takiej ilości, jaka jest konieczna do zastąpienia zużytego białka ustrojowego. Węglowodany i tłuszcze pokrywają zaś prawie całkowicie zapotrzebowanie ciepłostkowe.

Już wspominaliśmy, że pożywienie obfite w węglowodany i tłuszcze, a więc przekraczające, pod względem ciepłostkowym, zapotrzebowanie ustroju, prowadzi do odkładania tłuszczu. Wspominaliśmy również, że praca fizyczna wzmaga spalanie, zwiększa przemianę materji. Jeżeli obecnie wyobrazimy sobie człowieka zdrowego, obficie odżywiającego się węglowodanami i tłuszczami i do tego nie wykonującego prawie żadnej pracy fizycznej, to zgóry musimy powiedzieć, że człowiek ten będzie przybierał na wadze. Przeciwnie zaś człowiek ciężko pracujący fizycznie, a odżywiający się małą ilością ciepłostek i to przeważnie białkowych, będzie niezawodnie tracił swoje zapasy tłuszczowe.

Przybieranie na wadze (tycie) wskutek obfitego pożywienia i skąpej pracy fizycznej nazwał v. *Noorden* otyłością exogeniczną, czyli otyłością, powstającą z przyczyn zewnętrznych. Ten rodzaj otyłości różni się wybitnie od otyłości endogenicznej, czyli powstającej z przyczyn wewnętrznych. O otyłości endogenicznej była mowa w rozdziale poprzednim, w którym rozpatrywano wpływ gruczołów dokrewnych na odkładanie tłuszczu w ustroju. Do otyłości endogenicznej, jak to stwierdziliśmy wyżej, zaliczamy t. z. dystrophia-adiposo-genitalis, eunuchoidismus, adipositas thyreogenetica i t. d. W tych postaciach otyłości ani djeta małociepłostkowa, ani stosowanie ruchu i pracy fizycznej nie zmniejsza wyraźnie wagi ciała, natomiast w otyłości pocho-

dzenia zewnętrznego zabiegi dopiero co wspomniane prowadzą rychło do wyraźnego odtłuszczenia. Badanie przemiany gazowej wykazuje również różnicę pomiędzy temi dwoma rodzajami otyłości. Podczas gdy w otyłości pochodzenia gruczołowego stwierdza się bardzo często zmniejszone spalanie (osłabioną przemianę materji), to w otyłości pochodzenia zewnętrznego przemiana gazowa jest zupełnie prawidłowa.

Aby lepiej uświadomić sobie, w jaki sposób dochodzi do zwiększenia wagi ciała przy odżywianiu, które przekracza zapotrzebowanie ciepłostkowe, wystarczy przytoczyć prosty przykład. Wyobraźmy człowieka wagi 70 kg., który pokrywa, jak wykazuje badanie jego przemiany gazowej w spokoju i na czczo, swoją podstawową przemianę materji 32-ma ciepłostkami na kg. wagi przez dobę. Przyjmowanie pokarmów i codzienna praca pochłania przez dobę na kg. wagi jeszcze od 9 do 14 ciepłostek, gdyż około 4-ch ciepłostek zużywa się na swoisto-dynamiczne działanie pokarmów (patrz wyżej), a 5—10 ciepłostek na pracę. Wobec tego wspomniany człowiek powinien otrzymywać pożywienie równe 46 ciepłostkom na kg. wagi przez dobę, czyli ogółem 3220 ciepłostek. Jeżeli zaś będzie on przyjmował pożywienie, pod względem ciepłostkowym, nieco tylko bogatsze (zaledwie o 3 ciepłostki na kg. wagi), to zwyżka jego ciepłostek, przy wadze ciała 70 kg., wyniesie przez dobę 210 ciepł. Taka zwyżka jest aż nadto dostateczna, aby po upływie kilku lat doprowadzić do otyłości. W przypadku więc powyższym mamy do czynienia z człowiekiem o prawidłowej przemianie materji (32 ciepł. na kg. przez dobę), który po pewnym czasie zwiększa swoją wagę dzięki jedynie nadmiernemu odżywianiu. Rzecz jasna, że osoba ta mogłaby łatwo wyrównać ową zwyżkę ciepłostkową, wynoszącą 210 ciepł. na dobę, wzmożoną pracą fizyczną.

W przypadkach otyłości gruczołowej, jak już wspominano, odżywianie nie odgrywa wybitniejszej roli, i nagromadzanie tłuszczu występuje tu jedynie dzięki zahamowanym procesom spalania. Istotnie badania przemiany gazowej wykazują u tych ludzi przeważnie o wiele mniejsze zużycie tlenu, a więc mniejsze zapotrzebowanie ciepłostek na kg. wagi przez dobę. Pamiętać jednak należy, że przy obliczaniu, w tych przypadkach, ilości ciepłostek, przypadających na kg. wagi należałoby dzielić ogólną ilość ciepłostek zużytych nie przez wagę ciała rzeczywistą, lecz po odjęciu od niej wagi tłuszczu. Tłuszcz bowiem, jako balast, jako substancja rezerwowa, a więc nie przyjmująca prawie udziału w oddychaniu, nie powinna być przyjmowana pod uwagę. Nieuwzględnianie powyższego postulatu może zaprowadzić na błędne tory, jak to wykazuje niżej podany przykład.

Człowiek otyły wagi 90 kg. zużywa przez dobę na czczo i w spoczynku 3600 ciepłostek, a więc 40 ciepłostek na kg. wagi. Inny człowiek szczupły tej samej płci, tego samego wieku i wzrostu waży 60 kg. i zużywa na dobę również 3600 ciepłostek, na kg. jego wagi przypada zatem 60 ciepłostek. Wynikałoby z tego, że ten tęgi posiada w porównaniu ze szczupłym zwolnioną przemianę spoczynkową. Jeżeli zaś przyjmiemy, że tłuszcz waży 30 kg. i wagę tę odejmiemy od wagi rzeczywistej, to okaże się, że obaj osobnicy ważą właściwie jednakowo, a zatem zużywają i jednakową ilość ciepłostek przez dobę na kg. wagi.

Ponieważ jednak wagi tłuszczu określić nie można w każdym poszczególnym przypadku, to przy obliczaniu ilości zużytych ciepłostek na kg. wagi u ludzi otyłych, posiłkujemy się nie wagą badanej osoby, lecz wagą osoby zdrowej o tuszy normalnej tej samej płci, tego samego wzrostu i wieku.

IV. Klinika otyłości. Mówiąc o obrazie klinicznym otyłości nie można uwzględniać każdego jej rodzaju oddzielnie. Przedewszystkiem uczynić tego nie jest się w stanie, gdyż, po za niektórymi typami otyłości (distrophia adiposo-genitalis, eunuchoidismus, adipositas thyreogenetica, otyłość z powodu nadmiernego jedzenia), stanowiącymi, do pewnego stopnia, pewną określoną chorobę, większość przypadków należy do postaci mięszanych i przejściowych. W wielu przypadkach nie można także orzec odrazu, z jakim rodzajem otyłości ma się do czynienia i, dopiero drogą klinicznej analizy, udaje się odpowiednio dany przypadek zakwalifikować. Zresztą prawie wszystkie rodzaje otyłości posiadają wiele wspólnych cech klinicznych, a różnią się jedynie momentem etjologicznym i patogenezą i dlatego, z punktu widzenia praktycznego, najdogodniej rozpatrywać je razem. Niektóre tylko dane kliniczne wybitnie jaskrawe i wyróżniające oddzielne postacie otyłości z pośród innych, muszą być specjalnie uwzględnione.

1) Przyczyny powstawania otyłości. W większości przypadków otyłość jest dziedziczna. Według obliczeń *Brugscha* otyłość występowała dziedzicznie w 40%, obserwowanych przez niego przypadków. Faktem jest, że dziedziczy się nie tylko otyłość pochodzenia gruczołowego, ale także i otyłość, występująca z powodu obfitego jedzenia i skąpego ruchu. W tym ostatnim rodzaju otyłości dziedziczy się nie samą tuszę, ale skłonności do dobrego apetytu i do powolnego, leniwego usposobienia. Odziedziczenie bowiem pewnego usposobienia i temperamentu może wpłynąć niezawodnie na tuszę. Otyłość występuje o wiele częściej u kobiet, niż u mężczyzn. Pewien wpływ na występowanie otyłości ma również rasa, wiadomo naprzykład, że ludzie wschodu i południa tyją łatwiej, niż północy i zachodu.

Co się dotyczy wpływu warunków życia na występowanie otyłości, to według obliczeń *Bouchard'a* na 103 obserwowane przez niego przypadki tylko w 40% chodziło o żarłoków, w 37% o ludzi bardzo mało ruchliwych, a zaledwie 23% stanowiła otyłość pochodzenia gruczołowego. Pewne zawody bardzo często mają wpływ na występowanie otyłości; stwierdza się naprzykład, że otyli po większej części bywają kucharze, rzeźnicy, piekarze, właściciele restauracyj oraz prawie wszyscy ci, którzy mają zawód, dający duże dochody, a wymagający małego ruchu i nie połączony jest z pracą fizyczną. Bardzo rzadko spotyka się otyłość w t. zw. proletarjacie, chyba, że będzie to otyłość pochodzenia gruczołowego.

Pewne choroby również mogą być przyczyną występowania otyłości. Wiadomo naprzykład, że gruźlicy, z powodu zalecania im obfitego odżywiania i małego ruchu, wreszcie zaczynają tyć. Dotyczy to także chorych na serce, którzy, ze względu na łatwe męczenie się, używają niewiele ruchu. Niektóre zaś choroby, z przyczyn nie wyjaśnionych, przebiegają zazwyczaj z otyłością, jak naprzykład pierwotne i wtórne niedokrwistości. Wreszcie istnieją choroby przemiany materji, które bardzo często łączą się z otyłością, ponieważ wspólną przyczyną ich występowania jest przekarmianie ustroju. Do tego rodzaju cierpień należy przedewszystkiem skaza moczanowa (artretyzm) i lekkie postacie cukrzycy. Reasumując wyżej powiedziane, dotyczące przyczyn powstawania otyłości, należy podkreślić, że większość przypadków otyłości powstaje jednakże na tle przekarmiania i specjalnego trybu życia, polegającym na małym ruchu i skąpej pracy fizycznej. Otyłość zaś pochodzenia gruczołowego spotyka się stosunkowo rzadko.

2) Obraz kliniczny otyłości z uwzględnieniem stanu poszczególnych narządów i układów. W klinicznym obrazie otyłości *Immermann* [16]) odróżnia głównie dwie kategorje: otyłość pletoryczną i anemiczną. Otyłość pletoryczną charakteryzuje przedewszystkiem czerwone zabarwienie skóry i śluzówek, napięte tętno, przepełniony krwią układ żylny, podnoszące uderzenie koniuszkowe oraz przesunięcie się jego w lewo i ku dołowi. Otyłość anemiczną cechuje natomiast, obok bladości powłók zewnętrznych, niskie ciśnienie tętnicze. Przedewszystkiem jednak oba te rodzaje otyłości różnią się rozwojem układu mięśniowego. Podczas gdy w otyłości pletorycznej mamy do czynienia z dobrze rozwiniętemi mięśniami, to w otyłości anemicznej spotykamy mięśnie wiotkie i słabe. Otyłość pletoryczna występuje zazwyczaj u mężczyzn o krzepkiej budowie, doskonałym apetycie, skłonnych do nadużywania alkoholu, czujących się zupełnie dobrze, o usposobieniu żywem i doskonałym humorze. Otyłość anemiczną spostrzegamy najczęściej u kobiet słabowitych, stale narzekających na swój los, mało ruchliwych, często cierpiących na rozmaite przypadłości, jak choroby narządów rodnych, kamicę żółciową, osłabienie mięśnia sercowego i t. p. Niewielki nawet wysiłek fizyczny u ludzi z otyłością anemiczną sprowadza już bicie serca, wywołuje wybitne pocenie się, brak tchu oraz zawroty głowy.

Aczkolwiek większość otyłych jeszcze w wieku stosunkowo młodym czuje się zupełnie dobrze, to z biegiem lat pojawiają się najrozmaitsze dolegliwości, które występują w następstwie zmian chorobowych poszczególnych narządów wśród których najważniejsze miejsce zajmuje układ krążenia. Występują także dolegliwości ze strony narządów oddychania, przewodu pokarmowego i aparatu moczo-płciowego.

a) Układ krążenia. Nie może ulegać

najmniejszej wątpliwości, że u otyłych mamy do czynienia z wybitnem obciążeniem układu krążenia. Balast tłuszczowy, sięgający niekiedy 50 kg. i wyżej, nie może być obojętny przy wykonywaniu nawet niewielkiego wysiłku fizycznego. Z drugiej strony „pancerz tłuszczu", okalający powierzchnię ciała, wpływa ujemnie na regulację ciepła i dlatego też ludzie ci bardzo często cierpią z powodu przegrzania organizmu, związanego z zastojem ciepła. Z tego też powodu rozwija się skłonność do potów, gdyż drogą przewodnictwa stara się uwolnić ciepło ustrojowe. Jednakże i ta droga okazuje się nie wystarczająca i z biegiem czasu rozwija się u tych ludzi sieć naczyniowa skóry, aby w ten sposób łatwiej się mogło uwalniać ciepło z ustroju. W następstwie wzmożonego zaś krążenia obwodowego serce ulega stopniowemu wyczerpaniu. Widzimy więc, że serce otyłych stale jest narażone na pracę wzmożoną. Z drugiej znów strony serce obrośnięte tkanką tłuszczową, umiejscowioną obficie w nasierdziu, nie jest w stanie funkcjonować prawidłowo. Należy dodać jeszcze, że i sam mięsień sercowy jest przerośnięty tłuszczem, który drąży w głąb pomiędzy jego włókna. Wszystkie wyżej wspomniane momenty utrudniają wybitnie pracę serca i rychło mogą doprowadzić do jego niewydolności, stwarzając znany zespół niewydolności krążenia.

Co się tyczy obrazu klinicznego niewydolności krążenia u otyłych, to przedewszystkiem odróżniamy tu chorych z ciśnieniem tętniczem wzmożonem i prawidłowem. Wypada zwrócić uwagę, że u otyłych otrzymujemy zazwyczaj cyfry, wyrażające ciśnienie tętnicze, większe, niż u ludzi z tuszą prawidłową. Dzieje się to z tego powodu, że, uciskając tętnice, uciskamy jednocześnie dużą warstwę tłuszczu. Dlatego też, przy mierzeniu ciśnienia u otyłych, od liczby otrzymanej należy odjąć co najmniej 10 — 20 mm, aby otrzymać liczbę, odpowiadającą ciśnieniu rzeczywistemu. Podwyższenie ciśnienia tętniczego u otyłych objaśnia się przedewszystkiem miażdżycą naczyniową, która rozwija się najczęściej w obrębie naczyń brzusznych (splanchnicus). Z powodu rozwijającej się miażdżycy i dużych oporów obwodowych, na jakie napotyka serce, mamy do czynienia częściej z niewydolnością lewej, niż prawej komory. Spostrzega się także dość często o otyłych miażdżycę naczyń wieńcowych serca z objawami dusznicy bolesnej (angina pectoris). Rzecz jasna, że osłabienie mięśnia sercowego, dające objawy niewydolności, prowadzi następowo do zmian w innych narządach, jak w płucach, nerkach i w przewodzie pokarmowym.

b) Narządy oddychania. Częste i uporczywe przewlekłe zapalenia oskrzeli występują nietylko z powodu zastoju żylnego, jaki ma miejsce przy niewydolności mięśnia sercowego u otyłych. Bezpośredni wpływ otyłości na narządy oddychania jest aż nadto widoczny. Przedewszystkiem więc stałe wysokie ustawienie przepony, nagromadzenie się tłuszczu na klatce piersiowej oraz w śródpiersiu wibitnie utrudnia oddech. Rychło rozwija się zatem rozedma płucna oraz skłonność do nieżytów dróg oddechowych. Nic więc dziwnego, że otyli, szczególnie w wieku starszym przedstawiają zespół objawów sercowo-płucnych i są narażeni na łatwe pojawianie się u nich nieżytowego zapalenia płuc.

c) Narządy trawienia. Zazwyczaj otyli mają doskonały apetyt; brak łaknienia występuje u nich dopiero wówczas, gdy zjawiają się objawy zastoju żylnego (z powodu niewydolności krążenia) w żołądku i wątrobie. Zastój żylny w przewodzie pokarmowym prowadzi nadto do szeregu innych objawów, jak gniecenie w dołku, wzdęcie jelitowe, częste zaparcie stolca na przemian z rozwolnieniami i t. d. Guzy hemorojdalne są również częste u otyłych. Ta ostatnia dolegliwość występuje zazwyczaj już w młodym wieku. Utrudniony przepływ krwi przez wątrobę, który rozwija się nie tylko wskutek zastoju żylnego, ale także wskutek nagromadzenia się w niej tłuszczu, oraz zwyrodnienia tłuszczowego komórek wątrobowych i następowej marskości wątroby, prowadzi do zastoju w żyle wrotnej. Zastój ten przenosi się z łatwością na rozgałęzienie naczyń żylnych w odbytnicy, dając objawy kliniczne, związane z pojawianiem się guzów krwawicowych (hemorojdów). Zmiany w krążeniu brzusznym łatwo prowadzą także do rozszerzenia żył (żylaków) zarówno na powłokach brzusznych, jak i na kończynach dolnych.

Mówiąc o wątrobie wspomnieć także wypada o jeszcze jednej ważnej roli, jaką odgrywa ten narząd w otyłości. Przedewszystkiem więc zależy od niej także, w dużej mierze, przemiana wodna; wraz z uszkodzeniem wątroby wzrasta skłonność do zatrzymywania wody w ustroju, które nie jest jedynie tylko związane z niewydolnością serca, lecz zależy bezpośrednio od uszkodzenia wątroby. Podobne nawodnienie ustroju w otyłości odgrywa nie małą rolę.

Co się tyczy innych cierpień przewodu pokarmowego, występujących często przy otyłości, to wskazać jeszcze należy na kamicę wątrobową. Aczkolwiek przyczyna powstawania kamieni żółciowych nie jest jeszcze znana, to jednak wiele faktów przemawia za tem, że otyłość i kamica są cierpieniami etjologicznie związanemi ze sobą.

d) *Inne zmiany w ustroju związane z otyłością.* Dla całości obrazu klinicznego otyłości, wskazać jeszcze należy na pewne odchylenie, występujące w układzie nerwowym i narządach płciowych. Co się tyczy układu nerwowego, to wspominaliśmy już o pewnej ociężałości i leniwem usposobieniu otyłych. Pozatem u otyłych spostrzega się bardzo często senność. Zdarza się, naprzykład, że zasypiają siedząc, a nawet w pozycji stojącej (narcolepsia). Najprawdopodobniej przyczyną owej senności jest niedokrwistość mózgu. Z niedokrwistością mózgu można łączyć także skłonność otyłych do częstych mdłości i zawrotów głowy. Że senność jest rzeczywiście związana z otyłością, przemawia za tem fakt znikania tej dolegliwości wraz ze zmniejszeniem się wagi po przeprowadzonej kuracji odtłuszczającej.

Co się tyczy narządów płciowych, to u mężczyzn spostrzega się dość często osłabienie popędu płciowego i erekcji, u kobiet zaś skąpe miesiączkowanie i wczesne występowanie okresu przekwitania.

V. *Leczenie otyłości.* Nim przystąpię do omawiania leczenia otyłości wspomnę w kilku słowach o wskazaniach i przeciwskazaniach do prowadzenia tego leczenia.

A więc przedewszystkiem nie należy przeprowadzać odtłuszczania dla celów kosmetycznych, t. j. wówczas, kiedy chodzi wyłącznie o zdobycie modnych kształtów, a w rzeczywistości niema się do czynienia z nadmiarem wagowym. Nie należy również odtłuszczać, kiedy niema nagłej potrzeby, ludzi bardzo nerwowych (neurasteników). Nie wolno także odtłuszczać gruźlików oraz cukrzycowych. Cukrzyca u otyłych ma zazwyczaj przebieg łagodny, wymaga zatem wyłącznie tylko leczenia djetetycznego, które polega głównie na małokaloryczności. Przy podobnej więc djecie nie może być mowy o tyciu, raczej djeta ta będzie, do pewnego stopnia, odtłuszczającą i stosowanie w tych przypadkach jeszcze specjalnej djety odtłuszczającej może doprowadzić chorego bardzo szybko do wyniszczenia. Wreszcie nie jest pożądane odtłuszczanie starców po nad lat 60, oraz młodzieńców poniżej lat 20-stu.

Wskazane jest natomiast odtłuszczanie we wszystkich przypadkach z dużym nadmiarem wagowym, bez względu na to, czy otyłość jeszcze nie doprowadziła do powikłań ze strony rozmaitych narządów, czy też powikłania podobne istnieją. Wskazane jest także odtłuszczanie w przypadkach z niewielkim nadmiarem wagowym wówczas, kiedy mamy do czynienia z chorobami serca, miażdżycą tętnic, kamicą żółciową lub nerkową, skazą moczanową i t. p.

Zasadniczym motywem leczenia odtłuszczającego jest wprowadzenie zmiany w bilansie przybytku i ubytku materji ustrojowej. Dążyć więc należy do bilansu ujemnego, t. j. aby proces desymilacji przewyższał proces asymilacji, czyli, wyrażając się inaczej, aby wywóz materji przewyższał jej wwóz.

Do osiągnięcia celu powyższego służą drogi następujące. *)

I. Zmniejszenie dowozu (ograniczenie djetetyczne).

II. Zwiększenie rozpadu (zwiększenie wywozu ponad wwóz):

1) przez wzmożenie przemiany materji, czyli wzmożenie spalania (leczenie gruczołami dokrewnemi, a więc sposobem endogenicznym);
2) przez wzmożenie przemiany materji przy pomocy wpływów zewnętrznych (exogenicznych).
   a) czynny ruch (gimnastyka, praca fizyczna);
   b) bierny ruch (masaże, faradyzacja);
   c) hydroterapja, balneoterapja.

W ogólności jednak leczenie odtłuszczające nie może być jednostronne i w zależności od przypadku stosowane być winny w

*) Podział ten został zapożyczony z artykułu T. Brugscha. Fettsucht; Kraus-Brugsch, tom I.

mniejszem lub większem stopniu środki rozmaite. W każdym bądź razie nie należy ograniczać djety w pewnym tylko kierunku (wyłączne ograniczenie lub usunięcie zupełne z pożywienia białka, tłuszczów lub węglowodanów), oraz nie głodzić chorych. Pamiętać bowiem należy, że kuracja odtłuszczająca nie jest kuracją głodową.

Zasada leczenia odtłuszczającego, przy pomocy djety, polega na ograniczaniu pożywienia. Przyjmując pod uwagę, że człowiek pracujący nie zbyt ciężko fizycznie powinien zużywać 30 ciepłostek na kg. wagi przez dobę, odpowiednio do tego, jaką chcemy przeprowadzić kurację (łagodną, średnią, lub gwałtowną), ograniczamy ciepłostki. Wobec tego, prowadząc leczenie odtłuszczające **łagodne,** zmniejszamy podawanie ilości ciepłostek przez dobę o 1/5—1/4; przy leczeniu **średniego natężenia** o 1/4—1/3, przy leczeniu zaś **gwałtownem** o 1/2 należnych choremu ciepłostek.

W przybliżeniu powinien człowiek lekko pracujący otrzymywać, stosownie do wagi, ilość ciepłostek na dobę według następującej tabelki:

80 kg.	wagi	— 2400	— 3200	ciepłostek	na	dobę
75 „	„	— 2250	— 3000	„	„	„
70 „	„	— 2100	— 2800	„	„	„
65 „	„	— 1950	— 2600	„	„	„
60 „	„	— 1800	— 2400	„	„	„
55 „	„	— 1650	— 2200	„	„	„

Dla tego też, jeżeli naprzykład u człowieka, ważącego 80 kg. będziemy przeprowadzali kurację łagodną — to podamy mu zamiast 2400 tylko 1800 ciepł., czyli zmniejszymy mu podawanie ciepłostek o 1/4. Jeżeli zastosujemy kurację średniego natężenia, to będziemy podawać zamiast 2400 tylko 1600 ciepłostek, jeżeli gwałtowną to zamiast 2400 zaledwie 1200 ciepłostek.

Nie zawsze jednak można przeprowadzać kurację gwałtowną, gdyż często się zdarza, że chorzy podobny zabieg znoszą źle. Nie wiadomo więc zgóry, jak intensywną kurację stosować poszczególnym chorym i w tym względzie wymagana jest daleko idąca indywidualizacja ze strony lekarza. Doświadczenie poucza, że jeszcze dobrze znoszą chorzy takie leczenie, przy którym tracą w przeciągu 2—3 miesięcy nie więcej niż 10—15 kg. Forsowniejsze kuracje bardzo często prowadzą do zdenerwowania, bicia serca, osłabienia, niekiedy do bezsenności. Zaleca się także nie prowadzić nigdy powtórnej kuracji odtłuszczającej wcześniej, niż po upływie 1/2 roku, od ukończenia pierwszej. Ogólnie mówiąc przy przeprowadzaniu leczenia odtłuszczającego, należy uwzględniać następujące postulaty:

1) pożywienie powinno być obfite pod względem objętościowym, czyli musi wpływać kojąco na uczucie głodu. Głód bowiem wywołuje niepokój i zdenerwowanie;

2) ilość białka nie powinna być mniejsza od 100 g. na dobę;

3) pożywienie powinno się składać z większej ilości węglowodanów, niż tłuszczów. Można więc stosować djety, zawierające wyłącznie prawie białko i węglowodany, nigdy wyłącznie białko i tłuszcze.

Co się dotyczy pożywienia objętościowego, to pamiętać trzeba, że pomimo jego dużej objętości, musi być ono jednak o małej wartości kalorycznej. Pamiętać również trzeba, aby podawać mięso chude, dla tego też nie powinna tu wchodzić w grę wieprzowina, baranina i t. d., także lepiej stosować mięso gotowane, jako zawierające mniejszą ilość ciepłostek, niż smażone lub pieczone. Ryby są również bardzo wskazane, jako pożywienie uboższe w ciepłostki, niż mięso. Grubsze gatunki chleba (graham, razowy i t. p.), są również godne uwagi przy wyznaczaniu djet objętościowych. W djetach odtłuszczających nie małą rolę powinny odgrywać też wszelkie owoce.

Wszystkie powyższe dane posiadają wielką wartość przy układaniu jadłospisu, jednakże i tu nie można wystawiać pewnych postulatów, wszędzie bowiem zaleca się daleko idącą indywidualizację. Można więc powiedzieć, że wszelkie kombinacje w układaniu jadłospisu są możliwe, byle tylko pożywienie zawierało *mało ciepłostek, dostateczną ilość białka i węglowodanów, było możliwie jak najbardziej objętościowe i smaczne.*

Aby lepiej orjentować się przy układaniu djet podam, dla przykładu, skład pożywienia, jakie jest wskazane dla ważącego 90 kg. otyłego człowieka, wzrostu około 170 cm. Jego wagę normalną trzeba ocenić nie wyżej niż 70 kg. (wzrost — 100), zaś zredukować wartość ciepłostkową, przypadającego mu pożywienia o 1/3.

Obliczenie: należne ciepłostki przy pracy lekkiej 70 × 35 ciepłostek = 2450 ciepłostek, zmniejszenie ilości ciepłostek o 1/3 = 1600.

Skład pożywienia	Białko	Węglowodany	Tłuszcz	Ciepłostki
200 g. czarnego chleba	18 g.	100 g.		500
200 „ mięsa	40 „	—		280
150 „ ryby	30 „	—		120
100 „ ziemniaków . .	2 „	—		100
2 jaja	12 „	—	12.1 g.	150
20 „ masła	—	—	17 „	150
30 „ sera	8 „	—		120
200 „ jarzyny. . . .	5 „	—		200
Razem . . .	115 „	100 g.	29.1 g	1620

Rzecz jasna, że podobny jadłospis nie odpowiada jeszcze w zupełności wymaganiom racjonalnego, małociepłostkowego pożywienia. Chociażby z tego względu jest niedostateczny, że nie posiada w składzie swym owoców. Należy więc, według upodobania, jeden rodzaj pożywienia zastępować drugim, jak np. 30 g. sera można zastąpić 200 g. jabłek lub wiśni, truskawek i t. p., a od tego ogólna suma ciepłostek się nie zmieni. Można zamiast sacharyny podawać cukier, kosztem innych rodzajów pożywienia o równoważniku ciepłostkowym, zamiast jaj, mleko i t. d.

Nie mogę w artykule niniejszym, ze względu na brak miejsca, uwzględnić rozmaite djety, stosowane przy otyłości. Główna ich jednak zasada polega na podawaniu małej ilości ciepłostek, a rodzaj podawanego pożywienia ma znaczenie drugorzędne. Wspomnę jedynie, że stosowane są również djety małokaloryczne — jednostronne, jak np. djeta wyłącznie mleczna (1 1/2 litra mleka zawiera około 1000 ciepłostek), djeta wyłącznie kartoflana (100 gr. kartofli zawiera około 100 ciepł.), ryżowa i t. p. Nie jestem zwolennikiem tych djet, gdyż wszystko jest jedno, jakie podawać pożywienie byleby zawierało nie więcej, niż potrzeba ciepłostek.

Prócz zwykłego ograniczania ciepłostek stosują jeszcze *djety jarskie.* Podobne djety mają strony dodatnie i ujemne. Dodatnia strona polega na tem, że są to djety o dużej objętości, ujemna że zawierają za mało białka.

Oto przykład djety jarskiej według *Albu* [17]):

Skład pożywienia	Białko	Węglowodany	Tłuszcz	Ciepłostki	
Śniadanie					
Herbata z sacharyną	—	—	—	—	
50 g. chleba razowego	4.0	25.0	0.5	121.0	448.8
10 g. masła	—	—	8.8	74.0	
500 g. jabłek	1.8	60.0	—	253.4	
Obiad					
Buljon z jajkiem	5.9	—	5.4	75.0	
200 g. szpinaku	7.8	11.2	11.4	183.0	
100 g. smażonych ziemniaków	1.9	21.0	3.3	124.6	837.1
200 g. kompotu z jabłek	0.6	26 0	—	108.9	
250 g. winogron	3.0	81.0	—	344.8	
Kolacja					
500 g. szparagów	10.0	6.5	1.5	81.9	
20 g. masła	—	—	16.0	148.8	480.1
60 g. chleba razowego	4.8	30.0	0.6	147 6	
200 g. brzoskwiń	1.3	23.4	—	101.8	
Razem . . .	41.1	284.1	46.7	1767.0	

Szczególnie zalecane być powinny podobne djety u ludzi cierpiących na zaparcie stolca. Niektórym też mogą one szkodzić, przeważnie skłonnym do fermentacyjnych zaburzeń w przewodzie pokarmowym. Podobną djetą osiągał *Albu* w przeciągu 4-ch miesięcy ubytek na wadze, sięgający 10 kg. Djeta ta nie jest męcząca i może być przez dłuższy czas prowadzona, nie zawiera bowiem zbyt mało kalorji. Jednakże *Albu* po upływie 4 — 6 tygodni zaczyna podawać 150—200 g. chudego mięsa i zaleca je spożywać 3 razy na tydzień.

Jak długo należy prowadzić leczenie odtłuszczające, powiedzieć trudno, w każdym bądź razie jest to sprawa lekarza i po 2—3

miesiącach, kiedy ubytek na wadze jest dostatecznie duży, można kuracje przerywać. Podczas kuracji odtłuszczającej należy pilnie zwracać uwagę na stan chorego, jego samopoczucie i t. p., wrazie złego znoszenia przez chorego djety, należy ją odpowiednio zmieniać. Ważne takie znaczenie w leczeniu odtłuszczającem posiada ograniczenie płynów. Wiadomo bowiem, że otyły jest nadmiernie uwodniony i większe ubytki na wadze w pierwszych dniach leczenia odtłuszczającego polegają przedewszystkiem na dużej utracie wody.

Samo ograniczenie pożywienia zmniejsza już pragnienie chorych, ale także pomaga w tym względzie i ograniczone podawanie potraw słonych. Wreszcie podawanie płynów powinno być w miarę możności ograniczone do 1 litra na dobę.

Wielu autorów stosuje także w celu odtłuszczenia głodówki, które znajdują szerokie poparcie wśród pacjentów. Zdarza się nawet, że niektórzy otyli głodują co rok po kilkanaście i więcej dni w specjalnych zakładach leczniczych w kraju lub zagranicą. Nie mogę w ramach niniejszego artykułu wypowiedzieć się dostatecznie o głodówkach, zaznaczę tylko, że, aczkolwiek jestem zwolennikiem pożywienia małociepłostkowego, nie widzę absolutnie żadnych danych, przemawiających za głodówkami.

Co się tyczy leczenia otyłości wodami mineralnemi w zdrojowiskach (Kissingen, Marienbad i t. d.), to leczenie to polega przedewszystkiem na 1) mechanicznem oczyszczaniu przewodu pokarmowego, 2) nieznacznem wzmożeniu przemiany materji, 3) wytwarzaniem warunków dla gorszego przyswajania pokarmów, 4) zmniejszaniu procesów gnilnych w jelitach.

Ważne znaczenie posiada leczenie wodami mineralnemi w przypadkach otyłości pletorycznej, gdyż wody rozwalniające prowadzą do dużego ubytku wody w ustroju. Jednakże leczenie otyłości w zdrojach, bez uwzględniania odpowiedniej djety małociepłostkowej, nie może dać pożądanego wyniku leczniczego.

Racjonalne stosowanie ruchu, pracy fizycznej, gimnastyki prowadzi bezwzględnie do dobrego rezultatu, jednakże wszystkie te zabiegi muszą być wykonywane pod kontrolą lekarza. To samo dotyczy hydroterapji. Szczególnie ostrożnie, w tym względzie, należy postępować w przypadkach z niezupełnie sprawnie działającem sercem.

Ważne znaczenie posiada leczenie preparatami gruczołowemi. Wchodzą tu w grę przedewszystkiem dobre preparaty gruczołu tarczycowego (thyroidea). Szczególne zastosowanie posiadają owe preparaty w otyłości pochodzenia gruczołowego, w tych bowiem cierpieniach wyłączne leczenie djetetyczne do celu jeszcze nie prowadzi. Doświadczenia wykazały, że przy podawaniu wyciągów tarczycy podstawowa przemiana materji wzrastała o 10—20%. Duże praktyczne znaczenie posiada podawanie tarczycy z jednocześnie stosowaną djetą. Pamiętać jednak należy, że tarczyca wzmaga rozpad białka ustrojowego i dla tego, przy podobnem leczeniu, musi być podawana dostateczna ilość białka (nie mniej niż 120 g. na dobę). Również w leczeniu gruczołem tarczycowym musi być podawana dostateczna ilość węglowodanów, tego nieodzownego składnika naszego pożywienia. Ograniczeniu podlegają więc przedewszystkiem tłuszcze.

Leczenie gruczołowe (tarczycą) w przypadkach otyłości pochodzenia exogen'icznego (zewnętrznego) trzeba stosować ostrożnie i to tylko w przypadkach wyjątkowo uporczywych, w których djeta nie daje należytych wyników. Wszelkie dolegliwości (bicie serca, niepokój, drżenie kończyn, pocenie się i t. d.), związane z nadmiernem podawaniem tarczycy, są przeciwskazaniem do dalszego ich stosowania. Należy więc rozpoczynać ich podawanie zawsze od małych dawek 0,1 2 razy dziennie, stopniowo podnosząc dawki i tylko wyjątkowo stosować 3 razy dziennie po 0,3, jeżeli żadnych dolegliwości się nie stwierdza.

W przypadkach niektórych działanie dobre się spostrzega po podaniu preparatów z wielu gruczołów, (leczenie wielogruczołowe). Stosuje się także jod, który niekiedy daje również dobre rezultaty oraz środki moczopędne, prowadzące do dużej utraty wody, np. wstrzykuje się synergetol lub novasurol.

PIŚMIENNICTWO.

1. *Vierordt* — cyt. według Kraus-Brugscha I, Fettsucht art. Brugscha.
2. *Bernhardt* — cyt. według Ödera, patrz niżej.
3. *Öder.* — Med. Klinik 1909, Nr. 13; Med. Klin. 1910, Nr. 17, Ztschf. f. Versicherungs med. 1909, 2. Jahrgang.
4. *Kraus Fr.* — Kraus-Bruksch IV.
5. *Mansfeld i Müller.* — Arch. f. d. gesam. Physiol. 152.
6. *Aschner i Leschke* — cyt. według Kraus-Brugscha. Tom X, część III.
7. *Grafe.* — Ergebn. d. Physiol. T. 21, część II.
8. *Fröhlich A.* — cyt. według Kraus — Brugsch I. art. Brugscha, Fettsucht.
9. *Launois i Cléret.* — Gaz. des hôpit. 1910. Nr. 5 i 7.
10. *Löwy i Richter.* — Zbl. f. Physiol. 1902.
11. *Pächtner* — Verh. der Berl. physiol. Geselsch. 1906.
12. *Lüthje.* — Arch. f. exper. path. 1903. T. XLVIII i L.
13. *Zuntz.* — Arch. f. ginek. 1912. Tom XCVI.
14. *Brugsch.* — Kraus Brugsch I.
15. *E. Fischer.* — Cyt. według Kraus-Brugsch, I art. Fettsucht.
16. *Immermann* — Cyt. według Brugscha I, Fettsucht art. Brugscha.
17. *Albu.* — Cyt. jak wyżej.

OPOZONES LUMIÈRE

wyciągi z całkowitych gruczołów dokrewnych

przygotowane specjalną metodą, polegającą na wiązaniu płynów gruczołu w k o m p l e k s y k r y s t a l i c z n e, przy pomocy obojętnych związków chemicznych b e z o g r z e w a n i a, co zapewnia Opozonom zachowanie wszystkich czynnych składników świeżego gruczołu w stanie niezmienionym a zatem n a j w y ż s z ą a k t y w n o ś ć.

KONSERWACJA NIEOGRANICZONA: otoczka glutenowa zabezpiecza czynną substancję od wszelkich wpływów zewnętrznych.

SPOSOB UŻYCIA nader wygodny i przyjemny (małe tabletki bez smaku i zapachu).

NAJEKONOMICZNIEJSZA organoterapja dla chorych.

Opozones Thyroïde
„ **Corps jaune de l'ovaire** (corpus luteum)
„ **Orchitique** (exstr. testic.)
„ *Mammaire*
„ *Placenta*
„ *Pancreatique*
„ *Biliaire* (fellis)
„ *Hepatique*
„ *Muqueuse intestinale*
„ *Muqueuse stomacale*
„ *Prostatique*
„ *Thymus*
„ *Rénale*
„ *Tissu nerveux*
„ *Ganglions* (gl. lymphat.)

Opozones Pluriglandulaire (Thyroid. Hypoph. Surrénale)
„ **Pluriglandulaire „O“** (ovarique) — Thyroïde, Hypophyse, Surrenale, Ovaire
„ **Pluriglandulaire „T“** (orchitique) — Thyroïde, Hypophyse, Surrenale, Orchitique
„ *Splénique* (lien)
„ *Surrénale*
„ *Hypophyse*

Każde pudełko zawiera 3 rurki po 18 tabletek, powleczonych glutenem i drażowanych.

BIURO POŚREDNICTWA PRACY

KOŁA MEDYKÓW STOWARZYSZENIA SAMOPOMOCOWEGO STUD. MED. U. W.

Dostarcza z pośród lekarzy i studentów medycyny wykwalifikowanych pracowników na posady: **lekarzy, zastępców lekarzy, felczerów, laborantów analitycznych, i bakterjologicznyeh, pielęgniarzy na dyżury dzienne i nocne, robiących opatrunki, zastrzyki, masaże** i t. p. zabiegi.

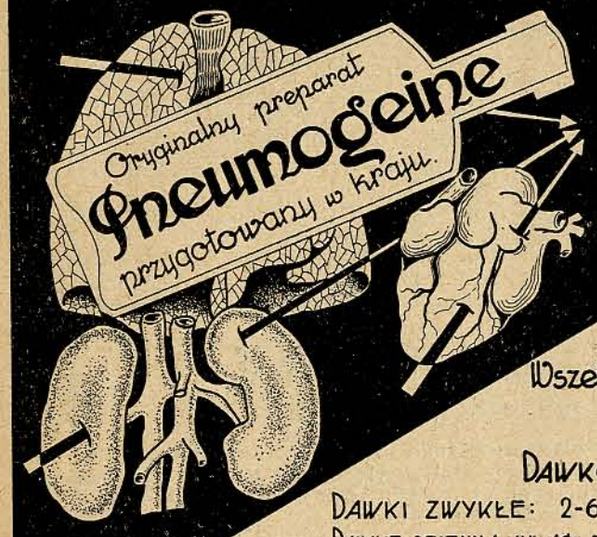
Polecamy także **korepetytorów z długoletnią praktyką.**

Zapotrzebowania nadsyłać pod adresem:

BIURO POŚREDNICTWA PRACY KOŁA MEDYKÓW S. S. STUD. MED. U. W.
WARSZAWA, UL. CHAŁUBIŃSKIEGO 5. TEL. 714-86.

Dyżury: poniedz. środy i piątki w godz. 5 — 7 po poł.

LECZENIE DUSZNOŚCI WSZELKIEGO POCHODZENIA



Wskazania:

Rozedma płuc, Dychawica, Miażdżyca, Przewlekły nieżyt oskrzeli, Przewlekłe schorzenia sercowo-nerkowe.
Wszelkie wskazania terapji jodowej.

DAWKOWANIE:

DAWKI ZWYKŁE: 2-6 ŁYŻECZEK OD HERBATY DZIENNIE.
DAWKĘ DZIENNĄ WLAĆ DO SZKLANKI WODY OCUKRZONEJ i POPIJAĆ MAŁEMI ŁYKAMI W CIĄGU DNIA.
DAWKA DLA DZIECI — STOSOWNIE DO WIEKU.

L. WŁODARCZYK

L. NASIEROWSKI · Warszawa Kaliska 9, tel. 924-39 i 930-42 Próby i literatura na żądanie Wpn. Lekarzy.

NIEZAWODNE LEKI KRĘTKOBÓJCZE

W KILE, DURACH I ZIMNICY

do stosowania śródmięśniowo:

„QUINBY SOLUBLE"

WODNY ROZTWÓR
JODO - BIZMUTANU - CHININY

Bezbarwny, nie plami, nie tłuści, nie drażni.

„Q U I N B Y"

JODO - BIZMUTAN - CHININY
W ZAWIESINIE OLEISTEJ.

L. NASIEROWSKI Warszawa, Kaliska 9.
tel. 924-39 i 930-42.

STRESZCZENIA

CHOROBY WEWNĘTRZNE

Rozpoznawcze znaczenie odczynu Triboulet'a w jelitowych owrzodzeniach u chorych na gruźlicę płuc. (La réaction de Triboulet dans le diagnostic des ulcérations intestinales chez les tuberculeux). Bonnamour, Chapuy i Lardet.
Journ. de Méd. de Lyon. Nr. 279. r. 1931.

Rozpoznanie gruźlicy jelit, a zwłaszcza obecności owrzodzeń w pierwszym okresie gruźlicy płuc jest bardzo trudne. Te owrzodzenia mogą przebiegać bez żadnych objawów lub też mogą być przyczyną powstania biegunek, które jednak nie są cechą rozpoznawczą dla tych owrzodzeń. I tak np. biegunki powstają w zaburzeniach czynności wątroby, żołądka lub trzustki, jak i z wielu innych przyczyn. Natomiast wczesne rozpoznanie owrzodzeń jelitowych u chorych na gruźlice płuc, posiada duże znaczenie, zwłaszcza wówczas, gdy stan chorego jest dobry i gdy zasadnicza sprawa chorobowa w płucach daje dobre rokowanie. W tych bowiem przypadkach można chorego poddać zabiegowi chirurgicznemu i uwolnić go od tych dolegliwości, które stoją na przeszkodzie odpowiedniemu odżywianiu.

W celach rozpoznawczych omawianych owrzodzeń jelitowych znakomite usługi oddaje prześwietlenie promieniami Roentgena, co jednak pociąga za sobą znaczne koszta i trudności. Badanie na obecność krwi nie dowodzi w sposób bezwzględny istnienia wrzodu. Pod tym względem wyższość posiada odczyn Triboulet'a.

Odczyn Triboulet'a ma na celu wykrycie obecności białka rozpuszczalnego w stolcach. W tym celu można obrać dwie drogi. Jedna z nich polega na strąceniu na zimno kwasem octowym nukleoalbumin i mucyny, a po przesączeniu, zapomocą ogrzewania, strąca się wspomniane białko rozpuszczalne. Sączenie jednak napotyka nieraz na trudności i dlatego można stosować odczynnik Tribouleta (sublimatu 3.5 gr. + kwasu octowego 1 cm. + wody destylowanej 100 cm.). Do reakcji rozciera się nieco stolca z wodą destylowaną, poczem wlewa się do równych próbówek równe ilości (po 3 ccm.) i rozcieńcza 15 ccm. wody. Do jednej z próbówek dodaje się 20 kropli odczynnika Tribouleta, druga pozostaje dla porównania. W tych warunkach otrzymuje się przedewszystkiem zmianę barwy, przyczem zielona barwa wskazuje na obecność bilirubiny, barwa różowa na obecność hydrobilirubiny (urobiliny), barwa żółta na obecność chromogenu sterkobiliny, barwa biała na brak barwików żółciowych. Ponadto można niekiedy stwierdzić bądźto wyraźne zmętnienie, bądź też nawet wypadanie kłaczków. O ile zmiana barwy dotyczy obecności barwików żółciowych, o tyle powstanie zmętnienia albo kłaczków dowodzi obecności rozpuszczalnego białka.

Autorowie zbadali 40-tu chorych na gruźlicę, z pośród których u 14-tu reakcja ta wypadła dodatnio. Z tych czternastu przypadków 8 tylko cierpiało na biegunkę. Najciekawszych jest 8 przypadków (nie wszystkie z biegunką), zakończonych śmiercią. Badanie sekcyjne u 5-ciu z nich wykazało obecność owrzodzeń jelitowych, u 3 zaś brak ich. Badania dokonane u tych chorych za życia zapomocą odczynu Triboulet'a okazały się zupełnie zgodne z wynikami sekcji.

Dodatkowe badanie dokonane przez autorów z treścią jelit, uzyskaną podczas sekcji, wykazały, że odczynnik Tribouleta nie strąca śluzu, strąca natomiast wydzielinę jelitowego owrzodzenia, zawierającą białko. Według autorów zatem badanie odczynu Tribouleta ze stolcami chorych na gruźlicę płuc pozwala, w razie dodatniego wyniku, na stwierdzenie obecności owrzodzeń w jelitach.

Skutki tytoniu. (Les effets du tabac). Binet i Zamfir.
Presse Méd. Nr. 69 r. 1931.

Autorowie przedstawiają wyniki badań nad rybami, które trzymano w akwarium, w zwykłej wodzie i poddawano codziennie działaniu tytoniu w ten sposób, że wpuszczano ryby do naczynia, zawierająca wodę zwykłą z dodatkiem płynu, pochodzącego z dwudziestoczterogodzinnej maceracji tytoniu. Po 50-ciu dniach ryby te znosiły dłuższy pobyt, we względnie stężonym wyciągu tytuniowym, podczas gdy ryby nie przyzwyczajone, włożone do tego wyciągu, ginęły.

Badania *Fleiga* wykazały, że wdychanie dymu tytuniowego wywołuje spadek ciśnienia w tętnicy dogłowowej, które to ciśnienie następnie szybko się wzmaga i pozostaje dłuższy czas ponad poziomem prawidłowym. Badania pletysmograficzne, wykonane przez *Simici* i *Marcu* u ludzi wykazały, że dym cygara wywołuje wyraźny skurcz naczyń najpierw wewnętrznych, a następnie obwodowych, co może trwać do pół godziny po zaprzestaniu palenia. Ciśnienie wzmaga się o 20 do 30 mlgr. słupa rtęci a ciśnienie rozkurczowe wzmaga się o 10 do 15 mlgr. Także i częstość tętna wzmaga się od 10 do 40 uderzeń na minutę.

Badania niektórych autorów a także i autorów niniejszej pracy, wykonane na rybach, wykazują, że wpływ tytoniu, podobnie jak i nikotyny, zaznacza się wyraźnie także i na ośrodkowym układzie nerwowym. Pewien gatunek ryb, u których wywołano t. zw. odruch warunkowy, po umieszczeniu tych ryb w roztworze z tytoniu, wykazał nieobecność tego odruchu, po wpuszczeniu natomiast do zwykłej wody, odruch ten dał się natychmiast wywołać.

Powyższe badania wykazują, w sposób doświadczalny, istnienie przyzwyczajenia do tytoniu, jak też i wpływ jego zarówno na układ krążenia, jak i na ośrodkowy układ nerwowy.

DZIAŁANIE FIZJOLOGICZNE KOFEINY.

(WYCIĄGI Z PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO).

MAYER, Hans H. i GOTTLIEB R. (Profesorowie farmakologji w Wiedniu i Heidelbergu).

Farmakologja doświadczalna jako podstawa stosowania leków.
Urban & Schwarzenberg, Wiedeń i Berlin, 1920.

Str. 29: Dawki kofeiny, znajdujące się w używkach zawierających kofeinę, wywołują u osób z prawidłowym układem nerwowym wzmożenie pobudliwości. W doświadczeniach na zwierzętach kofeina wywołuje wzmożenie odruchów, podobne do powstającego pod wpływem strychiny. W przypadkach zatrucia kofeiną u ludzi szczególnie silnie występuje działanie na korę mózgową (niepokój i pobudzenie). Ludzie wrażliwi mogą już po wypiciu napojów zawierających kofeinę (herbata lub kawa) reagować pobudzeniem kory mózgowej i nie są zwykle w stanie zasnąć. Kofeina przedstawia prawie czysty jad pobudzający.

Str. 276: Przyśpieszenie tętna po kofeinie, występuje np. u osób pobudliwych również i po czarnej kawie, oraz przyśpieszenie po teobrominie, zależy od pobudzenia wewnątrz-sercowego.

Str. 278: Dawki toksyczne kofeiny, która w dawkach małych zwiększa kurczliwość serca i wpływa dodatnio na jego wydolność, powodują rodzaj „porażenia serca", przy którem komory pracują coprawda bardzo często, lecz przy niedostatecznem napełnieniu.

Str. 298: W doświadczeniach na izolowanych sercach żabich nie można stwierdzić zwiększenia pod wpływem kofeiny wydolności w stosunku do zwykłych oporów. Duże dawki bardzo szybko osłabiają serce, lecz również i pod wpływem małych dawek nie można stwierdzić na sercach żab wyraźniejszego zwiększenia rzutu krwi. Natomiast już małe dawki kofeiny zwiększają „siłę bezwzględną" serca.

Str. 299: Dawki lecznicze kofeiny wywołują zwolnienie tętna: przyśpieszenie tętna występuje dopiero po dawkach większych.

Str. 357: Używki zawierające kofeinę nie pozostają bez wpływu na ośrodkowy układ nerwowy. Zwiększają one częstość oddechu oraz wywołują niepokój mięśniowy i widoczne pobudzenie psychiczne. Tak zwana kawa bez kofeiny, z której usunięto ⅔ zawartej w niej kofeiny, zachowuje swój przyjemny smak, nie wywołuje natomiast żadnego wpływu pobudzającego na układ nerwowy.

We wszystkich przypadkach, w których kofeina jest przeciwwskazana, pozbawiona kofeiny kawa Hag oddaje cenne usługi. Kawa Hag wyróżnia się niedoścignionym smakiem i aromatem, tak że korzystając z niej pacjent nie jest zmuszony rezygnować z picia kawy, do której się przyzwyczaił.

Próby i literaturę wysyła na żądanie bezpłatnie firma Kawa Hag, T. z o. p.,
Gdańsk i Warszawa, Zielna 19.

Badania nad oleochryzoterapją. (Recherches sur l'oléochrysothérapie). F. Lebeuf i H. Mollard.
Paris Médical. Nr. 35. r. 1931.

Autorowie przypominają, że leczenie kiły zapomocą bizmutu rozpoczęło się od dożylnych wstrzykiwań rozpuszczalnych soli bizmutu. Ten sposób leczenia był przyczyną licznych, przykrych wypadków, wobec czego stosowano wodne roztwory bizmutu domięśniowo, co pozwoliło na uniknięcie powikłań, przyczem jednak wyniki leczenia, w porównaniu z leczeniem arsenowem, były znacznie gorsze. Rozpoczęto więc stosowanie bizmutu w postaci zawiesiny w oliwie i w ten sposób uzyskano w bizmucie środek zarówno skuteczny, jak i zupełnie bezpieczny w użyciu. Stosowanie preparatów w zawiesinie w oliwie chroni ustrój przed zbyt gwałtownem wchłonieniem się leku, a zarazem przedłuża jego działanie.

W analogji do powyższego leczenia rozpoczęto też stosowanie soli złota w oliwnej zawiesinie w leczeniu gruźlicy. *Flandin, Huguenin* stosowali preparat przedstawiony przez *Lecoq'a* p. n. lipaurol, który jest kamfo-dithio-węglanem złota i sodu w oliwie.

Fournier i *Mollaret* w r. 1925 stosowali preparaty złota (sanochryzyne) w przypadkach kiły. Ci sami autorowie stosowali później podobne preparaty złota w zawiesinie oliwnej domięśniowo i twierdzą, że ten ostatni sposób daje znacznie lepsze wyniki.

Autorowie omawiają następnie leczenie złotem i twierdzą, że początkowe mniemanie, jakoby powikłania w tem leczeniu zależały wyłącznie od zbyt dużej dawki stosowanego złota — nie wyczerpywało istoty rzeczy, gdyż spostrzegano te powikłania również i po dawce względnie niewielkiej. Wielu autorów sądziło, że te powikłania, a zwłaszcza skórne, stoją w związku ze szczególną wrażliwością chorych, osobliwie zaś z niedomogą wątroby. Wobec tego zaczęto stosować doustnie większe dawki glukozy przed wstrzykiwaniem złota (także bizmutu i salvarsanu). Ten sposób leczenia dał niezaprzeczalnie dobre wyniki. Ponadto postanowiono stosować złoto w zawiesinie w oliwie i w ten sposób powstał nowy preparat solgonal B odkryty przez Feldta. Jest to połączenie złota z cukrem w oliwie. Niektórzy autorowie próbowali dodawać do tego olejek terpentynowy, niebawem jednak zarzucono to, z powodu zbyt dużej bolesności, a nawet powstawania ropni aseptycznych.

Autorowie stosują obecnie powyższe połączenie, t. j. solgonal B w zawiesinie oliwnej w przypadkach gruźlicy i sądzą, że ten sposób leczenia da dobre wyniki.

Przyczynek anatomo-kliniczny do badań nad virilizmem pochodzenia jajnikowego. (Lutéinome de l'ovaire. Contribution anatomo-clinique a l'étude du virilisme ovarien). Cosacesco, Draganesco, Georgesco i Dinischiotu.
Presse Méd. Nr. 68 r. 1931.

Autorowie przypominają, że *Apert* w r. 1910. opisał przypadek wirilizmu z nadmiernem uwłosieniem i brakiem perjodów, który nazwał hirsutismem. Przyczyną tego stanu był guz nadnercza. Od tego czasu liczba podobnych przypadków obserwowanych znacznie się wzmogła. Znacznie rzadsze są przypadki wirilizmu pochodzenia przysadkowego, a mianowicie, środkowej części przysadki. Istnieje jeszcze nadto wirilizm pochodzenia szyszynkowego. Najbardziej interesujący jest jednak wirilizm, występujący względnie rzadko, którego przyczyna leży w jajniku. Autorowie mieli możność obserwować podobny przypadek.

Chora lat 34 po przebytym, przed siedmiu laty, zapaleniu macicy oraz jajnika, zauważyła brak perjodów, co trwa do dziś dnia, mimo usilnego leczenia. Przed pięciu laty pokazały się na brodzie, policzkach i na szyi włosy. Włosy te początkowo nieliczne, później stały się bardziej gęste, tak, że obecnie chora zmuszona jest golić się codziennie. W tym samym okresie czasu pojawiło się uwłosienie na kończynach, na piersiach i plecach, głos się zniżył, piersi znacznie się zmniejszyły, a w okolicy czoła i skroni zaczęła występować łysina. Także i stan psychiczny chorej się zmienił: wystąpiło podniecenie oraz myśli samobójcze. Pociąg płciowy do mężczyzn ustał i chora ulega masturbacji i sodomii. Należy zaznaczyć, że chora jest mężatką a po małżeństwie uległa kiłowemu zakażeniu, lecz leczyła się starannie.

Badanie fizykalne potwierdziło stan opisany powyżej a nadto stwierdzono powiększenie się warg sromnych oraz przerost łechtaczki do długości 4 cm., macica nieco zmniejszona, lewy jajnik wielkości mandarynki. Chorą poddano operacji, przy której wycięto chory jajnik a nadto wszczepiono chorej w ścianę macicy i pod otrzewną kawałki jajnika, uzyskanego przy operacji innej chorej. Przebieg pooperacyjny prawidłowy. Po 32 dniach po operacji wystąpił pierwszy perjod, który trwał 6 dni. Drugi perjod wystąpił w 31 dni później. Następne perjody występowały mniej więcej w prawidłowym okresie czasu i trwały po trzy dni. Już w pierwszych miesiącach pooperacyjnych pojawiła się znaczna zmiana w wyglądzie i usposobieniu chorej. Łysina chorej zaczęła porastać włosem, natomiast włosy na twarzy i szyi znacznie pojaśniały, stały się bardziej cienkie i rosły coraz wolniej. Piersi się rozwinęły. W dwa lata później perjody nadal są prawidłowe, twarz straciła zupełnie męski charakter, podobnie jak i cała postać chorej. Po dwóch i pół latach stan pozostał ten sam.

Badania drobnowidowe wyciętego guza jajnikowego wykazały cechy luteinoma ovarii. Należy dodać, że według autorów, zaszczepione części jajnika uległy prawdopodobnie wessaniu i nie brały udziału w przemianie, jaka zaszła w chorej.

Z powyższej historji choroby należy wysnuć wnioski, że obok wirilizmu, pochodzenia nadnerczowego, istnieje niewątpliwie wirilizm pochodzenia jajnikowego. Brak występowania perjodów u omawianej chorej należy łączyć z guzem, który wytworzył się z ciałka żółtego, a obecnie znamy dobrze odrębny wpływ ciałka żółtego i pęcherzyka Grafa na występowanie perjodów. Należy też podkreślić, że zarówno badania embrjologiczne, jak i histo-chemiczne wykazują identyczność pochodzenia i natury ciałka żółtego z istotą korową nadnerczy. Tem też można tłumaczyć, że zarówno luteinoma jajnika, jak i guzy wychodzące z istoty korowej nadnerczy, wywołują analogiczne zmiany, wyżej opisane i ujęte pod nazwą: wirilismus. Sposób, w jaki powyższe guzy wywołują

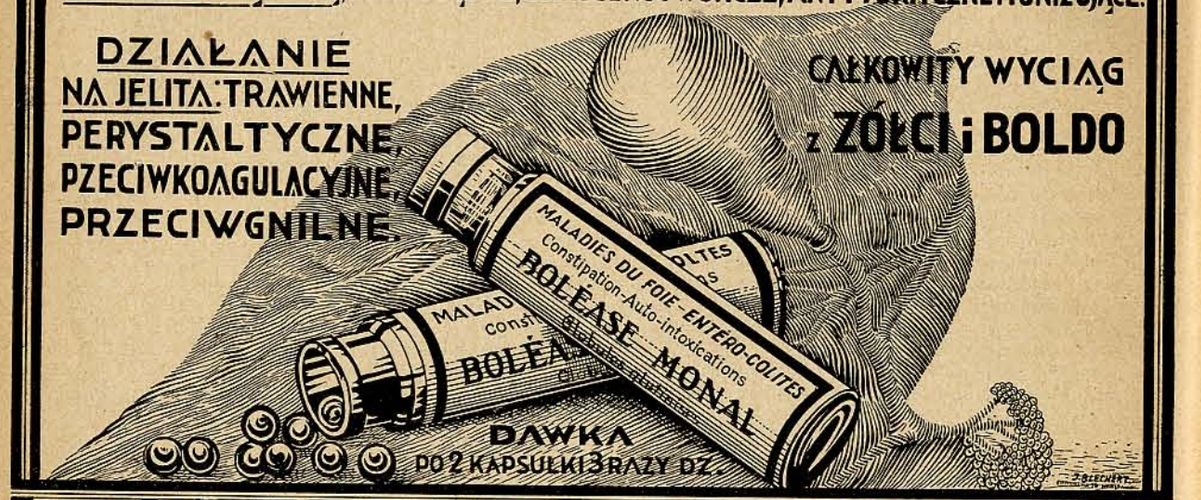
BOLÉASE MONAL

POTĘŻNY ŚRODEK w SCHORZENIACH WĄTROBY I JELIT

DZIAŁANIE na WĄTROBĘ; ŻÓŁCIOPĘDNE, GLIKOGENOTWÓRCZE, ANTYTOKSYCZNE i TONIZUJĄCE.

DZIAŁANIE NA JELITA: TRAWIENNE, PERYSTALTYCZNE, PRZECIWKOAGULACYJNE, PRZECIWGNILNE.

CAŁKOWITY WYCIĄG z ŻÓŁCI i BOLDO



DAWKA PO 2 KAPSUŁKI 3 RAZY DZ.

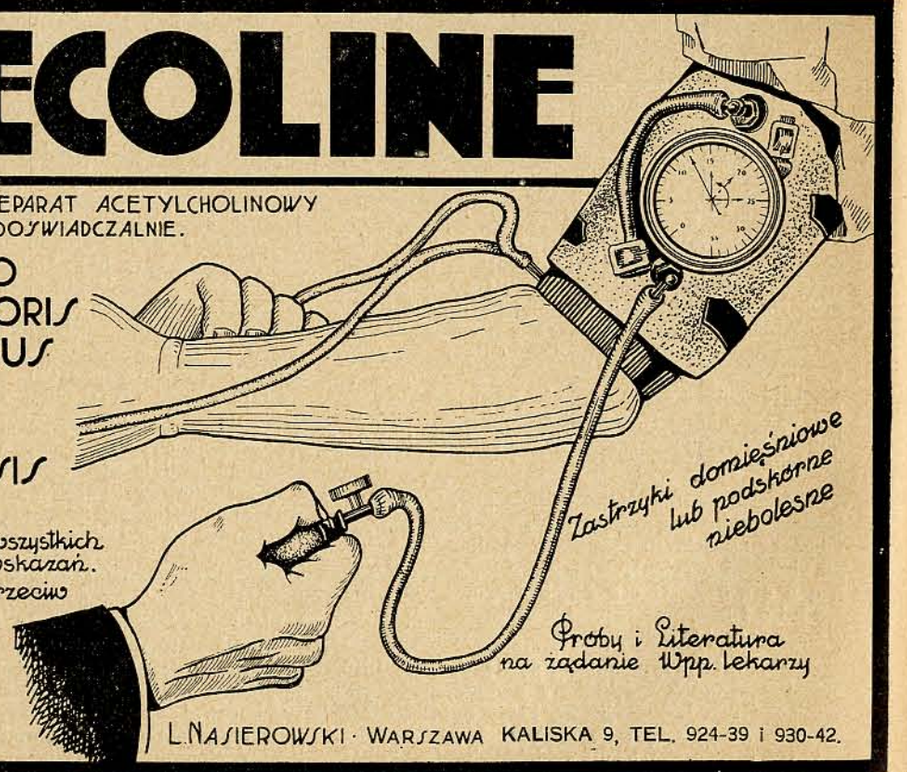
L. NASIEROWSKI

WARSZAWA KALISKA 9. TEL. 724-39, 630-42

ACECOLINE

STABILIZOWANY PREPARAT ACETYLCHOLINOWY SPRAWDZONY DOŚWIADCZALNIE.

HYPERTENSIO
ANGINA PECTORIS
ANGIOSPASMUS
HEMIPLEGIA
GANGRAENA
HYPERHIDROSIS



Zastrzyki domięśniowe lub podskórne niebolesne

DAWKA: 0.1-0.2 gr. dla wszystkich wskazań.

DAWKA: 0.02-0.05 gr. przeciw nadmiernym potom.

POSTACI: ampułki { á 0.10, 0.20. á 0.02, 0.05.

Próby i Literatura na żądanie Wpp. lekarzy

L. WŁODARCZYK

L. NASIEROWSKI · WARSZAWA KALISKA 9, TEL. 924-39 i 930-42.

zmiany, tak charakterystyczne dla wirilizmu — jest nieznany. Faktem jest, że nie chodzi tu o samo tylko zatrzymanie czynności jajników, gdyż kastracja kobiet, którą wykonują niektóre ludy Azji i to w okresie przed dojrzewaniem płciowem, doprowadza tylko do wytworzenia typu bezpłciowego. W opisanym wyżej przypadku i jemu podobnych zmiana chorobowa idzie dalej, gdyż doprowadza do powstania typu odmiennej płci. Wreszcie autorowie przytaczają w krótkości teorję Pende'go, według której w ustroju kobiecym istnieją hormony, właściwe płci męskiej, t. zw. androhormony, które w warunkach prawidłowych są unieczynnione, w wyżej opisanych warunkach zaś zyskują na sile.

Znaczenie podwójnego tonu nad puchliną brzuszną oraz objaw poziomego stłumienia, w pozycji stojącej, dla rozpoznania skąpej puchliny brzusznej. (De l'existence d'un double bruit par la percussion abdominale dans l'ascite. Importance du double bruit ascitique et du signe de la matité horizontale dans la station debout pour le diagnostic des ascites de minime abondance). C. Liani J. Odinet.

Soc. Méd. des Hôpit. Nr. 20 r. 1931.

Stwierdzenie obecności małej ilości płynu w jamie brzusznej jest często bardzo trudne. Autorowie podają nowe sposoby, bardzo czułe, wykrywania nieznacznej ilości puchliny.

Objaw pierwszy polega na osłuchiwaniu brzucha w okolicy jednego zagłębienia biodrowego, przy równoczesnem opukiwaniu analogicznego punktu brzucha, w okolicy przeciwnego zagłębienia biodrowego. W tych warunkach, o ile niema płynu w jamie brzusznej, słyszy się tylko jeden ton. W razie obecności płynu, słyszy się ton podwójny. Praktycznie postępując, należy osłuchiwać stetoskopem i opukiwać jamę brzuszną z niezbyt dużą siłą. To opukiwanie autorowie wykonują lekko uderzając palcem. Zarówno punkt opukiwany, jak punkt osłuchiwany powinien sobie odpowiadać a nadto jest korzystnem możliwie dalekie ustawienie obu tych punktów. Podwójny ton, słyszalny przy obecności płynu, występuje bardzo wyraźnie i pierwsza jego część odpowiada tonowi, który słyszymy w normalnych warunkach, druga zaś część tonu jest dodatkowym objawem akustycznym, zależnym od obecności płynu. Autorowie podkreślają też, że ten objaw daje się zawsze stwierdzić w razie obecności puchliny brzusznej, bez względu na jej ilość. Natomiast nie stwierdza się tego objawu wtedy, gdy pęcherz jest wypełniony moczem, nawet gdy sięga do pępka. Także i bębnica brzucha nie daje powyższego objawu. Tylko wówczas, gdy bębnica dochodzi do bardzo znacznego stopnia, objaw ten może być niepewny. Dalsze badania mogą wyjaśnić, czy obecność torbieli, np. jajnika, nie da powyższego objawu.

Następnie autorowie omawiają drugi objaw, który polega na oznaczaniu linji stłumienia, wywołanego przez obecność płynu w jamie brzusznej, w pozycji stojącej chorego. Autorowie podkreślają, że nawet małe ilości płynu, które w leżącej pozycji chorego nie dają się wyraźnie wykazać — dają wyraźną linję stłumienia w pozycji stojącej. Badanie to nie przedstawia żadnych trudności i jest bez porównania łatwiejsze dla chorego i dla lekarza, aniżeli badanie w pozycji kolanowo-piersiowej. Należy też podkreślić, że w stojącej pozycji chorego występuje objaw, poprzednio opisany, t. j. powstawanie podwójnego tonu przy opukiwaniu jamy brzusznej, znacznie wyraźniej i głośniej, aniżeli w leżącej pozycji.

Z powyższego zatem wynika, że w obu tych objawach uzyskujemy nowy, łatwy do wykonania, sposób wykazywania niewielkiej ilości płynu w jamie brzusznej.

Leczenie zaburzeń wywołanych przez idiosynkrazję do chininy. (Traitement des troubles quiniques de nature idiosyncraisique). E. Manoussakis.

Soc. Méd. des Hôpit. Nr. 25. r. 1931.

Autor, który w wielu swych pracach zajmował się idiosynkrazją w stosunku do chininy, podkreśla, że istnieją przypadki, w których nie podobna żadną metodą uzyskać odczulenia. Fakt ten utrudnia w wysokim stopniu leczenie chorych na zimnicę, którzy wskutek powyższego stanu bądź to ulegają chorobie, bądź też są zmuszeni opuszczać okolice, gdzie zimnica panuje, co nieraz jest połączone z podcięciem podstaw bytu. Dlatego to powyższa sprawa posiada znaczenie także i socjalne.

Badania autora wykazują, że objawy idiosynkrazji chininowej występują u tych chorych z chwilą wprowadzenia niewielkich nawet dawek chininy, ale tylko wówczas, gdy poprzednia dawka chininy została już wydzielona. Na poparcie powyższego twierdzenia, autor przytacza następującą historję choroby:

Chory żołnierz, cierpiący na zimnicę od lat pięciu, wykazuje wyraźne objawy charłactwa natury zimniczej, albowiem wszystkie próby leczenia chorego chininą spełzły na niczem, wobec nieznoszenia przez niego chininy. Autor wstrzyknął choremu 0.10 gr chininy, co wywołało wysypkę typu płonicznego, wysoką gorączkę, wymioty i kilkakrotne omdlenie. Nazajutrz i w następnych 8-miu dniach chory ten znosił bardzo dobrze 1 gr chininy dziennie, rozłożony na trzy wstrzyknięcia. Po sześciu dniach przerwy choremu wstrzyknięto 0.25 gr chininy, co było przyczyną ponownego ostrego napadu, podczas gdy ta sama dawka chininy wstrzykiwana w następnych dniach nie wywołała żadnego odczynu. Wreszcie, po dłuższej przerwie, choremu wstrzyknięto znowu 0.25 gr chininy, w cztery godziny po podaniu doustnem 6 gr chlorku wapnia i w parę minut po wstrzyknięciu 1 mlgr adrenaliny. I tym razem odczyn był bardzo silny. W następnych dniach chory znosił bardzo dobrze dawkę dzienną 1.20 gr. chininy.

U następnych 7-ciu chorych postępowanie było zupełnie podobne a chorzy ci za każdym razem, przy rozpoczęciu leczenia wykazywali objawy idiosynkrazji. Te objawy były najrozmaitszego rodzaju. U pierwszego chorego lekka pokrzywka i zaburzenia żołądkowo-jelitowe, u drugiego ciężka pokrzywka, uczucie lęku i utrata przytomności, u trzeciego objawy pokrzywki i objawy natury nerwowej, u czwartego niesymetryczne obrzęki kończyn, silnie swędzące, u piątego występowała hemoglobinurja, u szóstego również, u siódmego nieżyt nosa i spojówek.

Na podstawie powyższych obserwacyj, autor podkreśla raz jeszcze konieczność podawania następnych dawek chininy w możliwie krótkim cza-

ATURAL

Surowica przeciwpodpuszczkowa, cytrynian trójsodowy, sacharoza.

UŁATWIA TRAWIENIE MLEKA U DZIECI i DOROSŁYCH.

USUWA WSZELKIE OBJAWY NIETOLERANCJI MLEKA JAK: BIEGUNKI, WYMIOTY i T. P.

LECZY NIEŻYTY PRZEWODU POKARMOWEGO OSESKÓW

DAWKOWANIE: 1 miarka na 100 gr. mleka przestudzonego.

Próby i Literatura na żądanie Wpp. lekarzy

L. NASIEROWSKI · WARSZAWA · KALISKA 9 · TEL. 724-39, 630-42.

LIPIODOL LAFAY

Oliwa jodowa o zawartości 40% jodu

Lipiodol Terapeutyczny

Dychawica oskrzelowa i rozedma płuc
Limfatyzm
Choroby stawów (gościec i dna)
Miażdżyca i inne choroby naczyń
Bóle (rwa kulszowa, nerwobóle, etc..)
Kiła i wszystkie inne wskazania dla terapji jodowej

Lipiodol Radjologiczny

Neurologja (czaszka, komory mózgowe, kanał kręgowy)
Drogi oddechowe
Macica i jajowody
Nerki, pęcherz, moczowody
Wrzody i przetoki
Drogi łzowe
Laryngologja (zatoki, trąbka Eustachjusza)
Przełyk etc..etc..

LIPIODOL — Ampułki — Kapsułki — Kołaczyki

A. GUERBET et Cie, 22 rue du Landy, St. Ouen, via Paryż

sie po pierwszej dawce (która wywołała objawy idiosynkrazji), tak aby ustrój stale był pod wpływem działania chininy. W końcu swej pracy autor opisuje cechy, które charakteryzują idiosynkrazję do chininy. Objawy idiosynkracji występują w przeciągu pierwszej godziny po podaniu tego leku. Wszystkie czynniki, które opóźniają wchłanianie się leku opóźniają zarazem występowanie zaburzeń. Zaburzenia te szybko uzyskują maximum swego natężenia i wówczas to można stwierdzić obniżenie się tętniczego ciśnienia skurczowego i zmniejszenie się liczby białych ciałek krwi. Napady wywołane tą idiosynkrazją do chininy, pojawiają się już po pierwszem przyjęciu tego środka, gdyż nadwrażliwość wobec chiny jest wrodzona. Każda nowa dawka tego leku po pewnej przerwie wywołuje objawy, które występują pod tą samą postacią u tego samego chorego, przyczem stopień ciężkości tych objawów zależy nietylko od wielkości dawki chininy, ale też i od ogólnego stanu chorego. Podobnie i wrażliwość względem dawki jest różna i waha się od kilku dziesiętnych miligrama aż do jednego grama, przyczem ta dawka nie zawsze jest jednakowa u danego chorego, lecz zależy także od stanu jego zdrowia. Granica tolerancji względem chininy jest zazwyczaj niższa u chorych, którzy reagują objawami skórnymi, niż u chorych, którzy reagują wystąpieniem hemoglobinurji.

Uwagi o nefrozie lipoidowej. Lipoidurja w zapaleniach nerek. (Rémarques sur la néphrose lipoïdique. La lipoïdurie dans les néphrites). C. Achard.

Soc. Méd. des Hôpit. Nr. 25, r. 1931.

W ostatnich czasach zainteresowanie się nefrozą lipoidową jest bardzo znaczne, czego dowodzi liczba prac ogłaszanych z tej dziedziny. Początkowo opisywano przypadki typowe, w których można było wykazać złogi lipoidów w nerkach, później jednak znajdywano analogiczne zespoły humoralne, także i w innych zapaleniach nerek tak, iż rozgraniczenie tych poszczególnych postaci straciło znacznie na ostrości. Podobnie i sama nazwa nefrozy lipoidowej straciła na znaczeniu, gdyż obecność ciał lipoidowych w moczu, co jest klinicznym wyrazem istnienia złogów lipoidowych w nerce stwierdzano w najrozmaitszych chorobach nerek. Na podstawie własnego doświadczenia 30-tu przypadków, w których istniała lipoidurja, autor stwierdzał następujące zmiany nerkowe: zapalenia nerek ostre i podostre, zmiany sklerotyczne w nerkach oraz zmiany w nabłonkach nerkowych, oraz schorzenia nerek, bądźto typu azotemicznego, bądź też obrzękowego. Nadto niejednokrotnie można było stwierdzić tylko przejściowe występowanie lipoidów w moczu.

Obok powyższej, zasadniczej cechy nefrozy lipoidowej, jaką jest obecność ciał lipoidowych w moczu, opisywano też zespół humoralny, który polega na zmniejszeniu się odsetkowej ilości białka w surowicy krwi, ze szczególnem zmniejszeniem się ilości albumin oraz ze znacznem zwiększeniem się ilości lipoidów we krwi. Należy podkreślić, że powyższy zespół humoralny spotykamy w najrozmaitszych schorzeniach nerek, bez lipoidurji, a nawet w rozmaitych schorzeniach, przebiegających bez zmian w nerkach i bez lipoidurji.

Rzekomo swoiste leczenie nefrozy lipoidowej, polegające na podawaniu przetworów z tarczycy, okazuje się o tyle nie swoiste, że tyreoidyna bywa skuteczna także i w zapaleniach nerek bez lipoidurji.

Należy też zaznaczyć, że istnieją przypadki nefrozy lipoidowej bez opisanego wyżej zespołu humoralnego.

W dyskusji Léon *Bernard* podkreśla, że niesłuszne jest stwarzanie nowej jednostki chorobowej pod nazwą nefrozy lipoidowej. Mówca sądzi, że należy wyodrębniać jedynie, tak zw. we Francji, postać obrzękową zapalenia nerek, charakteryzującą się zwyrodnieniem nabłonków nerkowych, z równoczesnymi uszkodzeniami typu zapalnego. W tej postaci zapalenia nerek spotykamy przedewszystkiem zatrzymanie chlorków w ustroju, a następnie i inne zaburzenia. Między tymi zaburzeniami widujemy też zespół, który opisano jako charakterystyczny dla nefrozy lipoidowej. Ta „odmiana lipoidowa" posiada jedną szczególną cechę, a mianowicie, że pod wpływem odpowiedniego leczenia przebiega łagodniej i daje lepsze rokowanie, niż inne postaci tego samego zapalenia nerek. Mówca skłania się też do zdania Achard'a, że zamiast miana: nephrosis lipoidica, należy używać nazwy: nephritis lipoidica. Wreszcie mówca podkreśla znaczenie etjologji gruźliczej w powstawaniu omawianego cierpienia.

W dalszej dyskusji *Rathery* podkreśla, że nazwę nephrosis lipoidica rozszerzono niepotrzebnie na rozmaite przypadki schorzeń nerek i to wbrew klasycznemu opisowi Epsteina, który pod powyższem mianem rozumiał zespół, polegający na zaburzeniu przemiany azotowej i na niedomodze tarczycy.

CHIRURGJA

Szycie kości w przypadku złamania obojczyka z wytworzeniem trzeciego odłama. (Fracture en trois fragments de la clavicule traitée par l'ostéosynthèse). Dupuy de Frenelle.

Bull. et Mém. de la Soc. de Chirurgiens de Paris, Nr. 11, czerwiec 1931.

Złamanie obojczyka bardzo rzadko, naogół, daje wskazanie do leczenia operacyjnego; jedynie skośne złamania, w których jeden z odłamów grozi uszkodzeniem splotu barkowego lub dużych naczyń, względnie złamania z wytworzeniem trzeciego odłamu, wymagają operacyjnego zeszycia odłamów. Poza tem względne wskazania do operacji mogą wypływać z przesłanek kosmetycznych, zwłaszcza u kobiet, jednakże z tem zastrzeżeniem, że użycie do szycia kości ciała obcego (metalu) sprzyja naogół powstawaniu dużej i grubej blizny kostnej, co może popsuć nieco właściwy efekt kosmetyczny.

Są również chirurdzy, jak *Ombrédanne*, którzy wskazania do szycia kości w złamaniach obojczyka stawiają znacznie szerzej, a mianowicie — we wszystkich przypadkach złamania z wyraźnie zaznaczonem przemieszczeniem odłamów. Autor wykonuje operację z cięcia wzdłuż przedniego brzegu obojczyka; okostnę przecina na jego górnym brzegu, poczem odwarstawia ją na niewielkiej przestrzeni od góry, zestawia odłamy i unieruchamia zapomocą blaszki metalowej, przyśrubowanej do części zdrowych obojczyka czterema

śrubami. Odłam trzeci, jeśli jest obecny, przymocowuje do blaszki jakąś nitkę niewsysającą się np. nitkę ze ścięgna reniferowego. Po zaszyciu doszczętnem ramy (jeden szew przez wszystkie warstwy) kładzie się zwykły opatrunek jałowy i unieruchamia ramię i bark przez przybandażowanie łokcia do klatki piersiowej.

Dużą zaletą tego rodzaju leczenia złamań obojczyka jest, między innemi, możność szybkiego powrotu do pracy chorego.

Leczenie ropni przyodbytniczych bakterjofagiem. (Traitement des abscès de la region anale par le bactériophages). Jacquemaire.

Bull. et Mém. de la Soc. des Chirurgiens de Paris Nr. 10, czerwiec 1931.

Leczenie zwykłe, klasyczne zapalenia ropnego tkanki przyodbytniczej trwa naogół długo, nie daje nigdy pewności co do pomyślnego wyniku i, w końcu, pozostawia zawsze obawę co do ewentualnego powstania ropnej przetoki przyodbytniczej, a w razie przecięcia zwieracza (ropień dołu odbytniczo-kulszowego) — obawę nietrzymania następowego gazów.

Autor w ciągu ostatnich trzech lat spostrzegał i leczył cały długi szereg przypadków ropni przyodbytniczych zapomocą wstrzykiwania bakterjofaga, i to zarówno ropni powierzchownych, jak i głębokich. Zalety tego sposobu są następujące: prostota i łatwość wykonania, szybkość i doskonałość wyników ostatecznych, oszczędzenie choremu konieczności usypiania i bolesnych opatrunków i, wreszcie, brak następowej blizny i niebezpieczeństwa powstania przetoki przyodbytniczej.

Wykonanie jest następujące. Jeśli chory się zgłasza w okresie bardzo wczesnym — z naciekiem, ale bez wyraźnego ogniska ropy, wówczas zalecamy lawatywę, opatrunek jałowy na okolicę chorą i wstrzykujemy pod skórę na plecach 2 cm³ bakterjofaga przeciwgronkowcowego. Po 24 — 36 godzinach ropień jest już zebrany, dojrzały do opróżnienia. Wstrzykujemy choremu podskórnie po raz drugi 2 cm³ bakterjofaga przeciwgronkowcowego, poczem nakłuwamy (w znieczuleniu miejscowem lub przy pomocy chlorku etylu) nożem ścianę ropnia na jego szczycie, wprowadzamy do jamy ropnia kocher i przez rozsunięcie jego nóżek umożliwiamy opróżnienie ropnia, które powinno być możliwie dokładne (usunięcie tkanek obumarłych). Po tem wprowadzamy strzykawkę bez igły do jamy ropnia 5 — 10 cm³ mieszaniny bakterjofaga przeciwgronkowcowego i przeciw prątkom okrężnicy, i przez kolejne apsirowanie i wstrzykiwanie tego płynu przemywamy dokładnie tę jamę. Wreszcie płyn ten się wypuszcza, nakłada opatrunek jałowy i zaleca się choremu powstrzymanie się od oddawania stolca (opium) w przeciągu kilku dni.

Gorączka spada zwykle tego samego dnia i nie powraca już, bóle ustępują również. Następnego dnia rozwiera się zgłębnikiem sklejone brzegi cięcia — wylewa się zwykle trochę płynu mętnego, z domieszką krwi, ale właściwej ropy już nie bywa. Opróżnienie jamy i przemycie bakterjofagiem — jak poprzedniego dnia! jama ropnia jest już znacznie mniejsza, jakby obkurczona. Trzeciego dnia — to samo, poczem ropień można uważać za wygojony — jego ściany są sklejone, wydzieliny brak, otwór zamknięty strupkiem. Czwartego — piątego dnia chory dostaje na przeczyszczenie i wraca do swych zajęć codziennych jako wyleczony.

Nawrotów nie widuje się.

Przyczynek do podawania w celach leczniczych ergosterolu naświetlanego w przebiegu gruźlicy chirurgicznej i płuc. (A propos de l'administration d'ergostérol irradié aux tuberculeux). Délore.

Le Journ. de Médecine de Lyon Nr. 276, lipiec 1931.

Wyniki doświadczeń na zwierzętach *(Levaditi, Policard i Ravant)* z podawaniem, w celach wywołania zwapnień ognisk chorobowych, ergosterolu naświetlanego pokazały, że środek ten rzeczywiście posiada zdolności uwapniające, ale w dawkach tak dużych (500 — 1000 razy większych od dawek, stosowanych w krzywicy), że zwierzęta odnośne ginęły wskutek zatrucia. W warunkach klinicznych stosowanie takich dawek, ze względu na ich toksyczność i niebezpieczeństwo powstania zwapnień niepożądanych, jest niemożliwe. Zresztą, takie uwapnienie za wszelką cenę ogniska gruźliczego nie jest bynajmniej równoznaczne z jego wygojeniem. Z drugiej zaś strony, zdarza się bardzo często zagojenie się ogniska gruźliczego bez jego zwapnienia. Zwapnienie takie jest raczej dowodem wygojenia się sprawy chorobowej, niż koniecznym do tego warunkiem; warunkiem takim jest zabliźnienie się ogniska, które należy odróżniać od właściwego zwapnienia.

Z powyższych rozważań nie wypływa jednakże bynajmniej odrzucenie zupełne w leczeniu gruźlicy wapna i ergosterolu naświetlanego. Jeden i drugi środek mają tutaj swoje znaczenie, tylko nie to, jakie się im czasami niesłusznie przypisuje. Dlatego też i nadal trzeba pamiętać o tem, żeby u gruźlików ogólna rezerwa nie była uszczuplona, a utrata wapnia — jak najmniejsza. Co się zaś tyczy ergosterolu, to jego rola w gruźlicy polega raczej na współdziałaniu w leczeniu naświetlaniami (czynnik pośredni aktinoterapji), i w tem przekonaniu powinien być podawany chorym w dawkach niewielkich, ale stosowanych przez czas dłuższy. Należy przytem zaznaczyć, że ergosterolu naświetlanego nie można uważać za czynnik zupełnie równorzędny i równoznaczny z tranem, którego działanie, jakkolwiek podobne do ergosterolu, jednakże ze względu na bogatą zawartość jodu i witaminy A (witaminy wzrostu) jest znacznie silniejsze od ergosterolu. Wskazania do podawania tego ostatniego wypływają przeważnie z przeciwskazań (zwykle chwilowych, sezonowych) do podawania tranu .

W ten sposób znajdują swoje uzasadnienie podawania w leczeniu gruźlicy wszystkie te trzy środki: wapno, tran i ergosterol naświetlany.

Leczenie ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego. (Traitement de l'appendicite aiguë). Schwartz.

Paris Méd. Nr. 30, lipiec 1931.

Obecnie panuje już ogólna zgoda co do tego, że ostre zapalenie wyrostka robaczkowego leczy się wyłącznie operacyjnie; jeśli są tu jakie różnice, to dotyczą one tylko terminu, kiedy należy operować. Autor podkreśla przy tej sposobności fakt, ogólnie zresztą znany, tem nie mniej niesłychanie ważny — jak często się zaznacza rozbieżność między nasileniem objawów klinicznych zapalenia wyrostka, a nasileniem zmian anatomopatologicznych. Ze względu na tę rozbieżność, tylko z wielką ostrożnością należy się opierać na obrazie klinicznym zapalenia wyrostka, decydując o wskazaniach do operacji.

Ogólne wskazówki dla chirurga w przypadkach ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego możnaby przedstawić w sposób następujący:

I. Ostre zapalenie wyrostka, ograniczone do jego ściany, bez ropienia i jakiegokolwiek zajęcia otrzewnej — operować zaraz, zasadniczo bez względu na to, ile godzin upłynęło od początku napadu. Jeśli objawy przycichają, można odłożyć operację do całkowitego „wystygnięcia“ (1 — 3 miesięcy), ale z tem zastrzeżeniem, że w razie najmniejszego pogorszenia operować się będzie natychmiast. Po wycięciu wyrostka brzuch zaszywa się doszczętnie.

II. Ostre zapalenie wyrostka z ropniem przywyrostkowym — opróżnia się i sączkuje jamę ropnia; wyrostek wycina się za drugim razem (po kilku miesiącach).

III. Ostre zapalenie wyrostka z rozlanem zapaleniem otrzewnej — wycięcie wyrostka, pozostawienie worka Mikulicza po str. prawej (bez zaszywania rany) i, poza tem, jednego sączka gumowego (zawiniętego w gazę) nad spojeniem — drążącego do małej miednicy, a drugiego — po stronie lewej, drążącego do talerza biodrowego lewego.

Najnowsze wskazówki w sprawie leczenia ostrego zapalenia stawów rzeżączkowego. (Quelques traitements récents des arthrites genococciques aiguës). Mondor.

Paris Méd. Nr. 28, lipiec 1931.

Współczesne leczenie rzeżączki stawów składa się z następujących pięciu działów, które wymagają wszystkie mniej więcej równomiernego uwzględnienia w każdym prawie przypadku: 1) zwalczanie zakażenia rzeżączkowego u źródła, które jest naogół równoznaczne z wrotami wejścia zakażenia (cewka, pochwa, szyjka macicy), 2) leczenie ogólne chemiczne i ciałami promieniotwórczemi, 3) proteinoterapja, 4) leczenie biologiczne czyli swoiste (szczepionki), i 5) leczenie miejscowe przerzutów zakaźnych czyli zapalenia stawów.

I. Leczenie zakażenia rzeżączkowego u źródła jest nieomal najważniejszym czynnikiem leczenia rzeżączki stawowej; bez opanowanie ogniska pierwotnego niema mowy o trwałem wyleczeniu stawów. Przyczem leczenie to nie ogranicza się wyłącznie do cewki moczowej, ale rozciąga się również na wszelkie powikłania rzeżączkowe ze strony narządów płciowych u mężczyzn i kobiet (gruczoł krokowy, pęcherzyki nasienne, macica, przydatki).

II. Ze środków ogólnych natury chemicznej zasługują na uwagę tylko dwa — organiczne związki arsenu (neosalvarsan) i gonakryna; zwłaszcza ta ostatnia daje bardzo dobre wyniki i pewne (50% wyleczenia i 30% poprawy). Ze środków promieniotwórczych stosuje się „thorium X“ w postaci wstrzykiwań w odstępach tygodniowych; wystarcza zwykle 5 — 7 wstrzyknięć. Thorium X szczególnie jest wskazane w przypadkach zapalenia stawu ropowicowego i przy tendencji zesztywnień wskutek zrostów kostnych. Przeciwskazaniem doń jest krwawiączka i niedokrwistość.

III. Różni autorowie podają wyniki różne i często zupełnie sprzeczne po stosowaniu proteinoterapji w rzeżączce stawów, czyto chodzi o autohemoterapję, czy o mleko, kazeinę i t. p. Autor jest zdania, że wywoływanie tutaj wstrząsu leczniczego jest mało skuteczne i dlatego proteinoterapji nie zaleca.

IV. Co do szczepionek swoistych, to tutaj zdania są również podzielone,

FRANCUSKIE WODY MINERALNE

Zwracać uwagę na znak ochronny

Zwracać uwagę na znak ochronny

VITTEL

GRANDE SOURCE

Działa leczniczo na **NERKI**

Podagra-dna. Piasek moczowy (Kamienie nerkowe)

Artretyzm.

SOURCE HÉPAR

Obfitość leczniczych składników mineralnych

Działa leczniczo na **WĄTROBĘ**

Kamienie żółciowe

Obstrukcja

Niedomoga Wątroby.

Sezon od 20 Maja — 25 Września.

NOWOCZESNY ZAKŁAD WODOLECZNICZY.

większość jednakże uważa środek ten za bardzo skuteczny, zwłaszcza jeśli wprowadza się szczepionkę w miejscu wkroczenia pierwotnego zakażenia (w otoczenie cewki moczowej, do gruczołów Bartholiniego).

Wstrzykiwanie dożylne surowicy autor uważa za niecelowe i do tego bardzo niebezpieczne (wstrząs anafilaktyczny).

VI. Arsenał środków leczniczych, dotyczących samych stawów, jest tak bogaty, że nawet tylko wyliczyć je byłoby tutaj zatrudno. Do najwięcej stosowanych i najpewniejszych w swem działaniu należą: unieruchomienie, nakłucia stawu, nacięcia torebki stawowej (arthrotomia), naświetlania rentgenowskie, diatermja i wywoływanie przekrwienia według Biera.

Wszystkie te wyżej wymienione środki mają znaczenie przedewszystkiem, jeśli chodzi o zachowanie maksymalnej sprawności stawu po wygaśnięciu w nim procesu zapalnego; dla zwalczenia zaś samego procesu zakaźno-zapalnego w stawie chorym decydującym będzie wynik leczenia ogólnego i leczenia rzeżączki w jej punkcie wyjściowym.

Leczenie wewnętrzne kamicy nerkowej. (Traitement des lithiases rénales) — temat programowy Zjazdu Lekarskiego w sprawie kamicy układu moczowego w Vittel w maju 1931 r. Labbé.

La Presse Méd. Nr. 71, wrzesień 1931.

I. Kamica moczanowa (75% przypadków kamicy). Mechanizm chorobotwórczy polega tutaj na zaburzeniu przemiany materji nukleoalbuminów z następowem zwiększeniem stężenia kwasu moczowego we krwi z jego wypadaniem z roztworu i osadzeniem się w drogach moczowych pod postacią kamieni. Leczenie kamicy moczanowej będzie polegało na: 1) zmniejszeniu wytwarzania kwasu moczowego w ustroju przez usunięcie pokarmów bogatych w nukleoalbuminy i ciała purynowe — a więc djeta mleczno-jarzynowa z dodaniem jajek i owoców; 2) ułatwienie wydalania tego kwasu przez spożywanie dużych ilości płynów (wody mineralne naczczo i poza jedzeniem) i branie lekarstw, zwiększających rozpuszczalność kwasu moczowego (uricedina, piperazina, salicylan sodu, aspiryna).

II. Kamica szczawianowa (25% wszystkich przypadków kamicy). Przyczyny odkładania się szczawianów w drogach moczowych jest albo wzmożone ich wydalanie z moczem, albo zmniejszenie ich rozpuszczalności (zmiana odczynu moczu na zasadowy strąca kwas szczawiowy — odwrotnie niż kwas moczowy). Kamica moczanowa bywa przy moczu kwaśnym, kamica szczawianowa — przy zasadowym.

Leczenie kamicy szczawianowej będzie polegało na: 1) zmniejszeniu dopływu szczawianów przez odpowiednio dobraną djetę (wyłączenie kakao, czekolady, ryb, szczawiu, szpinaku, grochu, fasoli, ogórków, fig, śliwek i gruszek); 2) ułatwienie wydalania kwasu szczawiowego przez podawanie soli magnezowych (rozpuszczalność szczawianu magnezu i sodu jest znacznie większa, niż szczawianu wapnia); 3) ograniczenie fermentacji kiszkowej do minimum; 4) podawanie dużych ilości płynów (wód mineralnych).

III. Kamica fosforanowa — jej przyczyną bywa zwiększenie wydzielania wapna z moczem i zmniejszenie jego rozpuszczalności, co bywa najczęściej następstwem zakażenia moczu i jego fermentacji. Leczenie będzie polegało na zwalczaniu zakażenia i zakwaszaniu moczu przez podawanie pokarmów bogatych w kwas fosforowy. Jednocześnie ogranicza się pokarmy bogate w wapno jak mleko, żółtko jaja, kapusta, figi, pomarańcze.

Leczenie chirurgiczne kamicy układu moczowego. (Indications chirurgicales de la lithiase urinaire) — temat programowy Zjazdu Lekarskiego w sprawie kamicy moczowej w Vittel w maju 1931. Legueu i André.

La Presse Méd. Nr. 71, wrzesień 1931.

Wskazania do tego czy innego zabiegu chirurgicznego będą zależały z jednej strony od stanu czynnościowego nerek, z drugiej zaś — od umiejscowienia kamienia względnie kamieni.

I. Stan czynnościowy nerek dobry. Przy umiejscowieniu kamieni w samej nerce wskazane jest zasadniczo leczenie wewnętrzne, operacja jest konieczna tylko w przypadkach krwiomoczu i silnych bólów. W razie nieskutkowania leczenia wewnętrznego operacja będzie wskazana i w pozostałych przypadkach. Zabieg operacyjny będzie polegał na nacięciu miedniczki względnie nerki (kamienie małe i średnie), lub na wycięciu nerki (kamienie duże, wypełniające miedniczkę i kielichy).

Przy umiejscowieniu kamienia w moczowodzie operacja będzie wskazana w przypadkach, niepoddających się leczeniu wodami mineralnemi, i w przypadkach kamieni, tkwiących nieruchomo w jednem miejscu i nie wykazujących tendencji przesuwania się w dół — pomimo prób, czynionych w tym kierunku.

Jeśli kamienie są jednocześnie w nerce i w jej moczowodzie, wyjmuje się jednocześnie obydwa kamienie (jeśli technicznie jest to możliwe), albo najpierw kamień moczowodowy, a później nerkowy.

II. Stan czynnościowy nerki zły (wodonercze; roponercze). Umiejscowienie kamienia w moczowodzie — przy dobrym stanie ogólnym chorego — daje wskazanie do jak najszybszego jego wyjęcia i następowego leczenia nerki; przy złym stanie chorego — wyjmuje się nerkę, pozostawiając narazie kamień moczowodowy na miejscu. W wyjątkowo ciężkich przypadkach zamiast wycięcia nerki będziemy musieli się ograniczyć do jej nacięcia.

Jeśli kamień jest w nerce, operować należy również i operacja będzie polegała odrazu na wyjęciu nerki. Tylko w przypadkach niewielkiego upośledzenia czynności nerki (wodonercze) można się ograniczyć do wyjęcia kamieni, licząc na następową poprawę ze strony nerki.

III. Kamica nerkowo-moczowodowa obustronna wymaga — ze względu na wskazania operacyjne — szczególnego omówienia. Częstość występowania tego rodzaju kamicy wynosi 8%. Przy wyborze tego czy innego sposobu operacyjnego szczególnie pilnie trzeba tutaj zważać na wydolność czynnościową nerek i stan ogólny chorego. Przy dobrym stanie ogólnym i nerek operować trzeba (pyelotomia, nephrotomia), przyczem zabieg rozkłada się — zależnie od ilości i umiejscowienia kamieni — na 2 lub 3 tempa. Wycięcia nerki nie bierze się w rachubę prawie nigdy.

Przy złym stanie ogólnym (zatrucie, wyniszczenie, gorączka) chorzy muszą być do operacji odpowiednio przygotowani. Zaczyna się od operowania nerki czynnościowo lepszej. Jeśli po jednej stronie mamy kamień w nerce, a po drugiej — w moczowodzie, to zaczynamy od tego ostatniego.

W leczeniu pooperacyjnem kamicy nerkowo-moczowodowej grają ogromną rolę przemywania miedniczek.

Przyczyny nawrotu kamicy moczowej po operacji wyjęcia kamieni. (Les causes de récidives après l'ablation chirurgicale des calcules du rein) — temat programowy Zjazdu Lekarskiego w sprawie kamicy moczowej w Vittel w maju 1931. Pasteau.

La Presse Méd. Nr. 71, wrzesień 1931.

Przypadki nawrotu pooperacyjnego kamicy są stosunkowo częste. Tłumaczy to dostatecznie tę wstrzemięźliwość w kwalifikowaniu chorych odnośnych do operacji, jaka cechuje poglądy współczesne na leczenie kamicy układu moczowego.

Zaznaczyć należy przedewszystkiem, że pewna liczba nawrotów nie odpowiada nawrotowi w ścisłem tego słowa znaczeniu, gdyż odnośne kamienie były pozostawione na miejscu z różnych względów już w czasie pierwszej operacji. Są to kamienie, nie zauważone przez operującego z powodu błędów techniki operacyjnej, ze względu na swoje małe wymiary, swoją miękkość (spoistość błota), lub też pozostawione wskutek rozkruszenia się w czasie operacji kamienia dużego.

Jednakże nawet wtedy, kiedy wszystkie kamienie zostały usunięte, w pewnych przypadkach zjawiają się one znowuż. Główną po temu przyczyną jest zaleganie pooperacyjne moczu w rozciągniętej i porażonej miedniczce względnie w jej uchyłkach po wyjętem kamieniu; następstwem tego zalegania jest zakażenie moczu, które daje bezpośredni impuls do tworzenia nowych kamieni.

Ze względu na zabezpieczenie się przed nawrotem kamicy, wskazane są tu następujące środki ostrożności.

W czasie operacji należy zwrócić szczególną uwagę na to, żeby zostały usunięte z nerki wszystkie kamienie co do jednego, co ułatwia ogromnie wykonanie przed operacją dokładnego zdjęcia rentgenowskiego; jakkolwiek małe kamienie moczanowe mogą nie zostać ujawnione na kliszy. Poza tem trzeba uważać, żeby nie pokruszyć kamienia przy jego wyjmowaniu, a następnie jamę miedniczki dokładnie oczyścić i przemyć.

Należy również pamiętać o dokładnem tamowaniu krwawienia i sączkowaniu bezpośredniem jamy po wyjętych kamieniach (jeśli zaszła konieczność nacinania samego miąższu nerkowego) — a to dla odprowadzenia nazewnątrz skrzepów krwi i ewentualnie pozostałych kamyków; pozostawienie skrzepów w miedniczce sprzyja powstaniu następowego zakażenia i nowych kamieni. Opatrunek rany pooperacyjnej nie powinien być przesiąknięty ani krwią, ani moczem, gdyż to również sprzyja zakażeniu. Wskazane jest z tego samego względu odkażanie moczu środkami wewnętrznemi przez długi czas po operacji. Wreszcie, nie należy zapominać o bardzo ważnem leczeniu pooperacyjnem specjalną djetą (zależnie od natury chemicznej kamieni), piciem wód mineralnych i, zwłaszcza, wielokrotnie powtarzanem przemywaniem miedniczki zapomocą zgłębnika moczowodowego.

PERSODINE

Lumière

SWOISTE LECZENIE

BRAKU ŁAKNIENIA

NADSIARCZANAMI

DZIAŁA OGÓLNIE **DROGĄ KRWIOBIEGU**

ZAPOMOCĄ **TLENU:**

$$[M_2]S_2O_8 + H_2O = [M_2]SO_4 + H_2SO_4 + O$$

ANALOGJA z DZIAŁANIEM **KLIMATU GÓRSKIEGO.**

PRZYWRACA ŁAKNIENIE NAWET W NAJUPORCZYWSZYCH PRZYPADKACH U DOROSŁYCH I DZIECI.

Łaknienie, wywołane zapomocą PERSODINE jest wyrazem wzmożenia zdolności asymilacyjnej ustroju.

SPOSÓB STOSOWANIA:

Dorośli: 2 razy dziennie po 3 tabletki na godzinę przed jedzeniem.

Dzieci od 8 — 10 lat: 2 razy dziennie po 2 tabletki na godzinę przed jedzeniem.

Dzieci od 2 — 7 lat: 2 razy dziennie po 1 tabletce na godzinę przed jedzeniem

rozpuszczając tabletki w 1/4 szklanki czystej wody bez dodawania cukru lub innych substancyj.

Mechanizm chorobotwórczy i leczenie bezmoczu odruchowego w przebiegu kamicy moczowej. (Pathogénie, évolution et traitement de l'anurie calculeuse). Jeanbrau.

La Presse Méd. Nr. 71, wrzesień 1931 (refer. zjazdowy — jak wyżej).

Podnieta nerwowa, wychodząca z zatkanego kamieniem lub skurczonego czynnie moczowodu, za pośrednictwem nerwu trzewnego powoduje skurcz naczyń krwionośnych nerki i moczowodu po stronie przeciwnej — taki jest mechanizm powstawania odruchowego bezmoczu.

Jeśli chodzi o stopień zatrucia chorego (a w związku z tem i rokowanie), to liczba, wskazująca stężenie azotu bezbiałkowego we krwi, nie jest tu dostatecznie miarodajna; lepiej jest oprzeć się w rokowaniu na wskaźniku Cristol'a i Puech'a (l'indice de polypeptidémie), który lepiej od stężenia azotu bezbiałkowego we krwi odzwierciadla zaburzenia w przemianie azotowej ustroju.

Leczenie bezmoczu odruchowego. Przedewszystkiem należy wykonać zdjęcie rentgenowskie moczowodów, żeby wyłączyć ich

zatkanie mechaniczne kamieniem. Następnie, żeby pobudzić daną nerkę do wydzielania moczu, podaje się belladonnę, bellafolinę, papawerynę, wstrzykuje się izotoniczny roztwór cukru gronowego (roztwory hypertoniczne są tutaj przeciwskazane), stosuje się gorące okłady na okolice lędźwiowe ,gorące kąpiele (38° C), rozciąganie pęcherza moczowego według *Pasteau*.

Jeśli po 12 godzinach mocz nie zacznie odchodzić, wówczas wprowadza się na stałe do miedniczek cewniki moczowodowe. Jeśli po dwu dniach niema poprawy i mocz w dalszym ciągu się nie pokazuje, pozostaje już tylko wykonać nacięcie nerki, zatkanej kamieniem (z której wyszedł impuls hamujący do drugiej nerki), i sączkowanie miedniczki poprzez ranę.

Ten ostatni zabieg zdołał obniżyć śmiertelność wskutek bezmoczu odruchowego w przebiegu kamicy z 71% na 18%.

Następnie wstrzykuje się, jak wyżej, roztwór izotoniczny cukru gronowego i specjalny preparat wyciągowy z nerki, bezbiałkowy i bezlipoidowy (i n o r e n o l), który wywołuje zwiększone wydzielanie przez nerki produktów trujących i ułatwia diurezę.

Działanie lecznicze hirudyny w zapaleniach zakrzepowych żył i w zakażeniach ogólnych. (Action thérapeutique de l'hirudine dans les phlébites, la septicémie et dans quelques affections de nature microbienne). D i m i t r i u i S o m n e a.

La Presse Méd. Nr. 74, wrzesień 1931.

Hirudynę uważano dotychczas za środek, dosyć silnie przeciwdziałający krzepnięciu krwi, a nawet wywołujący, jakoby, rozpuszczanie się skrzepliny w żyle. Badania doświadczalne autorów i ich spostrzeżenia kliniczne przywiodły ich do zupełnie odrębnych poglądów na działanie lecznicze hirudyny. Środek ten nie jest w stanie przeszkodzić wytworzeniu się skrzepliny w żyle, a tembardziej rozpuścić ją; jej działanie polega wyłącznie na ułatwieniu organizmowi zwalczenia krążących we krwi drobnoustrojów chorobotwórczych o n i e z b y t d u ż e j ż y w o t n o ś c i — to jest właśnie takich drobnoustrojów, które zwykle są przyczyną powstawania pooperacyjnego zakrzepowego zapalenia żył. W warunkach prawidłowych drobnoustroje takie zostają pochłonięte przez białe ciałka krwi i zaniesione przez nie do układu siateczkowośródbłonkowego, gdzie ulegają ostatecznemu zniszczeniu. W okresie pooperacyjnym ta wymiana białych ciałek między krwią i układem siateczkowo-śródbłonkowym bywa częściowo zahamowana, wstrzykiwania zaś hirudyny znoszą tą blokadę i nasilają wymianę ciałek białych, a pośrednio — ułatwiają usunięcie ze krwi drobnoustrojów to jest tego czynnika, który warunkuje powstawanie zakrzepowego zapalenia żył. Z powyższego widać, że rola hirudyny jest tutaj raczej zapobiegawcza, niż lecznicza w ścisłem tego słowa znaczeniu.

Co się tyczy o g ó l n y c h z a k a ż e ń ustroju (septicaemia), to tutaj hirudyna również wywiera pomyślne działanie lecznicze, gdyż — w połączeniu z wstrzykiwaniami adrenaliny i wstrzykiwaniami terpentyny dla wywołania ropni jałowych — ułatwia wymianę białych ciałek między krwią i układem siateczkowośródbłonkowym, stwarza lepsze warunki dla powstawania jałowych ropni leczniczych i przyczynia się w ten sposób wydatnie do zwalczenia zakażenia.

Przyczynek do wczesnego leczenia operacyjnego otwartych złamań goleni. (A propos du traitement immédiat des fractures de jambe). B a u d e t.

La Presse Méd. Nr. 77, wrzesień 1931.

Gojenie się złamań zamkniętych goleni, bez względu na to, czy dotyczą one jednej, czy też obu kości, odbywa się naogół prawidłowo, bez powikłań i tylko wyjątkowo powstaje staw rzekomy w miejscu złamania. Inaczej się przedstawia sprawa ze złamaniami otwartemi, w których względnie często przychodzi do różnego rodzaju i nasilenia zaburzeń konsolidacji odłamów i bynajmniej nierzadko widzi się w następstwie staw rzekomy. Dlatego też elementarnym obowiązkiem chirurga, który dostaje w swoje ręce tego rodzaju chorego przed upływem d w u d z i e s t u c z t e r e c h d o t r z y d z i e s t u s z e ś c i u g o d z i n o d c h w i l i w y p a d k u, jest przekształcić złamanie otwarte w zamknięte.

Zabieg odnośny wykonuje się w sposób następujący. W znieczuleniu rdzeniowem, po dokładnem oczyszczeniu skóry w okolicy złamania wodą z mydłem, eterem, alkoholem i po pojodynowaniu, wycina się brzegi rany skórnej, przeprowadza się dokładną toaletę mięśni i powięzi w sąsiedztwie ogniska złamania, usuwając wszelkie tkanki postrzępione i wykazujące zmniejszoną swc żywotność, i wreszcie, wyjmuje się z ramy wszystkie wolne odłamy kostne, nie będące w ścisłym związku z okostną, i ranę zaszywa się doszczętnie, pozostawiając w niej co najwyżej parę nitek silku — dla odprowadzania nazewnątrz zbierającego się ewentualnie w głębi rany płynu krwawego. Opatrunek gipsowy do chodzenia według Delbeta. W czasie operacji ranę przemywa się parokrotnie ciepłym roztworem fizjologicznym. S z y c i a k o ś c i nie należy wykonywać w tym czasie nigdy, pod żadnym pozorem, ze względu na niebezpieczeństwo, jakie pociąga za sobą — co do jałowego gojenia się rany i co do tworzenia się prawidłowego zrostu — pozostawienie w ranie obcego ciała (zwłaszcza metalowego). W razie koniecznej potrzeby s z e w k o s t n y w y k o n u j e s i ę d o p i e r o n a s t ę p o w o, w 8 — 10 d n i o d c h w i l i p r z e k s z t a ł c e n i a z ł a m a n i a o t w a r t e g o w z a m k n i ę t e, to jest kiedy już uzyskaliśmy pewność co do jałowego gojenia się rany.

Dla przykładu autor przytacza tutaj historję choroby jednego typowego przypadku. Mężczyzna 20-letni spadł z motocyklu w biegu i uległ złamaniu skośnemu kości goleniowej prawej w jej środkowej części, ze znacznem przemieszczeniem, z raną skórną, rozległą, w której widać było sterczący nazewnątrz dolny odłam. W 6 godzin od wypadku dokonano — w znieczuleniu rdzeniowem zapomocą allokainy Lumière'a — typowej toalety rany, nastawienia odłamów i zaszycia rany z pozostawieniem paru nitek silku; po operacji kończynę ułożono w rynience gipsowej tylnej. Przebieg pooperacyjny bezgorączkowy, jałowy. Dokonane powtórnie zdjęcie rentgenowskie wykazało wadliwe ustawienie odłamów. W 10 dni po pierwszym zabiegu dokonano drugiej operacji: zestawienia odłamów i ustalenia ich zapomocą płytki Shermanna, unieruchomienie w rynience gipsowej. Po 25 dniach wyjęto płytkę (na zdjęciu widać dobrze rozwiniętą bliznę kostną) i nałożono opatrunek gipsowy do chodzenia, w którym w 3 tygodnie później chory opuścił szpital w okresie ozdrowienia (w 50 dni od chwili wypadku).

Nowsze poglądy na mechanizm chorobotwórczy powstawania shock'u. (Nouvelles recherches sur le choc). M o r h a r d t.

La Presse Méd. Nr. 76, wrzesień 1931.

Zagadnienie shock'u (wstrząsu pourazowego, pooperacyjnego, po wstrzyknięciach dożylnych obcego białka, histaminy), pomimo licznych prac, na ten temat, które ukazały się w ostatnich latach, jest w dalszym ciągu dalekie od ostatecznego wyjaśnienia. Ciemną jest jeszcze tutaj jego patogeneza, ale nawet i obraz kliniczny shock'u nie został całkowicie ustalony. Poza objawami charakterystycznemi dlań, stałemi jak spadek ciśnienia krwi tętniczej i żylnej, zmniejszenie zawartości we krwi dwutlenku węgla, inne objawy występują tutaj mniej stale, a mianowicie — spadek ciepłoty ciała, zamroczenie, częste tętno (tachycardia), pot zimny.

Dwie t e o r j e, usiłują tłumaczyć mechanizm powstawania shock'u: jedna — t o k s y c z n a, druga — n e r w o w a.

Teorja toksyczna tłumaczy objawy chorobowe shock'u wsysaniem się ze stłuczonych względnie zmiażdżonych tkanek substancji trującej (histamina, pepton), która wywołuje rozszerzenie naczyń krwionośnych i spadek ciśnienia krwi.

Teorja nerwowa, która zdobywa obecnie przewagę nad poprzednią, częściowo już zarzucaną, sprowadza wszystko do pierwotnego zahamowania czynnościowego ośrodków i dróg nerwowych, co z kolei pociąga za sobą odpowiednie odczyny komórkowe i humoralne, ze zmianą stanu fizykochemicznego osocza krwi. Na korzyść teorji nerwowej przemawiają, między innemi: szybkie występowanie i ustępowanie objawów shock'u i brak tych objawów, jeśli uraz dotyczył części ciała znieczulonej lub osobnika, znajdującego się w narkozie.

Z powyższych przesłanek nasuwają się pewne uwagi praktyczne: dobre znieczulenie miejscowe, a jeszcze lepiej narkoza ogólna (znosząca i wpływy psychiczne) — stanowią najlepsze zabezpieczenie przed wystąpieniem shock'u.

M. Czyżewski.

CHOROBY KOBIECE, POŁOŻNICTWO.

Wpływ djety bezsolnej na długotrwałość porodu. (De l'influence du régime déchloruré sur l'accouchement). H o f s t e i n J., P e t r e q u i n.

Gynéc. Obstét. T. XXIV, Nr. 2, str. 133, 1931.

Przypadkowo zauważyli autorowie, że kobiety, które z tych czy innych wskazań były w końcu ciąży na djecie bezchlorkowej rodziły szybko i bezboleśnie.

Badanie ilościowej zawartości chlorków we krwi rodzących nie dało wyników pewnych, ani stałych wobec tego H. i P. musieli zwrócić się znowu do obserwacji klinicznej. Obserwacja ta wykonana na 7 rodzących w zupełności potwierdziła założenie pierwotne: istotnie poród odbywał się szybko, bez większej bolesności; przyśpieszenie porodu odbywało się przedewszystkiem na rachunek rozwierania się ujścia zewnętrznego macicy, które następowało bardzo szybko, bo w przeciągu paru godzin u pierwiastek.

Teoretyczne objaśnienie omawianego zjawiska nie leży jeszcze w możliwościach autorów; przypuszczają oni, że w pierwszym rzędzie odgrywa tu rolę odwodnienie tkanek; natomiast często stawiany w związek przyczynowy z kurczliwością macicy stosunek ilościowy jonów Na i Ca wydaje się być mniejszego znaczenia.

W sprawie badania bakterjologicznego ciężarnych. (A propos de l'examen bacteriologique des femmes enceintes). B r i n d e a u.

Bull. Soc. Obstétr. Paris, T. 20, str. 319, 1931.

Autor zwraca uwagę na częstą obecność streptokoków w gardle ciężarnych, wiążąc to z zakażeniem połogowem. Prawda, że w materjale autora znaleziono łańcuszkowce aż w 94%, przyp., z czego hemolityczne w 13%, a ilość zakażeń połogowych bynajmniej nie jest (na szczęście) tak częstym zjawiskiem; to też B. twierdzi tylko, że gardło może być wrotami wtargnięcia zakażenia.

W dyskusji Couvelaire nie zgadza się z poglądami Brindeau, przyznając jednak, że śmiertelność z zakażenia połogowego wzrasta znacznie w czasie epidemji grypy.

Pertussis convulsiva gravidarum toxica. L e b e d e f f A. A.

Gynéc. Obstétr. T. XXIV, Nr. 2, str. 150, 1931.

Autor opisuje trzy przypadki napadowego kaszlu u ciężarnych, przypominającego klinicznie krztusiec. Autor uważa schorzenie to za nową dotychczas nieopisaną jednostkę chorobową opartą o zatrucie ciążowe, stąd nazwa: pertussis convulsiva gravidarum toxica. Choroba ta powstaje u osób ciężarnych wykazujących kwasicę, spadek procesów fermentacji i utlenienia komórkowego; w płucach występuje miejscowa kwasica z obrzękiem pęcherzyków i oskrzelików, jako skutkiem. Schorzenie omawiane występuje zazwyczaj w początku drugiej połowy ciąży.

Leczenie pertussis convulsiva gravidarum toxica winno polegać na dążeniu do przywrócenia równowagi fizyko-chemicznej organizmu; środkami do osiągnięcia tego celu są: spokój, prawidłowa djeta, i środki zwalczające anafilaksję, a więc auto-hemoterapja i końska surowica normalna.

W sprawie patogenezy wymiotów ciężarnych. (Sur la pathogénie des vomissements chez les femmes enceintes). P o l o n s k y J. N.

Gynéc. Obstétr. T. XXIV, Nr. 2, str. 143, 1931 r.

Autor w badaniach swych nad wymiotami ciężarnych zwrócił uwagę przedewszystkiem na kwasotę soku żołądkowego, osłabioną w tych stanach patologicznych. Stąd pogląd na hyperemesis gravidarum jako na schorzenie miejscowe żołądka i spowodowane stąd zaburzenie przemiany materji.

Zaleceń leczniczych autor nie podaje

Niestosunek porodowy dzięki szczególnie obfitemu nagromadzeniu się tłuszczu w miednicy małej. (Dystocie par accumulation particulière de tissu graisseux dans le petit bassin). Tassoratz.

Gynéc. Obstétr. T. XXIV, Nr. 2, 1931 r., str. 139.

Znaczne nagromadzenie się tłuszczu w miednicy małej pod koniec ciąży jest zjawiskiem patologicznem, gdyż normalnie tkanka tłuszczowa znika z miednicy małej przed porodem, zjawiając się znowu dopiero z początkiem połogu.

W przypadku autora patologicznym pod omawianym względem przyszło nawet do utrudnienia w porodzie, z przedłużaniem się okresu II. Dopiero pod wpływem silnych bólów porodowych główka popychając przed sobą fałdy tłuszczu przedostała się przez miednicę małą nazewnątrz, i poród ukończył się szczęśliwie. W przypadku Sellheima ogłoszonym w r. 1929 przyszło do wymóżdżenia obumierającego płodu.

Omawiana w artykule przyczyna niestosunku porodowego nie jest zjawiskiem częstym, ale pomimo to winna być znana ogółowi położników.

Nierozpoznana ciąża pozamaciczna. Częściowe wydalenie kośćca płodu przez odbytnicę. Operacja, wyleczenie. (Grossesse extra utérine méconnue. Élimination partielle du squelette foetal par l'anus. Intervention abdominale, guérison). Doubiére R.

Bull. Soc. nat. Chir. Paris. T. 57, str. 347, 1931.

U 28-letniej pacjentki stwierdziła przed rokiem akuszerka poronienie na zasadzie krwawienia z macicy. Obecnie wystąpiła gorączka, silne bóle w brzuchu z parciem i przez odbytnicę odeszły najpierw kości czaszki, a potem także inne części kośćca.

Operacja brzuszna wykazała guz wielkości 2 pięści zrośnięty z kiszką, z którego usunięto jeszcze sporo kości, wypreparowano ze zrostów i usunięto. Dziurę w kiszce zeszyto. Rana zgoiła się dobrze.

Jak się okazało z wymiarów miała tu miejsce 5-io miesięczna ciąża, początkowo trąbkowa, potem brzuszna.

W sprawie przygotowawczego leczenia szczepionką przed operacją w przypadkach zakażonych mięśniaków macicy. (De la vaccinothérapie préopératoire des fibromes utérins infectés). Molin H.

Lyon, Méd. R. 1931, I, str. 345.

Autor stosuje co 2—3 dni szczepionkę Delbet'a w dawkach wzrastających od ½—4 cm.³ przed zabiegiem operacyjnym w przypadkach zakażonych mięśniaków macicy. W wyniku tego postępowania stwierdzono poprawę ogólnego stanu, spadek ciepłoty ciała, zmniejszenie się krwawienia i bólów, a co najważniejsza zaznacza się wyraźnie spadek śmiertelności operowanych.

Rola przysadki mózgowej w etiologji żylaków w szczególności w czasie ciąży. (Rôle de l'hypophyse dans l'étiologie des varices en particulier dans les varices de la grossesse). Gaugier L.

Presse méd. 1931, I, str. 206.

Punktem wyjścia rozważań autora jest spostrzeżenie, że osobniki cierpiące na akromegalję prawie bez wyjątku wykazują obecność licznych żylaków. Brak hormonu tylnego płata przysadki pozbawia ściany żył ich normalnego napięcia, podobnie jak dzieje się to w tętnicach przy braku adrenaliny.

W czasie ciąży i to od samego nieledwie jej początku występują liczne żylaki na kończynach dolnych, co autor tłomaczy sobie spadkiem ilości hormonu przysadki w krwiobiegu osoby ciężarnej, wywołanym antagonistycznym działaniem ciałka żółtego. Podobną etiologję ma, zdaniem autora, spostrzegane niekiedy w ciąży uczucie ciężkości nóg.

Leczniczo w omawianych stanach G. proponuje użycie pituitryny.

T. Zawodziński.

CHOROBY SKÓRNE I WENERYCZNE.

Badania nad odczynami skórnemi, określonemi nazwą „wyprysku osesków". (Recherches sur les réactions cutanées dites „eczema du nourrison"). H. Montlaur.

Annales de Dermat. et de Syphil. 1931 Nr. 5.

Długotrwałe spostrzeżenia 62 niemowląt ze zmianami skórnemi pozwoliły autorowi zaobserwować dokładnie wybuch i rozwój zmian skórnych objętych nazwą wyprysku niemowląt. Z 54 niemowląt, które cierpiały na zmiany wyprysku różnego stopnia, począwszy od zwykłej postaci wyprzeniowo -wypryskowej *(Ferrand)* aż do ciężkich postaci wyprysku łojotokowego, początek choroby u 53 przypadał na 9-ty — 14-go dnia życia, w jednym tylko przypadku schorzenie rozpoczęło się w 2-im miesięcu życia w fałdach poza uszami. We wszystkich innych przypadkach, powstający w pachwinie lub w okolicy pośladków rumień, szybko rozprzestrzeniał się na całą okolicę płciowo-odbytową-krzyżową, lędźwiową, na kończyny dolne zwłaszcza po stronie wewnętrznej, na dalszą część brzucha. Granice tych zmian były nieregularne, skóra w miejscach schorzałych obrzękła, żywo czerwona, napięta, pojawiały się objawy wypryszczenia (sączenie, łuszczenie). W otoczeniu tych zmian występowały drobne rumieniowe, nieregularne plamy. Ten stan wyraźnie różnił się od zwykłego często występującego a szybko przechodzącego zaczerwienienia pośladków u noworodków kilkodniowych. Często zajęte bywały i kończyny górne, prawie zawsze okolica szyji, karku i twarz, która przybierała charakterystyczny wygląd przez to, że okolica ust i brody była wolna od rumieniowych wykwitów, które zwykle zajmują nasadę nosa i sąsiadujące z nią części skóry. Na owłosionej skórze głowy istniała albo gruba warstwa szarych tłustych łusek, pokrywających skórę żywo różową ale jeszcze suchą, albo też zmiany postąpiły już dalej, sączenie było obfite, a ciecz zasychała w strupy. Znamienną cechą było to, że zwykle zajęte były fałdy poza uszami. Sprawa w okresie cofania się przybierała wygląd charakterystyczny dla t. zw. eczematydów, bladła, pokrywała się obficie łuskami, a wykwity w tym okresie tworzyły oddzielne tarczki, pomiędzy któremi skóra była prawidłowa. Swędzenie było w ciągu przebiegu tego schorzenia bardzo znaczne. Badania bakterjologiczne łusek schorzałej skóry wykazały we wszystkich przypadkach obecność enterokoków i tym bakterjom przypisuje autor własności patogenne. Systematyczne badania flory jelitowej u noworodków w odstępach około 20-godzinnych pozwoliły autorowi stwierdzić występowania kolejne następujących faktów w pierwszych dniach życia noworodków: 1-o zaburzenia równowagi mikrobowej w kiszkach przez silny wzrost enterokoków 2-o wzmożenie się normalnych procesów fermentacyjnych w jelitach (powiększenie się ilości kwasów organicznych), 3-o wystąpienie zmian skórnych.

Dzieci leczono z dobrym wynikiem wyłącznie śródskórnemi wstrzykiwaniami szczepionki własnej enterokokowej. Równocześnie z polepszeniem stanu skóry występował spadek ilości kwasów organicznych w jelitach.

Współistnienie gruźliczych zmian skóry i innych organów. (L'association des affections tuberculeuses de la peau avec celles des autres organes). Van Vonno.

Annales de Dermat et de Syphil. 1931, Nr. 5.

Praca jest krytycznem zestawieniem 253 przypadków gruźlicy skóry z uwzględnieniem stanu organów wewnętrznych, odczynów tuberkulinowych skóry i badań pośmiertnych.

Na podstawie swoich spostrzeżeń autor twierdzi, że nie istnieją wcale przypadki gruźlicy skórnej pierwotnej. Wykluczywszy bardzo rzadkie przypadki pierwotnej gruźlicy skóry u osesków, wszystkie przypadki gruźlicy skóry są wtórne, pochodzenia endogennego. Zakażenie skóry idzie niekiedy bezpośrednio (per continuam) przez zetknięcie z organem zakażonym, najczęściej jednak drogą pośrednią, przez gruczoły chłonne podskórne. Gruczoły chłonne są organem obronnym organizmu i w nich wytwarzają się przeciwciała. Dodatni odczyn Pirquet'a przed pojawieniem się zmian skórnych (w przypadkach autora 78%) jest dowodem uprzedniego istnienia przeciwciał a więc i gruźlicy innych organów. Skóra przez swój odczyn zapalny może osłabić same bakterje lub jadowitość ich toksyn, nie wytwarza jednak przeciwciał gruźliczych. Rozwój zmian gruźliczych w skórze zależy od odporności organizmu i od jadowitości mikrobów. Postać, pod którą rozwinie się gruźlica skóry zależy również od stanu odporności, a także od ilości zakażających mikrobów, a więc w zależności od różnych sposobów reagowania skóry, powstanie ta lub inna postać gruźlicy skóry. Autor zgadza się z zapatrywaniami przeważnej ilości autorów, że gruźlica płuc w przypadkach tocznia (lupus) ma cechy gruźlicy dobrotliwej włóknistej.

Autor nie znalazł żadnego dowodu na istnienie korzystnego (uodporniającego) wpływu gruźlicy skóry na stan organów wewnętrznych zakażonych gruźlicą. Stosunkowo mała ilość przypadków współistnienia tocznia (lupus) i gruźlicy płuc (u autora 14%) nie jest jeszcze dowodem wytwarzania się przeciwciał w schorzałej skórze.

O kile opóźnionej. (Sur les syphilis retardées). R. Bernard.

(Bruxelles-Médical 1931 Nr. 20).

Kilka spostrzeżeń dotyczących przypadków kiły, leczonych niedostatecznie wykazało jako następstwa możliwość wystąpienia po 2 i więcej latach t. zw. opóźnionych objawów kiły drugorzędnej. Przypadki były leczone 1-o za małą dawką całkowitą leku, (2-o) przerwy pomiędzy poszczególnemi zastrzykami lub (3-o) pomiędzy kuracjami były zadługie, (4-o) w końcu ilość kuracji była za mała.

Aby zapobiec wystąpieniu tych opóźnionych objawów kiły, podaje autor szereg wskazówek tyczących się leczenia kiły:

1. Kiłę należy leczyć od najwcześniejszych jej okresów energicznie lekami mieszanemi (arsen i bizmut) i dążyć możliwie do zastosowania 6-7 gr. arsenobenzolu na jedną kurację.
2. Nie przewlekać przerwy pomiędzy poszczególnemi zastrzykami.
3. Po pierwszej kuracji możliwie w krótkim czasie rozpocząć powtórną arsenobenzolowo-rtęciowo - bizmutową (Gougerot).
4. W czasie leczenia i po wszystkich kuracjach wykonywać co miesiąc odczyn Wassermanna, aby nie przeoczyć okresu dodatnich seroreakcji i zastosować odrazu odpowiednie leczenie.
5. Wykonanie nakłucia lędźwiowego jest konieczne, przynajmniej przed odprawieniem chorego, jako już dostatecznie leczonego.

Zofja Jastrzębska.

POKŁOSIE TERAPEUTYCZNE.

Biuletyn przedoperacyjny Kliniki Prof. Danielopulo w Bukareszcie.

Badania.

I) Narząd krążenia.
Serce.
Naczynia. Ciśnienie.
II) Narządy oddechowe.
III) Narządy moczowe.
1) Nerki *(białko, cukier, kwasica)*.
2) Nerki.
3) Cystoskopja. Cewnikowanie moczowodów.
IV) Przewód pokarmowy.
1) Jama ustna. Zęby.
2) Rektoskopja.
V) Wątroba *(badanie w kierunku niedomogi)*.
1) Glykosurja pokarmowa.
2) Wydalanie błękitu metylenowego.
VI) Układ nerwowy.
VII) Narządy płciowe.
1) Badanie *(kliniczne, za pomocą narzędzi, rentgenologiczne)*.
2) Wydzieliny narządów płciowych.
VIII) Ściana brzuszna.
1) Otyłość.
2) Stan mięśni brzucha.

IX) Krew.
1) Krzepliwość *(Czas krzepnienia, czas krwawienia).*
2) Cytologja *(Hemoglobina, Liczba ciałek, Wzór).*
3) Azotemja.
4) Odczyn Bordet-Wassermana.

X) Ciepłota. Tętno.

Postępowanie przedoperacyjne.

I) Narządy krążenia.
Digitalina (X kropel, 6 dni).

II) Narządy oddechowe.
Gimnastyka oddechowa (8 — 10 dni), *Spirometrja, Bańki,* Lawatywy kreozotowe (50 kropli) w przeddzień operacji u chorych płucnych.

III) Narządy moczowe.
Dieta (bezchlorowa, małoazotowa). *Diureza* (napoje, wlewanie, owoce).

IV) Przewód pokarmowy.
Usunięcie zębów próchniczych. *Dezynfekcja* jamy ustnej (płókania).
Dezynfekcja jelit (Wakcynoterapja anticoli).
Opróżnienie (Środek czyszczący 5 dni przed operacją, codzienne lawatywy).

V) Odżywianie.
Treściwe bez mięsa (5 — 6 dni).
Cytofilaksja (Delbet) Chlorek magnezu w ciągu 5 — 6 dni.
Płyny — I litr na dobę. (Napary, Vichy).

VI) Wątroba.
Glukoza (5 — 6 dni kolejnych).

VII) Układ nerwowy.
Spokój fizyczny i psychiczny. *Bromural* (0,5) 5 — 6 dni przed zabiegiem, *Veronal* (0,5) w przeddzień wieczorem. *Pantopon* (wstrzyknięcie 0,01) na pół godziny przed operacją.

VIII) Przygotowanie pola operacyjnego.
Powłoki. Kąpiel.
Pochwa: irrygacje chlorowane 1 — 2 razy dziennie.
Szyjka: tampon z buljonwakcyną w przypadkach raka.

IX) Ściana brzucha.
Miesienie pośladków, ud, ściany brzucha. Leczenie otyłości. Gimnastyka mięśni.

X) Krew.
Neosalwarsan u kiłowych.

XI) Przeciw zakażeniu (wakcynoterapja zapobiegawcza).
Wakcyna Delbeta (2 — 3 wstrzyknięcia po 2 c. sz. z dwudniową przerwą).

XII) Przeciw wstrząsowi spowodowanemu usypianiem.
Znieczulenie rdzeniowe z wstrzyknięciem dożylnem 10 c. sz. płynu mózgowordzeniowego.
Kofeina (0,25 — 0,5) i kamfora (10 c. sz.) bezpośrednio po wstrzyknięciu do rdzenia środka znieczulającego.

XIII) Przeciw wstrząsowi operacyjnemu.
Płyn fizjologiczny (500 c. sz.) cztery dni przed i w dniu operacji.
Przetaczanie krwi u anemicznych, możliwie bezpośrednio przed zabiegiem.

XIV) Przeciw krwotokom (chorzy na wątrobę, krwawcy).
Surowica końska (10 — 20 c. sz.) w przeddzień zabiegu i w dzień operacji.
Przetaczanie. Autohemoterapja. Przysadka. Chlorek wapnia (2,0 dziennie).

XV) Przeciw zapaleniom żył i zatorom.
Cytrynian sodu (doustnie po 5,0) w ciągu 8 — 10 dni.
Środki nasercowe. Ćwiczenia.
(Bruxelles-Médical Nr. 36). 1931.

Redaktor odpowiedzialny: *Doc. Dr. A. Wojciechowski*
Wydawca: Spółka Wydawnicza „Wiedza Lekarska".
Adres redakcji i administracji Warszawa, Kaliska 9. Tel. 724-39.
Prenumerata z przesyłką rocznie zł. 8, kwartalnie zł. 2. Konto P. K. O. 15.785.

Ogłoszenia:		1/1 str.	½ str.	¼ str.
zewnętrzna strona okładki	zł.	450.—	250.—	135.—
bezpośrednio przed tekstem	„	350.—	200.—	120.—
2-ga i 3-cia strona okładki	„	350.—	200.—	120.—
pozostałe	„	300.—	170.—	95.—

ZAKŁ. GRAF. PRAC. DRUK., WARSZAWA, NOWY-ŚWIAT 54, TEL.: 615-56 I 242-40.

ROK V WARSZAWA 1931 GRUDZIEŃ ZESZYT XII

WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY PRZEGLĄDOWI FRANCUSKIEGO PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO I POTRZEBOM LEKARZA PRAKTYKA

REVUE MENSUELLE CONSACRÉE A LA LITTERATURE MEDICALE FRANÇAISE ET AUX BESOINS DU PRATICIEN

pod redakcją Doc. Dr. Wojciechowskiego

PRACE ORYGINALNE

Praktyczne wiadomości z hormonologji w zakresie chorób kobiecych

podał:
T. ZAWODZIŃSKI.
Asystent kliniki Ginekologiczno-Położ. U. W.

Hormonologja w obecnym stanie swego rozwoju jeży się od mnóstwa doświadczeń na zwierzętach, które zdają się nie mieć nic wspólnego z praktyczną ginekologją i położnictwem. Stan ten przeraża większość lekarzy praktyków, dla których słowo hormonologja jest synonimem nudnych wywodów teoretycznych popartych mało przekonywującemi doświadczeniami na myszach, szczurach i królicach. Toteż głos ogólny świata praktycznej medycyny żąda krótkiej i węzłowatej odpowiedzi na pytanie: w jakich stanach chorobowych, jakie preparaty hormonalne i w jakich dawkach należy stosować, aby uzyskać efekt niezawodny?

Pomiędzy dwoma temi krańcowemi stanowiskami należy, jak się zdaje, zająć pośrednie, stwierdzające, że, bez zrozumienia mechanizmu działania poszczególnych hormonów z jednej strony, z drugiej zaś bez zasadniczych wiadomości z fizjologji hormonalnej narządów płciowych żeńskich, niemożliwe jest trafne stosowanie praktyczne organo-preparatów, zwłaszcza w przypadkach mniej typowych tak pod względem patogenezy, jak przebiegu.

Przedmiotem niniejszego artykułu ma być dział hormonologji odnoszący się do nauki o chorobach kobiecych i położnictwa, a celem — wyjaśnienie praktycznego zastosowania preparatów hormonalnych z jednoczesnym podaniem krótkich wiadomości o teoretycznych podstawach tego stosowania.

Zacznijmy od przeglądu naszego arsenału leczniczego w zakresie ginekologicznej opoterapji. Mamy więc przedewszystkiem

wszczepianie całego jajnika, dalej wyciągi całkowitego jajnika, następnie wyciągi z jajnika ale oddzielnie wyodrębniony zeń hormon płynu pęcherzyka Graafa, oddzielnie — ciałka żółtego; zkolei idą preparaty t. zw. follikuliny, czyli hormonu pęcherzyka Graafa, ale wytwarzane z moczu kobiet ciężarnych. Od czasu głośnych prac *Zondek'a* i *Aschheima* nad przysadką mózgową zwłaszcza jej przedni płat zaliczono do gruczołów wewnątrz-wydzielniczych o wybitnem działaniu pobudzającym narządy płciowe żeńskie. W związku z tem wytworzono i puszczono do handlu wyciągi z przedniego płata przysadki mózgowej (okazały się nieczynne) i preparaty o działaniu biologicznem podobnem, ale wytwarzane z moczu kobiet ciężarnych (Prolan, Prähormon, Antephysan, i inne). W ostatnich czasach wypuszczono na rynek farmaceutyczny preparaty zawierające wyosobnioną frakcję hormonu przedniego płata przysadki mózgowej tak zwany Prolan A, mający szczególnie energicznie pobudzać do wzrostu pęcherzyk Graafa, a co zatem idzie cały narząd rodny. Drugiej frakcji hormonu przedniego płata, wywołującej luteinizację w jajniku (powstanie licznych ciałek żółtych), czyli t. zw. Prolanu — B nie udało się dotąd otrzymać w czystej postaci.

Łożysko w całości stosowano oddawna w opoterapji ginekologicznej, ale wyodrębnienie z niego kilku hormonów o zdefiniowanej fizjonomji biologicznej udało się stosunkowo niedawno i preparatów tych jeszcze na rynku naszym nie posiadamy. Całe zaś łożysko jest prawdopodobnie mieszaniną hormonu o typie follikuliny, z hormonami o typie Prolanu — A i Prolanu — B, czyli wydzielanemi przez przedni płat przysadki mózgowej. Wreszcie na zakończenie przeglądu preparatów hormonalnych wytworzonych z wydzielin kobiety ciężarnej, wspomnieć należy o bardzo dzielnym środku leczniczym a mianowicie surowicy względnie krwi kobiet ciężarnych. Jak wiadomo wszystkie gruczoły o wydzielinie dokrewnej są ze sobą powiązane w ścisłą korrelację, tak że na narządy płciowe kobiety oddziaływują poza jajnikiem, przysadką mózgową i łożyskiem, względnie hormonami ciąży, jeszcze tarczyca, grasica, trzustka, nadnercza it. d.

Arsenał środków hormonalnych, jak widzimy, jest dość bogaty i gdyby działanie ich było niezawodne i zawsze jednakowe to zadanie niniejszego artykułu ograniczyć by się powinno do krótkich wskazówek, który gdzie i kiedy preparat zastosować. Niestety tak nie jest, gdyż korrelacja gruczołów o wewnętrznym wydzielaniu jest bardzo złożona, wpływ czynników dodatkowych, jak układu nerwowego autonomicznego — niewątpliwy, a odczynowość indywidualna bardzo rozmaita; jeśli dodamy do tego niestałą wartość preparatów organoterapeutycznych to stanie się nam jasne, że praktyczne leczenie hormonami wymaga poważnego zastanowienia się nad każdym przypadkiem i unikania schematycznego sposobu myślenia.

W zasadzie mechanizm działania leków hormonalnych może być trojaki: zastępczy, pobudzający i hamujący.

a) Działanie zastępcze w ginekologji przedstawia się bardzo prosto: jedynym gruczołem płciowym kobiecym w ścisłym tego słowa znaczeniu jest jajnik; to też podać jajnik całkowity względnie dzielony na swe części składowe: pęcherzyk Graafa i ciałko żółte wystarczyć powinno i wystarcza istotnie w przypadkach, gdzie jajnika niema lub działać przestał, a więc przedewszystkiem w przekwitaniu naturalnem czy sztucznem (po operacyjnem wycięciu lub rentgenowskim zniszczeniu jajników). Ściśle mówiąc do terapji zastępczej służyć mogą: przeszczepianie całego jajnika zwierzęcego, lepiej kobiecego, najlepiej własnego, o ile takowy w czasie operacji musi być ze swego stałego miejsca usunięty, dalej podawanie całego jajnika sproszkowanego, względnie wyciągów zeń, i wreszcie wyosobnionych hormonów pęcherzyka Graafa lub ciałka żółtego, lub obydwu razem jednocześnie czy kolejno.

Który z wymienionych sposobów leczenia przełożyć nad inne? W swoim czasie rokowano wielką przyszłość przeszczepianiu jajników jako terapji zastępczej. Z biegiem czasu, po wielu doświadczeniach okazało się jednak, że jajnik przeszczepiony działa zaledwie w 50% przypadków i to względnie krótko, bo najwyżej 2 — 3 lat; dalej okazało się, że działanie to jest skutkiem resorbcji tkanki jajnikowej, jako ciała obcego, a nie istotnego życia jajnika w sensie cyklicznych przemian z wytworzeniem się pęcherzyka Graafa i ciała żółtego. Zabieg ten więc dający około 2% śmiertelności, dość znaczny odsetek przedłużonego gojenia się z ropieniem, nie opłaca się wobec swych niepewnych wyników. Natomiast wszczepienie jajników własnych w czasie operacji, podczas której musiały być one usunięte ze względów technicznych, jest zabiegiem bardzo godnym polecenia; jeśli nawet jajniki przeszczepione nie przyjmą się lub będą działać krótko — mamy zawsze na swoje wytłomaczenie to, że nie poddaliśmy chorej osobnemu zabiegowi, a co zatem idzie, ryzyku śmierci lub choroby.

Podawanie zastępczo pacjentce całego jajnika, zazwyczaj w postaci sproszkowanej zamienionej następnie w tabletki, jest najstarszą formą leczenia i może najbardziej polecenia godną.

Ma ona jednak wielką wadę, a mianowicie brak objektywnego sprawdzianu wartości leczniczej tabletek jajnikowych. Nietylko bowiem odgrywa tu rolę materjał z jakiego owe tabletki zostały wytworzone i to tak pod względem ilościowej zawartości substancji jajnikowej, jak pod względem świeżości materjału i okresu, z jakiego, w cyklu płciowym, jajnik pochodzi; poza wymienionemi względami bodaj czy nie ważniejsza jest trwałość wartości hormonalnej preparatu, będąca pod znakiem zapytania.

Zrozumiałą jest rzeczą, że wobec takiego stanu rzeczy zaufanie do firmy produkującej tabletki jajnikowe stało się regulatorem ich powodzenia. Stąd rozgłos i powodzenie organopreparatów zagranicznych jak *Lumière'a, Parke-Davis'a, Richter'a* i innych, tembardziej, że, niestety, przed kilku laty nie wszystkie firmy krajowe, produkujące owe tabletki jajnikowe, stały na wysokości zadania. Obecnie trzeba powiedzieć, sprawa omawiana uległa znacznej poprawie, tak, że większość preparatów jajnikowych daje dobre wyniki w terapji zastępczej.

Zarzucano wielokrotnie terapji tabletkami, że jest ona nie czynna z tego powodu, iż hormonalna zawartość organopreparatów pod wpływem soków trawiennych traci swe działanie lecznicze. Zarzut ten pochodzi z przed paru lat, kiedy to żądano wielkim głosem koniecznie preparatów rozpuszczalnych i to koniecznie w wodzie, aby móc podawać je w injekcjach. Obecnie zarzut ten nie ostał się badaniom doświadczalnym. Prawda, że stały się one wogóle możliwe od czasu wypuszczenia w świat preparatów w postaci injekcji, i to często pochodzącym nie z jajnika (o czem poniżej), ale niezależnie od tej okoliczności, uznać należy za udowodnione, że preparaty typu hormonu jajnikowego działają niewątpliwie po podaniu per os, jedynie dla uzyskania tego samego efektu potrzeba (u zwierzęcia) dawek parokrotnie większych.

Dawkowanie organopreparatów, oto jedna z kwestji bardzo żywo interesujących lekarza-praktyka. Jest ona szerzej omówiona, jeśli chodzi o jednostkowane preparaty pochodzące z moczu. Odnośnie do wyciągów całkowitego jajnika, względnie jego sproszkowanej postaci, sprawa dawek w terapji ginekologicznej pozostaje nadal otwarta, gdyż działanie tych preparatów zależy w dużym stopniu od indywidualnych właściwości osób leczonych. Przeciętnie stosujemy 6 tabletek dziennie. Jest to oczywista dawka najzupełniej dowolna.

Ale jak dotąd nie wiemy właściwie, do jakiej dawki dążyć powinniśmy. Może wykaże to wieloletnie dopiero doświadczenie kliniczne.

Omawiane dotychczas zastępcze stosowanie jajnika odnosiło się prawie wyłącznie do przekwitania naturalnego lub sztucznego. Ponadto wspomnieć wypada o stosowaniu preparatów ciałka żółtego w przypadkach krwawień macicy o podkładzie hormonalnym, jak również tam, gdzie zwalczamy grożące poronienie. Dokładniejsze omówienie leczenia obydwu tych stanów odkładam na później.

b) Przechodzę zkolei do najobszerniejszej grupy wskazań organoterapji, a mianowicie do leczenia pobudzającego. Jest to grupa nietylko najobszerniejsza, ale i najbogatsza w niezawsze uzasadnione hypotezy, a także najbardziej szafująca wynikami doświadczeń

na zwierzętach, o których też wypadnie mi słów parę powiedzieć.

Od czasu klasycznych prac i ustalenia test'u *Allen-Doisy'ego* wiadomo, że t. zw. hormon płciowy żeński odpowiadający (z wydzielin kobiety) najbardziej płynowi pęcherzyka Graafa (follikulinie), wywołuje w pochwie samicy gryzonia kastrowanego objawy tak zwanej ruji, to jest mocny wzrost nabłonków śluzówki pochwy, rogowaciejących i złuszczających się w następstwie. Praktycznie rozpoznajemy stan ten na zasadzie rozmazów z pochwy, wykazujących obecność samych tylko złuszczonych nabłonków bez domieszki innych elementów, jak śluz, leukocyty i nabłonki jądrzaste.

Opisany wyżej wpływ t. zw. hormonu płciowego żeńskiego na pochwę niema dla patologji kobiecej żadnego praktycznego znaczenia.

Jest on natomiast podstawą standaryzacji preparatów t. zw. hormonu płciowego, czyli określenia, ile jednostek mysich czy szczurzych zawiera jednostka objętościowa czy wagowa preparatu.

Pobudzający wpływ na macicę zwierząt doświadczalnych wykazuje t. zw. hormon płciowy (follikulina) i to tak na macicę rosnącą zwierzęcia niedojrzałego, jak dojrzałego i wytrzebionego. Pobudzenie to odnosi się tak do mięśniówki, jak do śluzówki macicy, wywołując w pierwszej powiększenie się ilości elementów komórkowych (hyperplasia), a w drugiej rozrost gruczołów, jednak bez oznak wydzielania.

Ciałko żółte pobudza w macicy do przerostu poszczególne elementy, czyli powoduje powiększenie ich objętości; odnosi się to przedewszystkiem do mięśniówki; natomiast gruczoły śluzówki wykazują obok przerostu jeszcze objawy wydzielania, czyli to, co stanowi zasadniczą cechę okresu przedmiesiączkowego (stadium praegravidum).

Jak widzimy dotychczas mowa jest tylko o działaniu pobudzającym na pochwę i macicę. Natomiast w większości przypadków w naszej praktyce klinicznej pragniemy wywrzeć wpływ na jajnik, jako zasadniczy narząd płciowy kobiecy.

Podawanie obecnie najbardziej rozpowszechnione preparatów jajnikowych w tym celu nie znajduje swego uzasadnienia w pracach biologji doświadczalnych. Prawda, że małe dawki follikuliny (preparatu mającego odpowiadać hormonowi pęcherzyka Graafa, a faktycznie uzyskiwanego z moczu ciężarnych) pobudzają w doświadczeniu młody jajnik, przysparzając wzrost i dojrzewanie w nim pęcherzyków Graafa, ale dawki duże wykazują niewątpliwy wpływ szkodliwy przedewszystkiem w stosunku do komórek warstwy ziarnistej i komórki jajowej. Toteż istotnego leku jajnika szukać należy po za nim, a więc przedewszystkiem, opierając się na rozgłośnych doświadczeniach *Zondek'a* i *Aschheima*, w przednim płacie przysadki mózgowej, względnie w substancji o podobnym biologicznym działaniu pochodzącej z moczu ciężarnej kobiety lub z łożyska.

Wiadomo, że *Zondek* wyobraża sobie, iż przedni płat przysadki mózgowej (p. p. p. m.) jest kierującym gruczołem płciowym, powodującym dojrzewanie jajnika, a także rządzącym jego czynnością w ciągu całego życia płciowego. Hormon przedniego płata przysadki mózgowej zwany przez *Zondeka* w skróceniu prolan'em, jest całkiem złożonym zawierającym w sobie (obok hormonów pozapłciowych) dwie frakcje działające rozmaicie (a nawet do pewnego stopnia antagonistycznie) to jest t. zw. Prolan — A i Prolan — B. (nastawione na narząd płciowy).

Pierwszy (Prolan — A) pobudza jajnik do dojrzewania, wywołuje wzrost i dojrzewanie pęcherzyka Graafa, a w konsekwencji — jajecznikowanie.

Jest aktywatorem całego narządu rodnego, gdyż wtórnie wywołuje rozrost macicy po przez hormon z płynu pęcherzyka Graafa — (Follikulinę), o którego własnościach wspomniałem powyżej.

Druga frakcja hormonu p. p. p. m. t. zw. Prolan — B. wywołuje luteinizację jajników i to w warunkach prawidłowych doprowadzając do powstania prawidłowego ciałka żółtego, w warunkach zaś doświadczenia, przy podaniu większej ilości, wywołuje luteinizację niepękniętych pęcherzyków Graafa, czego skutkiem jest powstanie t. zw. atretycznych ciałek żółtych (corpora lutea atretica). Oczywista zluteinizowany jajnik nietylko nie pobudza narządu płciowego do żywszej działalności, ale wręcz powoduje jego zahamowanie czynnościowe, a nawet z biegiem czasu — zanik.

Jak widać z powyższego hormony p. p. p. m. na macicę nie działają bezpośrednio, lecz po przez jajnik, do którego wykazują swoiste powinowactwo.

W dalszych swych badaniach *Zondek* i *Aschheim* przypadkowo stwierdzili, że w ten sam sposób jak p. p. p. m. działa na myszki (gryzonie) niedojrzałe mocz ciężarnych kobiet, co stało się punktem wyjścia głośnej już teraz metody biologicznej wczesnego rozpoznania ciąży.

Jednak nie reakcja ciążowa *Zondek'a Aschheim'a* interesuje nas obecnie — chodzi nam raczej o tę okoliczność, że mocz ciężarnych stał się materjałem wyjściowym, z którego poczęto wyrabiać tak dla celów naukowych, jak terapeutycznych tak zwane preparaty przedniego płata przysadki mózgowej.

W ten sposób produkowane są obecnie prawie wszystkie preparaty mające działać jak przedni płat przysadki mózgowej, a więc Prolan, Prahormon, Antephysan i inne.

Ale prawie jednocześnie, a nawet nieco wcześniej znaleziono w moczu ciężarnych kobiet (a obecnie i klaczy) bardzo znaczne ilości substancji, która w doświadczeniu na wytrzebionych gryzoniach działała identycznie, jak płyn z pęcherzyka Graafa, to jest wywoływała ruję w pochwie. Substancję tę nazwano wobec tego zbyt pośpiesznie folikuliną, zamiast jedynej rzeczowej nazwy: oestrina.

Poczyniona w tej chwili drobna uwaga językowa wydać się może zbędną czytelnikowi pożądającemu tylko wiadomości praktycznych. Tymczasem ma ona niewątpliwie i wielkie znaczenie w codziennej ordynacji ginekologicznej. Firmy przemysłowe zasypują rynek farmaceutyczny preparatami oestriny, pochodzącej z moczu, nazywając je szumnie preparatami hormonu płciowego, względnie hormonu jajnikowego, wychwalając przytem ich wysoką wartość leczniczą obliczoną w jednostkach mysich czy szczurzych.

Tymczasem zapominać nie należy, że nie są to preparaty identyczne z wyciągami jajnika. Jedyną niewątpliwie wspólną cechą tych dwu rodzajów preparatów jest dodatni wynik odczynu *Allen-Doisy*, t. j. wywołanie w pochwie samicy gryzonia objawów ruji czyli oestrus. Cecha ta nie świadczy o niewątpliwej identyczności obydwu omawianych substancji, gdyż reakcję *Allen-Doisy* dodatnią daje cały szereg ciał i między innemi niektóre nic z jajnikiem nie mające wspólnego. To też preparaty nie pochodzące z jajnika, a obdarzone własnością wywoływania ruji (oestrus) u wytrzebionych myszek czy szczurów winny dla uniknięcia nieporozumień nosić nazwę „oestrina"; ewentualnie w celu podkreślenia ich charakteru przypominającego działanie jajnika dodać można naprz. „Follikulina". Stąd powstała by nazwa, którą nadal w niniejszej pracy stosuję „Oestrina - Follikulina" dla oznaczenia preparatów zazwyczaj pochodzących z moczu kobiet lub klaczy ciężarnych, a mających działać jak płyn z pęcherzyka Graafa, a więc jednokierunkowo z preparatami jajnika.

Podobnie, jak wspomniałem wyżej odnośnie do hormonu przedniego płata przysadki mózgowej istnieją dwa rodzaje preparatów: 1) istotne wyciągi z gruczołu i 2) preparat wytworzony z moczu, który dla prostoty nazwiemy Prolanem, z odmianami *Prolan — A* i *Prolan — B*. Jak wspomniałem uprzednio preparaty wytworzone z gruczołu przedniego płata przysadki mózgowej okazały się nieczynne, tak, że pozostają do rozporządzenia tylko wytwarzane z moczu ciężarnych czyli Prolan Prähormon i inne.

Reasumując, pobudzającem działaniem obdarzone są następujące preparaty hormonalne:

a) w stosunku do pochwy kobiecej — żadne,

b) w stosunku do macicy: Follikulina pochodząca z jajnika (obecnie prawie nie wyrabiana) i Follikulina-oestrina pochodząca z moczu ciężarnych; specjalnie śluzówkę pobudza do zmian przedciążowych — ciałko żółte;

c) w stosunku do jajnika t. zw. preparaty przedniego płata przysadki mózgowej, ściślej Prolan i jemu podobne wyrabiane z moczu ciężarnych; przy zastosowaniu poszczególnych frakcji Prolanu, frakcja *A* pobudzać ma aparat pęcherzykowy (a przez to pośrednio macicę) frakcja *B* — pobudzać powinna ciałko żółte, względnie doprowadzać jajnik do luteinizacji.

Oto schemat, według którego, na zasadzie naszych dotychczasowych wiadomości,

powinniśmy stosować ten czy inny preparat hormonalny, pragnąc pobudzić narząd rodny kobiety.

Przestrzegaliśmy wyżej przed identyfikowaniem t. zw. Follikuliny-oestriny z płynem pęcherzykowym z jajnika pochodzącym. Klinicznie daje ona niekiedy przykre objawy uboczne (mdłości, zawroty głowy, podrażnienie nerwowe), doświadczalnie — w dużych dawkach powoduje u zwierząt uszkodzenie jajnika w jego aparacie pęcherzykowym. Stąd konieczność ostrożnego stosowania Follikuliny-oestriny, gdyż nie można nazwać jej tak niewinnym środkiem, jak preparaty jajnikowe.

Z zastrzeżenia tego bynajmniej nie wynika potępienie Follikuliny-oestriny jako środka leczniczego. Niezależnie czem ona jest, czy odpadkiem przemiany materji, czy wydzieliną kosmka, — działa ona niewątpliwie pobudzająco na macicę, leczniczo na brak miesiączek (wtórny) i na objawy przekwitania.

Drugi z omawianych preparatów hormonalnych wytwarzanych z moczu ciężarnych — t. zw. Prolan czyli rzekomy hormon przedniego płata przysadki mózgowej działa znakomicie na zwierzęta, istotnie pobudzając jajnik do rzekomej przedwczesnej dojrzałości, natomiast nie działa prawie zupełnie na kobiety. Tem się tłomaczy ogólny nastrój rozczarowania, jaki zajął miejsce entuzjazmu z okresów początkowych wprowadzenia do terapji tego preparatu. W ocenie tego rozczarowania pamiętać należy, że pierwotnie wypuszczono na rynek preparaty wytworzone z gruczoła i te okazały się nieczynne. Rozpowszechnienie preparatów pochodzących z moczu typu *Prolan* datuje się stosunkowo od niedawna toteż wydaje się nam, że ocena ich wartości jest jeszcze przedwczesna. W każdym razie podobnie, jak Follikulina-oestrina, nie jest to preparat zupełnie dla pacjentki obojętny: obserwowano mianowicie po jego stosowaniu, nie wiadomo post czy propter, powstanie torbieli w jajniku, które niekiedy rosły tak szybko, że trzeba je było usuwać operacyjnie.

Pomimo wymienionych zastrzeżeń nie możemy jeszcze wykreślać prolana z naszego arsenału leczniczego i jesteśmy najzupełniej uprawnieni do ostrożnych dalszych prób nad jego działaniem.

Wyciąg c i a ł k a ż ó ł t e g o ma działanie pobudzające w stosunku do śluzówki macicy i to w kierunku wytworzenia w niej t. zw. zmian przedciążowych lub przedmiesiączkowych (przerost gruczołów, objawy wydzielania) sprzyjających zagnieżdżeniu się jaja płodowego.

Wreszcie z gruczołów pozapłciowych *tarczyca* wywierać ma wpływ wybitnie pobudzający narząd płciowy żeński, ale w małych dawkach, dawki duże działają hamująco, a nawet doprowadzić mogą do chwilowej jego nieczynności.

Kończąc omówienie preparatów hormonalnych pobudzających narząd płciowy żeński wspomnieć wypada jeszcze o dawkowaniu t. zw. Follikuliny-oestriny.

Właściwe dawkowanie stało się możliwe dopiero od czasu wprowadzenia do terapji preparatów wyjednostkowanych, jakiemi są preparaty Follikuliny-oestriny. Dotychczasowe preparaty jajnikowe określane tylko na ilość zawartej w nich suchej lub świeżej substancji jajnikowej nie mogły być ani sprawdzane, co do swej wartości hormonalnej, ani, co zatem idzie, nie mogły być ściśle wydawkowane. W tej też okoliczności leży tajemnica powodzenia Follikuliny-oestriny, która łatwo dając się wystandaryzować nadaje się do dokładnego dawkowania.

Czy jednak zysk z tego jest tak znaczny, jak to sobie pierwotnie obiecywano? Zysk niewątpliwie jest: mamy obecnie preparaty, co do których nie mamy wątpliwości, czy dajemy wogóle jakieś lekarstwo, a nie tylko samą masę pigułkową, jak to bywało w początku leczenia tabletkami jajnikowemi. Z drugiej jednak strony okazało się, że powiększenie dawki, zwłaszcza bardzo znaczne, nie tylko nie wywołuje wprost proporcjonalnie większego wyniku, ale nawet przy pewnym nadmiernym stężeniu działa słabiej. Dowodzą tego wyniki badań doświadczalnych nad wywoływaniem ruji u gryzoniów, potwierdzają obserwacje kliniczne z podawaniem bardzo stężonych preparatów w dużych dawkach.

Okazuje się, że dawki preparatów hormonalnych bynajmniej nie muszą być proporcjonalne do wagi leczonych zwierząt czy ludzi, jak to pierwotnie myślano. Z drugiej zaś strony pewien dodatek tak zwanych zanieczyszczeń typu białkowych nie tylko nie osłabia, ale nawet wzmacnia działanie preparatu. Probowano naprzykład dodawać do

Follikuliny-oestriny nieco zwykłego wyciągu tkanki mięsnej, a uzyskiwano trzykrotnie silniejsze działanie swoiste.

Reasumując preparaty omawianego hormonu nie powinny być zbyt stężone, dla dawek per os tabletka winna zawierać najwyżej 100 jednostek mysich, dla dawek podskórnych lub domięśniowych najwyżej 40 j. m. Dawki te ustalono empirycznie, co nie wyłącza, że będą zmienione z biegiem czasu i w miarę dalszej obserwacji.

Jeśli chodzi o injekcje, to najlepszym rozpuszczalnikiem jest oliwa, tak dlatego, że preparaty hormonalne utrzymują się dłużej w tym stanie rzeczy, jak ze względu na powolniejszą ale bardziej równomierną resorbcję w organizmie, co zapewnia pewne stałe nasycenie organizmu hormonem.

Przy podawaniu per os ostatnio radzą stosowanie rozczynów alkoholowych, a to ze względu na łatwiejsze wchłanianie nie tylko hormonu ale i t. zw. zanieczyszczeń białkowych.

Mimochodem wspomnieć wypada, że poza podawaniem Follikuliny-oestrony per os i w injekcji uskutecznić to można przez podanie na jakąkolwiek śluzówkę (pochwy, nosa, spojówkę oka).

Przechodzimy wreszcie do ostatniej grupy organo-preparatów, mianowicie do środków hamujących. Działać one mogą albo bezpośrednio na tą czy inną część składową narządu rodnego, albo pośrednio na drodze pobudzenie antagonisty. Tak naprzykład niewątpliwie istnieje antagonizm pomiędzy dwoma zasadniczemi składnikami jajnika: pęcherzykiem Graafa i ciałkiem żółtym. Podawanie odpowiednich preparatów w myśl zasady antagonizmu ma zastosowanie praktyczne naprzykład w leczeniu krwawień macicznych przy t. zw. Folliculus Graafi persistens za pomocą ciałka żółtego. Z drugiej jednak strony ten sam skutek uzyskać można na drodze podawania Follikuliny-oestriny, które uszkadzając sam pęcherzyk Graafa spowodować może jego pęknięcie, a przez to ustanie krwawienia.

Antagonistycznie działać ma w stosunku do jajnika grasica i oto znowu powód do hamującego jej stosowania w tychże krwawieniach macicznych.

Również i preparaty o typie przedniego płata przysadki mózgowej mogą wywierać wpływ hamujący na narząd rodny pod warunkiem jednak, że uzyskamy oddzielnie frakcję B (Prolan — B) wywołującą luteinizację jajnika, zluteinizowany jajnik nie pozwala na rozwój pęcherzyka Graafa, cały narząd płciowy ulega unieruchomieniu i z biegiem czasu z nieczynności nawet zanikowi. Praktycznie Prolan — B mógł by oddać nieocenione usługi w walce z krwawieniami macicznemi, pobudzając do wytworzenia się czynnego ciałka żółtego, tego znakomitego środka haemostatycznego. Niestety jednak oddzielnie frakcji B hormonu p. p. p. m. nie posiadamy, a stosowanie całego Prolana może dać skutki rozmaite, gdyż jest to mieszanina i w rozmaitym stosunku przynajmniej dwuch frakcji A i B, jeśli nie wielu innych.

Przechodzimy wreszcie do kolejnego przeglądu stanów chorobowych, w których organoterapja ginekologiczna jest wskazana i pozwala rokować nadzieję na powodzenie.

1) Objawy wypadowe spowodowane ustaniem czynności jajnika czy to w przekwitaniu naturalnem, czy sztucznem naskutek usunięcia jajników, względnie ich zniszczenia promieniami Roentgena.

Jest to najwdzięczniejsze schorzenie dla terapji jajnikowej; w tych właśnie przypadkach wyleczenie lub znaczna poprawa następuje po zastosowaniu tak preparatów całkowitego jajnika jak Follikuliny-oestriny, pochodzącej jak wiadomo z moczu ciężarnych. W y n i k i o b y d w u w y m i e n i o n y c h l e k ó w s ą p r a w i e j e d n a k o w e p o d w a r u n k i e m, ż e u ż y w a m y d o b r y c h p r e p a r a t ó w j a j n i k o w y c h; sprawdzianu ich dobroci nie posiadamy i to właśnie spowodowało, że chętnie zwrócono się do standaryzowanych preperatów Follikuliny-oestriny. Te ostatnie działają szybciej i pewniej, ale wywołują niekiedy nieprzyjemne objawy uboczne. To też dawkowanie należy indywidualizować. Zazwyczaj podajemy polski preparat Klawego Ovarogen-oestrina w injekcji domięśniowej po jednej ampułce (40 j. m.) dwa razy na tydzień. Dawka ta w zupełności wystarcza, aby w większości przypadków uwolnić pacjentkę od objawów wypadowych zwłaszcza pod postacią nawałów naczynioruchowych. Działanie Ovarogen-oestriny jest równo-

mierne, gdyż rozpuszczona jest ona w oliwie, gwarantującej powolne, ale i równomierne wchłanianie się leku. Dawka całkowita nie poddaje się określeniu; przeciętnie już po paru injekcjach następuje wybitna poprawa tak, że wystarcza w zupełności 12 injekcji. Kurację taką należy po pewnym czasie powtórzyć w razie nawrotu dolegliwości.

Do terapji doustnej służy oestrina-ovarogen w postaci proszku tak wymiareczkowanego, że 1 gr. zawiera 1000 j. m. czyli że w 0,1 znajduje się 100 j. m. (jednostek mysich).

Odpowiednią dawkę (od 0,05 — 0,1) zapisuje się z dodaniem cukru mlecznego w opłatkach i podaje się po 1—3 proszków dziennie. Przeciętna dawka per os wynosi 100 j. m.

Dobrze jest łączyć w jednym preparacie wyciąg jajnika z małą dawką oestriny, gdyż przez to osiągamy skutek łagodniejszy (preparat jajnikowy), a równie pewny.

Biorąc pod uwagę, że tabletek jajnikowych podajemy 6—8 dziennie należy dodać do każdej od 5 — 10 j. m., aby uzyskać mniej więcej takie same działanie.

Poza preparatami jajnikowemi i Follikulinowemi wskazane są w leczeniu dolegliwości okresu przekwitania preparaty złożone wielugruczołowe, przedewszystkiem w tych przypadkach, gdzie wybijają się na czoło schorzenia objawy zależne od niedomogi lub nieprawidłowej czynności innych gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu. Wchodzą tu w grę takie preparaty, jak Opozones pluriglandulaires Lumie're'a, T. O. S. H. Richter'a i inne.

W przypadkach z silnemi objawami nerwowemi, lub specjalnie zaznaczonemi zaburzeniami w przewodzie pokarmowym czy w układzie krążenia, dobre usługi oddają preparaty mieszane składające się z wyciągów gruczołów i z preparatów farmaceutycznych; preparatami tego typu są: Prokliman, Klimakton i t. p., w dawkach wyznaczanych przez firmy wytwarzające. Zawierają one obok preparatów jajnikowych brom, teobrominę, peristaltynę i t. p. Preparaty te szczególnie nadają się dla osób cierpiących z powodu naturalnego climacterium, natomiast w climax pooperacyjnym działają dobrze follikulinowe.

2) Z kolei wkraczamy w dziedzinę znacznie trudniejszą do leczenia, bardziej kapryśną w przebiegu i reakcji na terapję. Są to zaburzenia w miesiączkowaniu.

A) Zacznijmy od grupy niedostatecznego miesiączkowania. Najdalej posuniętą postacią tej nieprawidłowości jest brak miesiączki — amenorrhea. W zasadzie nie jest to schorzenie, lecz objaw całego szeregu schorzeń czy zaburzeń rozwojowych; jeśli jednak są one łączone klinicznie w jedną grupę, to dzieje się to dlatego, że często nie jesteśmy w stanie wykazać istotnych przyczyn tego objawu. Dla ułatwienia dzielimy tą grupę na pierwotny i wtórny brak miesiączek, z których, odrazu trzeba powiedzieć, druga jest znacznie wdzięczniejsza w leczeniu od pierwszej.

Amenorrhea primaria, pierwotny brak miesiączki zwłaszcza z objawami niedorozwoju połączony ustępuje naogół tylko wyjątkowo pod wpływem leczenia hormonalnego, i to tylko u osób bardzo młodych:

Stosować tu należy (i to tytułem próby) tylko preparaty Follikuliny, gdyż wyciągi jajnika samego wyników nie dają.

Mechanizm działania tego leku nie jest dostatecznie wyjaśniony, wszak teoretycznie Follikulina nie działa na jajnik, a jeśli działa to raczej szkodliwie (i to zwłaszcza w dużych dawkach); natomiast hormon przedniego płata przysadki mózgowej ma mieć swoistą i wyłączną zdolność pobudzeniajajników do wzrostu. Praktycznie jednak okazuje się, że działanie preparatów p. p. p. m. jest słabsze od działania Follikuliny-oestriny. To też większość autorów radzi w amenorrhea stosować tylko tę ostatnią. *Zondek* trzymając się konsekwentnie teorji zaleca mieszaną terapję Follikulinowo-prolanową.

Leczenie Follikuliną (naprz. Progynon, Hegiral, Oestrina, Glandofollina i t. p.) zaburzeń w miesiączkowaniu prowadzić można albo zapomocą stałego podawania stosunkowo niewielkich dawek (po 100 j. m. per os przez 3 mies.), albo metodą *Laqueur'a* t. j. wprowadzeniem do organizmu dużych ilości hormonu w krótkim czasie (kilka do kilkunastu tysięcy jednostek w czasie 10—12 dniowej kuracji) i to w okresie przedmiesiączkowym. Przeciętną dawką dzienną w metodzie *Laqueure'a* jest 600 j. m. (jednostek mysich), jednakowoż podają niektórzy autorowie, zwłaszcza ze szkoły niemieckiej ilości znacznie większe, bo do 40.000 j. m. na kurację (10—12 dniową). W przypadkach skąpych lub opóźnionych miesiączek wyniki trwałe były mniej więcej jednakowe, niezależnie od wielkości dawki, jedynie wynik natychmiastowy był lepszy przy dawkach wyższych.

Praktycznie więc biorąc godną polecenia wydaje się obecnie dziennie dawka 600 j. m. najwyżej przy podawaniu per os, przy podawaniu w injekcji zaś 40 j. m. i oczywista mowa o kuracji krótkotrwałej 10—12 dniowej. Przy metodzie podawania stałego wystarczy doustnie dawka 100 j. m. a w injekcji 40 j. m. dwa razy na tydzień. Krótkotrwałą kurację według *Laqueur* stosować należy dwa razy na tydzień, 3 do 4 razy. W razie niepowodzenia nie warto probować dalej.

Wracając do wyników omawianego leczenia ująć je można w następujący sposób:

a) Pierwotny brak miesiączki nie poddaje się leczeniu albo tylko wyjątkowo,

b) Wtórny brak miesiączki leczy się dobrze (o ile nie trwa zbyt długo, to znaczy kilka lub kilkanaście lat). Przeciętny odsetek powodzenia wynosi 40—50%.

c) Opóźnione i skąpe miesiączkowanie naogół również daje się opanować dobrze leczeniem Follikuliną.

d) Climacterium precox, datujące się od nie zbyt dawnego czasu stanowi wdzięczne pole dla omawianej terapji.

B) Zwróćmy się z kolei do grupy biegunowo przeciwnych zaburzeń w miesiączkowaniu, a mianowicie do nadmiernych i nieregularnych krwawień macicznych. Oczywista mówić tu będziemy tylko o przypadkach krwawień t. zw. hormonalnych, to znaczy takich, w których nie jesteśmy w stanie wykryć żadnej przyczyny anatomicznej krwawienia. Z góry więc wyłączyć należy krwawienia na tle nowotworowym, zapalnym, zmian w położeniu macicy i t. d.

Krwawienie, które probowano leczyć preparatami hormonalnemi noszą najrozmaitsze nazwy: metropathia haemorrhagica, metrorrhagia subsequente folliculus persistens, metrorrhagia pubertatis i t. d.

Pamiętając o przeciwkrwotocznem działaniu ciałka żółtego, tak silnie występującem w czasie ciąży, stosowano w tych przypadkach bądź ciałko żółte (doustnie lub we wstrzykiwaniach) bądź preparaty przedniego płata przysadki mózgowej, licząc na wpływ luteinizującej frakcji t. zw. Prolanu — B. Wyniki stosowania ciałka żółtego, bądź samego, bądź w kombinacji z p. p. p. m., grasicą i adrenaliną (jako t. zw. Haemostop — Richtera) są niekiedy bardzo dobre, wprost zachwycające; nie można jednak od nich oczekiwać działania niezawodnego.

W tej samej grupie przypadków probowano stosować Follikulinę przypuszczając, że jeżeli podstawą krwawienia jest niepęknięty pęcherzyk Grafa, to nadmiar doprowadzonej zzewnątrzFollikuliny może być czynnikiem przyśpieszającym jego pęknięcie; pogląd ten znalazł poparcie we wspomnianych poprzednio doświadczeniach na zwierzętach, które udowodniły istnienie deprymującego wpływu Follikuliny na aparat pęcherzykowy jajnika. Praktycznie biorąc wyniki stosowania Follikuliny w krwawieniu z macicy są bardzo rozmaite i niestałe, tak, że jeszcze polecać jej tu nie można, można jedynie tytułem próby stosować ją przez tydzień, aby w razie niepowodzenia przejść na ciałko żółte; postępowanie takie może uwieńczyć się dobrym skutkiem jeszcze i dlatego, że naśladuje ono warunki zachodzące w normalnym cyklu miesiączkowym.

W przypadkach, w których uprawnieni jesteśmy przypuszczać istnienie innych zaburzeń, jak to spraw zapalnych naprzykład, powinniśmy obok ewentualnej terapji hormonalnej stosować leczenie swoiste dla danego schorzenia. (gorące irrygacje, diatermja i t. d.).

Wreszcie na zakończenie omówienia leczenia zaburzeń w miesiączkowaniu, wspomnieć należy o t. zw. stanach polihormonalnych. Mianowicie *Zondek* i inni donieśli, że zawartość hormonów w organizmie kobiety jest zmienna i bardzo rozmaita, przyczem niezależna od zewnętrznych objawów w zakresie krwawienia miesiączkowego. Mianowicie, tak przy amenorrhea raz może mieć miejsce niedostateczność hormonów w organiźmie, kiedy indziej ich nadmiar (amenorrhea polihormonalis); podobnie przy nadmiernem krwawieniu hormony mogą występować w nadmiarze lub niedostatku. Wobec takiego stanu rzeczy zażądano ścisłego określenia ilościowego hormonów we krwi i wydzielinach osoby leczonej, i to przed rozpoczęciem leczenia jeszcze, z zastrzeżeniem, że w stanach

polihormonalnych hormonów używać nie wolno.

Powyższe zastrzeżenie byłoby dla lekarzy - praktyków wielkim utrudnieniem w lecznictwie, gdyż o wykonaniu wspomnianego wyżej testu w warunkach codziennej praktyki mowy być nie może. Na szczęście jednak sprawdzenie praktyczne zastrzeżenia *Zondeka* okazało się niezupełnie słuszne; mianowicie stwierdzono, że pomimo zwiększonej ilości hormonów w organizmie osoby leczonej, terapja hormonalna odnosi dobry skutek, tak jakby ten stan nadmiernego wysycenia hormonami organizmu nie miał praktycznego znaczenia. Jednym słowem narazie lekarz - praktyk nie powinien zbytnio przejmować się ewentualnem istnieniem t. zw. stanów polihormonalnych.

3) Kolejnem wskazaniem do stosowania preparatów hormonalnych są zaburzenia w przebiegu ciąży. Mam tu na myśli przedewszystkiem grożące poronienie (abortus imminens), przy którem stosować należy preparaty ciałka żółtego. Postępowanie to opiera się na doświadczeniach z dziedziny biologji zwierzecej przedewszystkiem, a mianowicie na stwierdzeniu przerwania ciąży u zwierzęcia natychmiast po wycięciu ciałka żółtego. Doświadczenia kliniczne nie dają absolutnej pewności co do słuszności wymienionego poglądu w stosunku do kobiety, ale względna nieszkodliwość tej terapji przemawia za jej stosowaniem. Użyłem wyrażenia „względna nieszkodliwość", gdyż jak się zdaje zbyt długie (paromiesięczne!) stosowanie ciałka żółtego w czasie ciąży może w następstwie spowodować słabe bóle porodowe i przez to nadmierne przeciąganie się porodu, z jego przykremi skutkami.

Follikulina powinna by (jako antagonista ciałka żółtego) mieć działanie odwrotne, to jest wywoływać przerwanie ciąży; kliniczne doświadczenie nie potwierdza jednak tego przypuszczenia.

4) Wreszcie w ostatniej grupie umieścić wypada wszystkie schorzenia ogólne, które zdaniem specjalistów stoją w przyczynowym związku z zaburzeniami w funkcjonowaniu jajników; wymienić tu należy choroby skórne, umysłowe, reumatyzm i t. p. Działanie preparatów hormonalnych niektórzy autorzy chwalą gorąco, inni stwierdzają ich zupełną bezskuteczność. Trudno wyciągnąć jakiś zdecydowany wniosek, w każdym razie jednak próby lecznicze są zupełnie usprawiedliwione; wybór pomiędzy prawdziwemi preparatami jajnikowemi, a ich namiastkami typu follikulina — oestrina jest bardzo trudny. Ostatnio literatura zachwala raczej te ostatnie, to jest pochodne moczu ciężarnych.

W każdym jednak razie zapewnienia te przyjmować należy z mocnem zastrzeżeniem. Osobiste nasze doświadczenia w kilku przypadkach swiądu sromu uznać należy za ujemne: preparaty follikulinowe, podobnie zresztą jak jajnikowe, nie wywarły żadnego skutku leczniczego.

Natomiast w chorobach nerwowych widywaliśmy wyraźną poprawę, co zresztą odpowiada subjektywnej poprawie w przebiegu climacterium pod wpływem tego leczenia.

Oto w paru punktach ujęte leczenie hormonalne w zakresie ginekologji, w którem jak widać dużo jeszcze jest punktów sprzecznych i niejasnych. Na zakończenie chciałbym podnieść, że wbrew wrażeniu z niedalekiej przeszłości, preparaty jajnikowe sensu stricto nie straciły swej wartości leczniczej. Nie wyparły ich standaryzowane preparaty t. zw. follikuliny, gdyż nie dały one wyników leczniczych proporcjonalnych do swej ceny rynkowej (niekiedy bardzo wysokiej) i do swej wartości wysoko jednostkowej. W większości przypadków, a zwłaszcza w dolegliwościach okresu przekwitania, wystarczają dobre preparaty jajnikowe (naprz. Opozones Lumière), jedynie w razie niepowodzenia tej terapji uciec się można do t. zw. follikuliny.

Reasumując, powiedzieć trzeba, że sprawa leczenia hormonalnego w ginekologji jeszcze ostatecznie opracowana nie jest i wiele zagadnień pozostaje nadal otwartych, wymagając dalszych badań i doświadczeń.

STRESZCZENIA

CHOROBY WEWNĘTRZNE

Leczenie zgorzeli u chorych na cukrzycę. (Traitément des gangrénes diabétiques). M. Labbé. *Presse Méd. Nr. 76. r. 1931.*

Ze względu na odmienny sposób leczenia, autor dzieli zgorzele, występujące u chorych na cukrzycę, na trzy grupy.

I. Zgorzele, pochodzenia nerwowego przedstawiające się najczęściej, jako „mal perforant" nie wymagają szczególnego sposobu postępowania. Osobników, dotkniętych zapaleniem nerwów należy chronić przed zaburzeniami krążenia, które mogą przyczynić się do powstania zmian troficznych i „mal perforant". W tym celu zmiana położenia kończyny, odpowiednie obuwie i t. p., są zasadniczymi warunkami. Z chwilą, gdy cierpienie to już się rozwinie, leżenie w łóżku przez czas dłuższy i leczenie zgorzeli zapomocą antyseptycznych maści stanowi podstawę leczenia.

II. Leczenie zgorzeli, pochodzenia tętniczego, wymaga przedewszystkiem leczenia zapalenia tętnic.

W okresie przedzgorzelinowym zapalenie tętnic przedstawia zespół bardzo bolesny, wymagający stałej interwencji lekarza, który nadto musi zwrócić całą swą uwagę na występujące objawy zwężenia światła naczyń, co może być wstępem do wytworzenia się zgorzeli. Ponieważ, obok anatomicznego zwężenia naczyń, występuje też i skurcz naczyń, przeto leczenie zapaleń tętnic polega na usiłowaniach rozszerzenia światła naczyń. W tym celu stosujemy przedewszystkiem gorąco na chorą kończynę. Są tu w użyciu kąpiele w gorącem powietrzu, którego ciepłota może dochodzić do 70°. Można też stosować i kąpiele wodne, przyczem należy pilnie zważać, by nie wystąpiły najmniejsze oparzenia skóry. Polecane jest także stosowanie diatermji. *Heitz* zaleca kąpiele kwaso-węglowe w Royat. Trzeba jednak przyznać, że wszystkie te zabiegi przy pomocy gorąca, tylko przejściowo i to nie zawsze przynoszą ulgę i spełniają swe zadanie. *Buerger* a za nim lekarze północnej Ameryki stosują metodę biernej gimnastyki, polegającej na naprzemiennem wypełnianiu i opróżnianiu tętnic krwią. W tym celu kończynę leżącego chorego podnosi się nieco ku górze, aż zblednie, a po 2 minutach opuszcza się ją poniżej poziomu łóżka, aż poczerwienieje. Po dalszych 3 minutach kończynę układa się w poziomej pozycji na łóżku. Po 5 minutach przerwy, zabieg ten powtarza się. W ten sposób wykonuje się tę gimnastykę sześć razy na godzinę, powtarzając takie seanse trzy do czterech razy na dobę. Autor nie posiada sam dostatecznego doświadczenia z tą metodą.

Leki przeciwskurczowe, a zwłaszcza stosowane w cierpieniach naczyń, i przeciwbólowe stosuje się w tem cierpieniu często. A więc jodek potasu, cytrynian sodu, ten ostatni doustnie w dawce 15 do 30 gr. na dobę w 1 litrze wody. Wreszcie stosuje się insulinę. Autor podawał insulinę w dawkach 20 do 40 jednostek na dobę, zwłaszcza u tych chorych, u których można było stwierdzić hypercholesterynemję. Przyznaje jednak, że o ile poziom cholesteryny obniża się, o tyle zmiany w naczyniach i ból rzadko ulegają zwolnieniu.

Langeron i *Desplats* polecają naświetlania nadnerczy promieniami Rentgena. Inni autorowie wykonywali jednostronne wycięcie nadnerczy; coprawda ten zabieg był wykonywany z powodu endarteriitis juvenilis u osób wolnych od cukrzycy. Wynik był jednak przejściowy a sama operacja bardzo ciężka.

Leriche poleca przeciwko wszystkim zapaleniom tętnic, prowadzącym do zwężenia światła, zabieg, polegający na usunięciu włókien nerwu współczulnego, które otaczają tętnicę (sympathectomia). Dla dolnych kończyn zabieg ten wykonywuje się w trójkącie Scarpy. Ten zabieg nie jest chętnie przyjmowany przez wszystkich chirurgów, autor zaś podaje dwie historje choroby, z których wynika, że w jednym przypadku uzyskał pewną poprawę dość trwałą, choć według badań, zapomocą oscilometrji, zwężenie tętnic nie ustąpiło, w drugim zaś uzyskał poprawę przejściową.

Leczenie dietetyczne przeciwko zapaleniu tętnic, niestety, nie prowadzi do celu, choć, teoretycznie, usunięcie z pożywienia pokarmów, bogatych w tłuszcze, wydaje się celowe ze względu na obniżenie zwierciadła cholesteryny we krwi, która, jak wiadomo, odkłada się w ścianach naczyń. Podobnie także i djeta, zawierająca mało wapnia, nie zasługuje na polecenie.

Pozostaje leczenie obniżające poziom cukru we krwi, a to leczenie posiada największe znaczenie, gdyż zapobiega zakażeniu powstającej już zgorzeli.

W okresie grożącej już zgorzeli, kiedy bóle wzmagają się a kończyna ziębnie, z całą energją powinno być przeprowadzone odpowiednie leczenie, aby odwrócić, jeśli to możliwe, grożące niebezpieczeństwo. Chory powinien leżeć w łóżku, chorą kończynę należy, w odpowiedniej pozycji unieruchomić i ogrzewać; trzeba nadto zastosować ograniczenie węglowodanów w pożywieniu oraz insulinę, aby chorego jak najszybciej odcukrzyć, a także należy zastosować najdzielniejszy środek, rozszerzający naczynia, jakim jest acetylocholina. Autor podaje historję choroby, z których wynika, że stosowanie powyższego leczenia, dało bardzo dobre wyniki.

Skoro zgorzel już powstała należy ją leczyć podobnie, jak się leczy zgorzel, powstałą na tle miażdżycy tętnic, z tą tylko różnicą, że zgorzel u cukrzycowych, odznacza się ogromną łatwością ulegania zakażeniom. To też, obok unieruchomienia kończyny na długi okres czasu, nale-

ży zachowywać się wyczekująco, czyniąc wszystko możliwe dla uniknięcia zakażenia. W tych przypadkach zabieg chirurgiczny będzie najbardziej ograniczony i w najlepszym wykonany czasie.

W przypadku, gdy nastąpi zakażenie zgorzeli, postępowanie lecznicze jest odmienne. Już w pierwszym dniu należy dążyć do usunięcia przecukrzenia krwi zapomocą djety głodowej lub małokalorycznej, w połączeniu z insuliną. Ranę zgorzelinową należy odkażać zapomocą okładów alkoholowych lub przy pomocy przepłukiwania płynem Dakina albo wreszcie zapomocą odpowiednich maści. *Ambard* i *Chabanier* zalecali stosowanie maści insulinowej, autor nie widział jednak po tym leku żadnego, dobrego wyniku. W razie zbierania się ropy pod skórą należy szeroko stosować nacięcia i żadną miarą nie dopuszczać do nagromadzania się ropy u chorych na cukrzycę, gdyż grozi to ogólnem zakażeniem. W ten sposób postępując udaje się nieraz ocalić kończynę, choć trzeba przyznać, że to leczenie wymaga dużo czasu i cierpliwości a nadto nie zawsze prowadzi do celu. To też większość chirurgów skłania się do względnie wczesnego dokonania amputacji. O ile chodzi o amputację, to należy zawsze mieć na względzie, że zwężenie naczyń sięga ponad umiejscowienie się zgorzeli i amputacja musi być wykonana, względnie dość wysoko, aby rana pooperacyjna mogła się zagoić. Jako wskazania do dokonania amputacji autor podaje: szerzenie się zakażenia drogami chłonnymi, jako lymphangitis gangraenosa z równoczesnem wzrastaniem gorączki, gdyż wówczas grozi zakażenie ogólne. W tych przypadkach należy dokonać amputacji możliwie wysoko. Podobnie też należy dokonać amputacji, kiedy okolica zgorzeli jest silnie obrzękła, zaczerwieniona, kiedy gorączka jest wysoka i kiedy również istnieje obawa, że bakterje i jady grożą ogólnem zakażeniem. Wskazaniem do amputacji jest także samo wystąpienie gorączki przerywanej, charakterystycznej dla posocznicy. Dokonywujemy też amputacji i wówczas, gdy szalone bóle, nie dające się ułagodzić zapomocą sympathectomii ani zapomocą narkotyków, czynią życie chorego nie do wytrzymania. Wreszcie ewentualna amputacja wchodzi w grę, gdy warunki socjalne zmuszają chorego do możliwie rychłego podjęcia pracy, a nie pozwalają na postępowanie wyczekujące.

Co się tyczy miejsca dokonania amputacji, autor trzyma się następujących wytycznych: w przypadku zgorzeli palca, jeśli stopa jest gorąca, dobrze odżywiona i tętnica stopy dobrze tętni wystarcza odjęcie samego palca. Jeśli dotkniętych jest kilka palców a zachowane są powyższe warunki, wystarcza odjęcie przedniej części stopy; jeśli jednak warunków tych niema a tętnienie stopowej tętnicy jest niewyczuwalne, wówczas należy dokonać amputacji na wysokości dolnej części podudzia. Jeśli zakażenie od stopy szerzy się, należy amputować w górnej części podudzia lub nawet w dolnej części uda. Chirurgowie polecają szczególnie to ostatnie miejsce, gdyż w ten sposób otrzymują dobry kikut do zastosowania odpowiedniej protezy.

Autor podaje kilka historji chorób, ilustrujących praktyczne zastosowanie powyższych zasad.

III. Zgorzele zakażone zdarzają się często u chorego na cukrzycę z powodu współistnienia następujących warunków: przecukrzenie krwi, które sprzyja szerzeniu się zakażenia, zaburzenia troficzne pochodzenia tętniczego i nerwowego, które sprzyjają martwicy tkanek. Dlatego należy wogóle dążyć do odcukrzenia chorych a w każdym razie z chwilą wystąpienia jakiegokolwiek zakażenia, należy chorego bezwzględnie jak najszybciej odcukrzyć.

Autor przytacza historję choroby, dowodzącą jak szybko może się zatrzymać proces szerzenia się zakażenia, idący od stopy, jeżeli obok spokoju zastosujemy głodówkę lub półgłodówkę w połączeniu z insuliną i tą drogą chorego odcukrzymy. Zaniedbanie w tym kierunku jest równoznaczne dla autora z poniesieniem odpowiedzialności za utratę kończyny lub nawet życia chorego.

Drugą zasadą w leczeniu zgorzeli zakażonych jest szerokie otwieranie ropni i daleko idące nacięcia. Dopiero, gdy to leczenie nie pomaga, należy przystąpić do amputacji. W przypadkach wątpliwych wyhodowanie drobnoustrojów z krwi chorego jest wskazaniem do wykonania amputacji.

Co się tyczy wyboru środka usypiającego, autor przestrzega przed stosowaniem chloroformu i eteru, które będąc jadami dla wątroby, wywołują zakwaszenie ustroju i śpiączkę cukrzycową. Dlatego, jako środki usypiające, zaleca chlorek etylu i protoxyd azotu, jako mniej toksyczne. Jeszcze łagodniejsze jest znieczulenie lędźwiowe, najmniej zaś niebezpieczne znieczulenie miejscowe novokainą.

Należy też pamiętać, że każde zakażenie u chorego na cukrzycę wywołuje pogorszenie się ogólnego stanu i wzmaga nasilenie cukrzycy oraz grozi zakwaszeniem. Dlatego w celach zapobiegawczych należy przeprowadzić, w razie potrzeby, nawet bardzo energiczne leczenie insuliną.

Na końcu niniejszego artykułu, autor podkreśla znaczne polepszenie wyników, jakie dają się stwierdzić po zabiegach chirurgicznych u chorych na cukrzycę, z chwilą zastosowania ścisłej i umiejętnej współpracy między internistą a chirurgiem. Ustrój chorego na cukrzycę odpowiednio internistycznie leczony przestaje być „noli me tangere" dla chirurga.

Próba Volhard'a, jako czynnościowe badanie nerek. (Les épreuves de Volhard dans l'étude du fonctionnement rénal). Pasteur Vallery-Radot i A. Lafitte.

Presse Méd. Nr. 85. r. 1931.

Autorowie zwracają uwagę, że już przed *Volhard'em, Albarran* (r. 1903), a potem *Vaquez* i *Cottet* (r. 1912) i wreszcie szkoła *Gilbert'a* stosowali podobne sposoby badania. Nie mniej jednak trzeba przyznać, że *Volhard* wypracował swoją metodę, która przyjęła się szeroko w Niemczech i w Ameryce. Jak wiadomo, próba *Volhard'a* składa się z dwóch części. Część pierwsza badania polega na oznaczaniu zdolności wydalania przez nerki wypitej wody oraz na zdolności rozcieńczania moczu, zapomocą oznaczania jego ciężaru gatunkowego. Przy zachowaniu odpowiednich warunków, człowiek zdrowy wydziela w ciągu 4 godzin ilość moczu, odpowiadającą ilości wypitej wody, przyczem ciężar gatunkowy spada do 1004 lub niżej. Dla wykonania próby badanemu podaje się naczczo 1500 do 2000 ccm. płynu (wody). Druga część badania polega na oznaczaniu

zdolności stężania moczu przez nerki. Wykonanie tego badania polega na podaniu badanemu, w ciągu dnia, chleba, mięsa, jajek i kartofli, normalnie osolonych oraz 400 do 500 ccm. wody, w małych porcjach. Poza tem badany nie otrzymuje żadnego płynu, ani też pokarmów, zawierających dużo wody. I w tej próbie oznacza się ciężar gatunkowy, przyczem u człowieka zdrowego ciężar gat. powinien dojść conajmniej do 1025. Oczywiście w obu doświadczeniach oznacza się ciężar gatunkowy w poszczególnych próbkach, osobno oddawanego moczu. Nadto w próbie pierwszej zaleca się zbieranie moczu do osobnych naczyń, co pół godziny, w ciągu pierwszych czterech godzin po wypiciu płynu.

We Francji badanie czynnościowe nerek polega na oznaczaniu ilości mocznika we krwi, „stałej Ambarda", oraz na oznaczaniu wydzielania fenolsulfoftaleiny, podanej drogą domięśniową.

Autorowie zbadali 100 przypadków chorób nerek, wyłączając przypadki z obrzękami lub z chorobami wątroby, serca oraz z przerostem gruczołu krokowego i zaburzeniami układu wegetatywnego. W tych bowiem chorobach próba *Volhard'a* może dać niejasne wyniki, niezależnie od stanu i czynności nerek.

Porównywując wyniki tych badań, autorowie dochodzą do wniosku, że zdolność stężania moczu w próbie *Volhard'a* jest stale osłabiona w tych przypadkach, w których mocznik we krwi wynosi 0.80 gr. lub wyżej. Jeżeli ilość mocznika wynosi mniej niż 0.80 gr. próba *Volhard'a* może dać wynik korzystny, choć ilość mocznika jest wzmożona. W przypadkach, w których obie te próby są zgodne, nie spotykamy jednak równoległości.

Podobnie także, porównując próbę *Volhard'a* ze stałą *Ambard'a*, nie stwierdzamy równoległości obu tych prób a nadto okazuje się, że stała *Ambard'a*, podobnie jak i oznaczanie ilości mocznika we krwi, wykazują często zmiany w czynności nerek wcześniej, niż próba *Volhard'a*.

Wreszcie porównując próbę *Volhard'a* z badaniem wydzielania fenolsulfoftaleiny równoległość między obu tymi badaniami występuje tylko w 58%.

Porównania te odnoszą się zarówno do próby rozcieńczania, jak i stężania moczu przez nerki.

Z badań tych wynika, że próba *Volhard'a* nie może zastąpić metod, podanych wyżej a stosowanych we Francji, gdyż, jak z powyższego wynika, niema między nimi równoległości. Z dalszych przykładów, przytoczonych przez autorów wynika też, że próba *Volhard'a*, sama dla siebie, jest nieraz niewystarczającą dla stwierdzenia niewydolności nerek, gdyż istnieją przypadki, w których próba ta wykazuje dobrą zdolność stężania i rozcieńczania oraz wydzielania moczu, podczas gdy oznaczanie mocznika we krwi, stałej *Ambard'a* i badania nad wydzielaniem fenosulfoftaleiny świadczą o zaburzeniach w wydzielaniu nerek.

Mimo powyższych zastrzeżeń, autorowie podkreślają, że w niektórych znowu przypadkach próba *Volhard'a* może dać wyniki, wskazujące na cierpienie nerek, podczas gdy inne badania żadnych zmian nie wykazują. Dla tego też uważać należy próbę *Volhard'a* za cenne uzupełnienie dotychczasowych badań czynnościowych nerek. Tę próbę należy stosować nie tyle w zastępstwie innych badań, ile obok nich, gdyż daje ona wgląd w te czynności nerek, jakie innymi sposobami nie dają się wykazać.

Leczenie tuberkuliną i antygenem. (Tuberculinothérapie et antigénothérapie). Jaquerod.

Presse Méd. Nr. 75, r. 1931.

Autor (znany ftyzjolog z Leysin) przypomina pierwsze próby nad leczeniem gruźlicy płuc zapomocą tuberkuliny Kocha, którą, jak wiadomo, stosowano początkowo w dużych dawkach, w myśl zaleceń Kocha, otrzymując jak najgorsze wyniki. Później *Koch* i inni autorowie zaczęli wprowadzać rozmaite rodzaje tuberkuliny, podkreślając ich skuteczność. Po trzydziestu latach tych prób, autor zbiera wyniki swego własnego doświadczenia oraz wyniki i innych autorów. Z początku swej pracy autor podkreśla, że niema zasadniczej różnicy w działaniu rozmaitych gatunków tuberkuliny i ze stanowiska praktycznego różnice te polegają tylko na dawkowaniu.

Jedyny wyjątek pod tym względem stanowią tuberkuliny *Auclair'a* a mianowicie eterobaccilina i chloroformobacilina. Pierwsza z nich, po wstrzyknięciu, wywołuje zmiany serowate, druga zaś zmiany włókniste. Badania jednak nad tymi tuberkulinami są tak nieliczne, że nie podobna dziś jeszcze wydać sądu.

W pracy niniejszej autor mówi tylko o leczeniu gruźlicy płuc i podkreśla, że do tuberkulinoterapji nie nadaje się cały szereg rozmaitych postaci gruźlicy. Przedewszystkiem przeciwwskazane są przypadki gruźlicy płuc niedawno powstałej, nawet wówczas, gdy przebieg jest bezgorączkowy; nie nadają się też do tego leczenia chorzy gorączkujący albo wykazujący rozległe i daleko posunięte zmiany gruźlicze. Do tego leczenia nadają się tylko chorzy na gruźlicę płuc przewlekłą, ściśle ograniczoną o łagodnym przebiegu i o skłonności do bliznowacenia, przyczem stan ogólny tych chorych musi być bardzo dobry, ciepłota niepodwyższona, ze skąpą plwociną ale zawierającą prątki. Celem leczenia zapomocą tuberkuliny jest usunięcie na stałe gruźliczych prątków z plwociny. W razie nieosiągnięcia powyższego celu należy leczenie uważać za bezskuteczne. U odpowiednio dobranych chorych można dojść do dużych dawek czystej tuberkuliny a mianowicie do 0.5 lub 1 ccm czystej tuberkuliny, t. j. nierozcieńczonej, dwa razy na tydzień. Aby dojść do tej dawki należy rozpocząć od dawki jednej tysięcznej miligrama i stopniowo podnosić dawkę.

W korzystnych przypadkach, obok zniknięcia prątków z plwociny, stwierdza się zbliznowacenie zmian płucnych. W przypadkach niekorzystnych dalsze podwyższanie dawki nie tylko nie doprowadza do celu, ale wywołuje objawy ogólnego zatrucia, jak białkomocz, ubytek na wadze, zaburzenia wątroby i przewodu pokarmowego. U chorych, u których leczenie pozostało bez skutku, zazwyczaj pozostaje też bez skutku i stosowanie innego rodzaju tuberkuliny. U chorych, u których przeprowadzono leczenie tuberkuliną, znika odczyn naskórny i doskórny wobec tuberkuliny. Po zaprzestaniu leczenia odczyn ten powraca i pozostaje całe życie dodatni, nawet wówczas, gdy chory jest klinicznie wyleczony z gruźlicy. Autor podkreśla, że w korzystnych przypadkach uzyskane wyleczenie jest trwałe.

Obok niebezpieczeństwa nieodpowiedniego doboru przypadków nadających się do leczenia przy pomocy tuberkuliny, istnieje też niebezpieczeństwo nieodpowiedniego dawkowania. Przy nieodpowiedniem bowiem dawkowaniu, tuberkulina wywołuje zaostrzenie procesu chorobowego. Jako zasadę należy przyjąć stosowanie takich dawek, które nie wywołują reakcji. Dla tego też autor uważa, że leczenie zapomocą tuberkuliny powinno być przeprowadzane tylko w sanatorjach, pod ścisłą kontrolą lekarza obytego z tuberkuliną.

Co do antygenu metylowego, podanego przez *Nègre* i *Boquet*, to należy podkreślić, że preparat ten, mimo odrębnej nazwy, jest tuberkuliną. Stosowanie jego jest jednak ułatwione w porównaniu z tuberkuliną dlatego, że czysty preparat, zawarty w ampułkach, jest już rozcieńczony. Wskazania jednak do stosowania tego preparatu pozostają te same, jak to wyżej wspomniano w stosunku do tuberkuliny. Co się tyczy twierdzenia, że antygen metylowy wywołuje w ustroju powstawanie przeciwciał, podczas gdy tuberkulina, jak wiadomo, posiada tę właściwość tylko w bardzo słabym stopniu, należy podkreślić, że rola tych przeciwciał w walce z gruźlicą nie ma większego znaczenia. I o tuberkulinie mówiono, że zwiększa ona odporność ustroju wobec gruźlicy, w leczeniu jednak tej choroby chodzi przedewszystkiem i jedynie o poprawę stanu miejscowego i to jest właściwym celem leczenia.

Odruch żołądkowo-sercowy z nerwu błędnego w zastosowaniu klinicznem. (Le réflexe vago-gastro-cardiaque dans ses applications cliniques). C. Farmakidis.

Arch des mal. du coeur. Nr. 9, r. 1931.

Na początku swej pracy autor omawia obecne zapatrywania i podział niedomogi krążenia, zwracając uwagę zarówno na naczynia obwodowe, jak i na samo serce, przyczem osobno omawia osłabienie prawej i lewej komory serca. Szczególną zaś uwagę poświęca osłabieniu lewej komory serca a zwłaszcza w postaci utajonej. Jako cechy charakterystyczne dla osłabienia lewej komory serca w postaci lżejszej, autor podaje za *Merklenem* i *Lianem:* duszność wysiłkową, przyspieszenie akcji serca i bardziej lub mniej wyraźnie zaznaczony rytm cwałowy. Nadto może też przejściowo wystąpić rozszerzenie się lewej komory serca. W niektórych postaciach powyższe objawy mogą być bardzo słabo zaznaczone i dla odróżnienia tych wątpliwych przypadków, autor podaje własną metodę badania, polegającą na wywoływaniu odruchu żołądkowo-sercowego.

Badanie omawianego odruchu przedstawia się następująco: u chorego, leżącego nawznak, oznaczamy zapomocą opukiwania, w sposób możliwie dokładny, granice bezwzględnego stłumienia serca. Równocześnie oznaczamy ściśle miejsce uderzenia koniuszkowego. Następnie zalecamy choremu zgięcie nóg w kolanach i wykonanie zarazem daleko idącej fleksji w stawach biodrowych. Przez cały czas badania chory powinien oddychać przez usta, aby możliwie zwolnić napięcie mięśni brzusznych. W tej pozycji wykonywamy przez dłuższy przeciąg czasu masaż całej tej powierzchni brzucha, która odpowiada żołądkowi. Po dokonaniu tego masażu oznaczamy znowu granice bezwzględnego stłumienia serca, oraz miejsce uderzenia koniuszkowego. U osobników, cierpiących na osłabienie lewej komory serca, występuje rozszerzenie granic bezwzględnego stłumienia serca na lewo oraz przemieszczenie uderzenia koniuszkowego na lewo a nawet ku dołowi. Należy podkreślić, że to rozszerzenie serca występuje bądźto natychmiast po dokonanym masażu, bądź też nieco później, przyczem może ono trwać dłuższy przeciąg czasu albo też wystąpić tylko przelotnie. Dlate-

FRANCUSKIE WODY MINERALNE

Zwracać uwagę na znak ochronny

Zwracać uwagę na znak ochronny

VITTEL

GRANDE SOURCE

Działa leczniczo na **NERKI**
Podagra-dna. Piasek moczowy (Kamienie nerkowe)
Artretyzm.

SOURCE HÉPAR

Obfitość leczniczych składników mineralnych

Działa leczniczo na **WĄTROBĘ**
Kamienie żółciowe
Obstrukcja
Niedomoga Wątroby.

Sezon od 20 Maja — 25 Września.

NOWOCZESNY ZAKŁAD WODOLECZNICZY.

go oznaczania granic serca należy dokonywać kilkakrotnie.

Klinicznie, powyższy, dodatni objaw występuje u osobników, którzy obok zmian, wskazujących na osłabienie lewej komory serca, wykazują też objawy wzmożonego napięcia nerwu błędnego. Rozpatrzenie anatomicznych warunków doprowadza autora do wniosku, że masaż okolicy żołądka, dokonany w powyższych warunkach, wpływa na podrażnenie nerwu błędnego a zwłaszcza tych jego odgałęzień, które dochodzą do serca przez dolną gałązkę nerwu błędnego sercowego. Rozpatrzenie fizjologicznych właściwości nerwu błędnego w stosunku do pracy serca pozwala na wyprowadzenie wniosku, że w powyżej opisanym odruchu, podrażnienie nerwu błędnego wzmaga rozkurcz a co za tem idzie rozszerzenie tylko lewej komory serca w tych przypadkach, w jakich istnieje osłabione napięcie mięśnia lewej komory serca. Powyższy stan patologiczny spotyka się w utajonem osłabieniu lewej komory serca.

W końcu swej pracy autor, polecając stosowanie omówionego odruchu, podaje własne spostrzeżenia, dodając, że odpowiednie leczenie, wzmacniając mięsień sercowy, doprowadza do zniknięcia powyższego odruchu.

Badania nad etjologją niestałości sercowej, pod postacią przewlekłego częstoskurczu, wykonane zapomocą oznaczania podstawowej przemiany materji oraz próby Mico. (Recherches sur l'étiologie de l'instabilité cardiaque tachycardique permanente a l'aide du métabolisme basal associé a l'épreuve de Mico). D. Simici, M. Popesco i Sandulesco.

Arch. des malad. du coeur. Nr. 9, r. 1931.

Pod nazwą niestałości sercowej, w jej postaci częstoskurczu przewlekłego, rozumieją autorowie stałe przyspieszenie akcji serca, któremu towarzyszą różne skargi podmiotowe. Jako synonim tego cierpienia należy uważać: tachycardia sinusoidalis nervosa ,neurosis cordis, cor irritabile, przeforsowanie serca, zespół nerwowo - częstoskurczowy i t. p. Cierpienie to często się spotyka zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn, przyczem autorów, jako lekarzy wojskowych, interesuje niezwykła częstość powyższego cierpienia wśród żołnierzy i to nietylko w czasie wojny, ale także podczas pokoju. Co się tyczy żołnierzy należy podkreślić, że powyższe objawy chorobowe występowały już przed wstąpieniem do armji. *Gaillard* podaje, że trzy piąte przypadków spostrzeganych u wojskowych, skarżyło się na cierpienie jeszcze przed wstąpieniem do służby wojskowej. Wydaje się zatem, że związek między omawianem cierpieniem a warunkami życia wojskowego nie jest tak częsty ani ścisły, jakby to się wydawać mogło. Warunki życia wojskowego zdają się raczej tylko pogarszać stan chorobowy.

Etjologja tych stanów wegetatywnych, które wywołują patologiczne podrażnienie okolicy zatokowej serca, a co za tem idzie, stałe przyspieszenie akcji serca — nie jest dostatecznie wyjaśniona. Jako czynniki etjologiczne należy uważać rozmaite choroby zakaźne oraz zatrucia a także, jak to autorowie wykazują: ukrytą nadczynność tarczycy. Dla wykrycia tej nadczynności tarczycy autorowie oznaczali podstawową przemianę materji i przekonali się, że na 27-miu badanych u 7-miu chorych stwierdzono wzmożoną przemianę materji, co należy odnieść do nadczynności tarczycy. Powyższy sposób badania pozwala wykryć tylko jawną postać nadczynności tarczycy, wobec czego autorowie przeprowadzili też badania nad próbą Mico u pozostałych chorych. W wykonaniu tej próby, u badanego oznacza się naczczo podstawową przemianę materji a następnie po podskórnem wstrzyknięciu pół miligrama adrenaliny, przeprowadza się jeszcze dwukrotnie powyższe badanie w pół godziny i w godzinę po wprowadzeniu adrenaliny. Wynik tego badania uważa się za dodatni, t. j. za dowód istnienia utajonej nadczynności tarczycy, wówczas, gdy po wprowadzeniu adrenaliny, podstawowa przemiana materji ulegnie wzmożeniu co najmniej o 20%. Zapomocą powyższej próby autorom udało się wykazać kilkakrotnie utajoną nadczynność tarczycy, co oczywiście wpłynęło na zastosowanie odpowiedniego leczenia.

Trzy okresy choroby nadciśnieniowej. (Les trois phases de la maladie hypertensive). A. Dumas.

Journal de Méd. de Lyon Nr. 281, r. 1931.

W niniejszej pracy autor omawia swoją myśl zasadniczą, łącząc pod nazwą: choroby nadciśnieniowej te zespoły chorobowe, które przebiegają z nadciśnieniem tętniczem. W myśl jego zapatrywań, t. zw. nadciśnienie samoistne, któremu nie towarzyszą wyraźne zmiany organiczne, anatomopatologiczne, stanowi tylko pierwszy okres choroby, po którym występuje okres drugi, wyrażający się obok nadciśnienia także zmianami w narządach wewnętrznych, ujmowany dotychczas jako zespół sercowo-nerkowy. Wreszcie okres trzeci, końcowy choroby nadciśnieniowej jest tym zespołem, który obdarzamy mianem: miażdżycy tętnic.

Okres pierwszy czyli okres utajonej choroby nadciśnieniowej, obok skarg podmiotowych ze strony chorego, wyraża się klinicznie głównie tylko nadciśnieniem. Już w tym okresie jednak, zapomocą badań dodatkowych, można wykazać pewne zaburzenia, dotyczące wzajemnego stosunku poszczególnych ciał chemicznych, wchodzących w skład osocza krwi, jak n. p. wzmożona ilość cholesteryny, wzajemny stosunek globulin do albumin, wyższy poziom chloru we krwi i t. p. Autor uważa dla tego powyższy okres choroby nadciśnieniowej za wyraz zaburzeń ustroju, które przedstawiają uderzającą analogję z cierpieniami, powstającymi na tle skaz. Bardzo często można wykazać w rodzinnych wywiadach istnienie cukrzycy, dny, otyłości itd. Niekiedy można też stwierdzić, jako etjologję choroby nadciśnieniowej, kiłę, ale autor wyraźnie przestrzega przed zbyt ścisłem łączeniem choroby nadciśnieniowej z kiłową etjologją. W obrazie klinicznym na plan pierwszy wybija się podwyższone ciśnienie zarówno rozkurczowe, jak i skurczowe, a *Vaquez, Gley* i *Gomez* podkreślają podwyższenie się ciśnienia średniego. Skargi chorych mogą być bardzo skąpe, czasem zaś chorzy skarżą się na bóle głowy, zwłaszcza w porze rannej, na nocne oddawanie moczu (nykturia), na bolesne kurcze w górnych kończynach, rzadziej w dolnych, na zaburzenia wzrokowe i t. p. Serce w tym okresie wykazuje zazwyczaj dobrą sprawność, powoli jednak przerasta; a nadto ulega rozstrzeni; przyczem tętno nieco się przyspiesza a nawet dochodzi do skurczów dodatkowych. Oczywiście, że w tym okresie mogą powstać nagłe powikłania, jak krwotoki mózgowe, z ich następstwami, ostre osłabienia mięśnia sercowego, przyczem oczywiście niejednokrotnie może nastąpić śmierć nagła.

W leczeniu należy uwzględnić nie tylko wzmożone ciśnienie, które autor uważa za dostosowanie się krążenia wobec zmienionych warunków przemiany materji w tkankach, bliżej jeszcze nieznanych, ale także trzeba stosować leczenie przyczynowe tam, gdzie etjologja może być wykryta, jak np. kiła, albo też leczenie ogólne, zapomocą kąpieli kwaso-węglowych, leków przeciwnerwowych, podawania jodu, w razie potrzeby insuliny i t. p.

Okres drugi, czyli okres zmian miąższowych, występuje u tych chorych niespostrzeżenie.

W nerkach stwierdzamy wzrastające ilości białka, wzrasta też azotemja; moczenie nocne staje się wyraźniejsze. Wątroba powiększa się, przyczem występują biegunki naprzemian z zaparciami. Niekiedy pojawiają się: krwotoki z nosa, dooponowe. W zakresie płuc zjawiają się objawy niezytu uporczywego i umiejscowionego u podstawy płuc a zwłaszcza u podstawy płuca prawego. Często występuje duszność wysiłkowa, którą odnieść jednak należy już do zmian w czynności serca. Extrasysytole stają się wyraźniejsze, okresowo występują znaczne przyspieszenia tętna a nawet może się pojawić rzekoma lub prawdziwa duszница bolesna. Serce a zwłaszcza komora lewa jest wyraźnie powiększona, to samo można stwierdzić w stosunku do aorty. Przysłuchowo stwierdza się zaakcentowanie drugiego tonu nad tętnicą główną, objawy nieorganicznej niedomykalności zastawki dwudzielnej a niekiedy rytm cwałowy. Bardzo charakterystyczne są według autora zmiany oczne, dotyczące naczyń siatkówki, przyczem zmiany te różnią się od zmian, spotykanych w zapaleniu nerek.

Z powikłań szczególnie często występują krwotoki do mózgu, ostre osłabienia mięśnia sercowego, związane z tem zmiany w płucach, jak obrzęk płuc. Nierzadko też się spotyka szybki rozwój sprawy chorobowej w nerkach pod postacią nephritis chronica vascularis. W tym też okresie widuje się w zakresie krążenia zespół, który autor nazywa zablokowanem nadciśnieniem. W tym zespole serce spełnia prawidłowo swą czynność, brak jest objawów czynnościowej niedomykalności zastawki dwudzielnej, ze strony obwodu nie stwierdzamy objawów zastoju. Natomiast ciśnienie, zarówno skurczowe jak i rozkurczowe, jest znacznie podwyższone i nierzadko dochodzi do $^{280}/_{150}$ mm Hg. Jako cechy omawianego zespołu występują objawy, które wskazują na to, że ustrój, który dotychczas dobrze znosił wysokie ciśnienie, naraz odmawia. Chorzy skarżą się na gwałtowne bóle głowy, bardzo bolesne skurcze w dolnych kończynach, wystąpić też mogą zaburzenia mózgowe i oponowe, we krwi stwierdzamy wówczas azotemję a nakłucie lędźwiowe wykazuje znacznie wzmożone ciśnienie płynu mózgowordzeniowego, ze wzmożoną ilością białka. Wśród drgawek następuje często śmierć, którą może też wywołać i schorzenie serca, przyczem anatomo-patologicznie nie udaje się stwierdzić żadnych, szczególnych zmian w mięśniu sercowym. Upusty krwi oraz leczenie moczopędne może niekiedy zapobiec tym groźnym powikłaniom. Należy zaznaczyć, że o ile w nadciśnieniu zablokowanem wystąpi arrhythmia completa, wówczas wyżej wspomniane niebezpieczeństwo zostało usunięte, przynajmniej doraźnie.

Leczenie choroby nadciśnieniowej w tym okresie różni się od leczenia dotychczasowego. Obok zwalczania nadciśnienia należy uwzględnić zmiany, wyżej podane w rozmaitych narządach a więc zmiany w sercu, w nerkach i w płucach.

Okres trzeci czyli okres inwolucji nadciśnienia, jak nazwa wskazuje, cechuje się powolnem obniżaniem zarówno ciśnienia skurczowego, jak i rozkurczowego. Nie mniej to ciśnienie utrzymuje się jeszcze na wysokim względnie poziomie. W tym okresie występują zaburzenia ze strony mózgu pod postacią stanów melancholicznych, psychastenicznych a nawet pod postacią prawdziwych chorób umysłowych. Później pojawiają się małe ogniska rozmiękczenia mózgu, co wyrazić się może pewną sztywnością mięśniową a nawet zespołem Parkinsona. Ci chorzy skarżą się stale na osłabienie, zanik pamięci, energji przytem pod względem fizycznym chudną i zwolna występuje typowy obraz charłactwa. W tym też okresie mogą wystąpić większe ogniska rozmiękczenia mózgu, które, podobnie jak i krwiotoki mózgowe, w kilku dniach mogą prowadzić do śmierci. Naogół to obniżenie ciśnienia krwi czyni wrażenie, jakgdyby chodziło o prawdziwe podciśnienie tętnicze. Ze strony nerek azotemja utrzymuje się na niezbyt wysokim poziomie, na dnie oka można stwierdzić daleko posunięte zmiany, ale różne od tych, jakie spotyka się w poprzednim okresie. Anatomo-patologicznie nerka przedstawia się, jako mała nerka sklerotyczna.

Serce ulega też zwolna procesowi zanikowemu, przyczem jednak wobec spadku ciśnienia, spełnia jeszcze względnie dobrze swą czynność. Ciśnienie krwi rozkurczowe obniża się bardziej, niż ciśnienie skurczowe. Czynność serca jest nierówna i niemiarowa, o ile występują objawy niedomogi mięśnia sercowego, to dają się one przez pewien czas usuwać zapomocą podawania przetworów naparstnicy. Ostatecznie, o ile śmierć nie nastąpi z powodu zmian w mózgu, nerek lub osłabienia serca, to wśród obrazu zupełnego zniedołężnienia umysłowego i fizycznego, wśród objawów charłactwa chory ginie, najczęściej z powodu jakiejś choroby dodatkowej, natury zakaźnej lub t. p.

CHIRURGJA

Stosowanie w celach leczniczych lawatyw kroplowych ze stężonego roztworu chlorku sodu po operacjach brzusznych. (Le lavement chloruré hypertonique dans les suites opératoires en chirurgie abdominale). Clavel.

La Presse Méd. Nr. 81, październik 1931.

Autor zwraca tutaj uwagę na środek coprawda nie nowy, ale mogący bądźcobądź okazać w pewnych okolicznościach duże usługi. Chodzi o podawanie w lawatywie kroplowej (1 — 2 krople na sekundę) 20% roztworu chlorku sodu w ilości 100 — 200 cm³ na dawkę. Środek ten, podany w

sposób powyższy, wywiera działanie podwójne: z jednej strony — zwiększa zapas chlorków w ustroju (analogicznie do wprowadzania dożylnego stężonych roztworów chlorku sodu), z drugiej zaś — pobudza miejscowo dość intensywnie ruch robaczkowy kiszki. To ostatnie działanie tłumaczy się najprawdopodobniej przechodzeniem wody poprzez ścianę kiszki do jej światła, podobnie jak przy podaniu soli przeczyszczających przez usta; tylko, że środki przeczyszczające, hypofizyna, pilokarpina i t. p. wywierają działanie ogólne, nasilając ruch robaczkowy całego przewodu pokarmowego, co w okresie pooperacyjnym nie zawsze bywa pożądane; kiedy tymczasem lawatywa kroplowa z 20% roztworu chlorku sodu pobudza perystaltykę wyłącznie dolnego odcinka i, poza tem, działanie to daje się łatwo miarkować przez przerwanie lawatywy w odpowiednim momencie.

Zwykle już pod koniec stosowania tego rodzaju lawatywy (z 200 cm³) odchodzą obficie gazy, a po kwadransie — chory oddaje często i stolec. Powikłań się prawie nie widuje, co najwyżej mogą wystąpić przed samem oddaniem gazów krótkotrwałe i niewielkie bóle brzucha. Te niewielkie minusy bywają zrównoważone z nadmiarem przez ogromną ulgę, jaką odczuwa chory w okresie pooperacyjnym po oddaniu wczesnem gazów.

Autor zastosował ów sposób leczniczy w 15 przypadkach pooperacyjnych (przepukliny uwięźnięte, przedziurawienie żołądka wskutek wrzodu, niedrożność jelitowa mechaniczna, operacje ginekologiczne i t. p.), przyczem lawatywę robiono albo zaraz po operacji, albo w 24 — 36 godzin po tem (w okresie największego nasilenia się dolegliwości, wskutek nieodchodzenia gazów). Wynik był zawsze niezawodny i zupełnie pomyślny, bez powikłań.

Stosowano również tego rodzaju lawatywę przez zgłębnik Nélatona, wprowadzony do przetoki kiszkowej (ileostomia), z wynikiem równie pomyślnym.

Autor nie stosował lawatywy kroplowej ze stężonego chlorku sodu po operacjach, w czasie których wykonywano szew kiszki (np. wycięcie wyrostka), bojąc się — zresztą może niesłusznie — rozluźnienia tych szwów w razie wystąpienia zbyt silnych i rozległych skurczów kiszek.

Leczenie wrzodu trawiennego pooperacyjnego — ulcus pepticum jejuni. (Le traitement de l'ulcère peptique postopératoire) — temat programowy XXXX Zjazdu Chirurgów Francuskich. **Gosset.**
La Presse Méd. Nr. 81, październik 1931.

Na wstępie podkreśla autor te czynniki etjologiczne, które sprzyjają powstawaniu pooperacyjnych wrzodów trawiennych, a mianowicie: brutalne operowanie, miażdżenie tkanek kleszczykami i klampami, używanie do szycia nici niewsysających się.

Jeśli mamy do czynienia z wrzodem już wykształconym, to wogóle należy zarzucić myśl próbowania leczenia wewnętrznego, farmakalogicznego, gdyż nie prowadzi ono do niczego, a tymczasem powstają powikłania, które z reguły ogromnie utrudniają, jeśli wogóle nie uniemożliwiają dokonanie następowej operacji.

Przy wyborze tego czy innego sposobu operacyjnego należy się kierować w pierwszym rzędzie ogromną tendencją wrzodu trawiennego pooperacyjnego do nawrotów, tendencją szczególnie wyraźnie zaznaczoną u chorych w młodym wieku i w przypadkach wrzodu dwunastnicy.

I. Przypadki wrzodu pooperacyjnego po zespoleniu żołądkowo-jelitowem. Po odsłonięciu ściany żołądka w miejscu zespolenia i zespolonej pętli jelita czczego (uwaga na naczynia krezki poprzecznicy!) następuje moment wydania decyzji, czy mamy się ograniczyć do zabiegu zachowawczego — skasowania zespolenia i wycięcia wrzodu (jeśli odźwiernik jest całkowicie drożny), lub wykonania nowego zespolenia w miejscu starego względnie przetoki jelita czczego, jejunostomia (jeśli odźwiernik jest zwężony), — czy też uciec się do zabiegu bardziej doszczętnego to jest do wycięcia mniej lub więcej znacznej części żołądka (gastrectomia).

Przy wyborze drogi zachowawczej należy pamiętać o uzupełnieniu operacji w możliwie każdym przypadku plastyką odźwiernika wdg. *Finney'a* (wycięcie ⅔ zwieracza).

II. Przypadki wrzodu po wycięciu części żołądka. Przypadki takie nie są bynajmniej rzadkie (koło 15% wszystkich rezekcyj żołądka — wdg. *Mayo)*. Rokowanie bywa tu naogół niepomyślne. Leczenie polega albo na jeszcze bardziej rozległem wycięciu żołądka (technicznie bardzo trudnem — duża śmiertelność pooperacyjna), albo na wytworzeniu przetoki jelita czczego (jejunostomia).

III. Przypadki wrzodu pooperacyjnego, powikłanego przedziurawieniem. Ogólnie biorąc, należy się starać wyciąć wrzód, odtworzyć możliwie dokładnie prawidłowe warunki anatomiczne, ewentualnie zabezpieczyć opróżnianie się żołądka przez wytworzenie nowego zespolenia. Jeśli stan chorego jest ciężki, można narazie ograniczyć się do zaszycia miejsca przedziurawienia, a dopiero po kilku tygodniach dokonać utworzenia warunków anatomicznych i ewentualnie wycięcia wrzodu.

IV. Przypadki wrzodu, powikłane powstaniem przetoki żołądkowo-jelitowo-okrężnicowej (fistula gastro-jejuno-colica). Najlepsze wyniki daje oddzielenie od siebie i obszycie oddzielnie każdego z tych 3 odcinków przewodu pokarmowego, uzupełnione w miarę możności odtworzeniem prawidłowych warunków anatomicznych. Doraźne wycięcie żołądka w tego rodzaju przypadkach daje olbrzymią śmiertelność pooperacyjną, której nie równoważą nawet te nieliczne pomyślne wyniki pooperacyjne.

Nadmierne zwiększenie stężenia cukru we krwi — jako stały objaw okresu pooperacyjnego po operacjach na przewodzie pokarmowym. (L'hyperglycémie - réaction constante consécutive aux interventions du tube digestif). Cerf i Pauly.
La Presse Méd. Nr. 78, wrzesień 1931.

Po wszelkich operacjach poważniejszych, a zwłaszcza operacjach brzusznych występuje cały szereg mniej lub więcej silnie zaznaczonych objа-

ALLOCHRYSINE
Lumière

(Sól złotowa siarczanu sodowego tioglicerydu)

Działanie lecznicze złota zawartego w Allochrysine spotęgowane jest łatwo odszczepiającą się cząsteczką SIARKI in statu nascendi.

Stosowany śródmięśniowo, lub podskórnie, a nie dożylnie,

wchłania się powoli i nie wywołuje gwałtownego toksycznego działania.

Wskazania:

1) **GRUŹLICA (wszelkie postaci i okresy)**
2) **TOCZEŃ RUMIENIOWATY (lupus erythematoides)**
1 zastrzyk tygodniowo.
3) **GOŚCIEC STAWOWY, PRZEWLEKŁY**
1 do 2 zastrzyków tygodniowo

W sprzedaży:

1) **ampułki à 0,05 Allochrysine**
2) „ „ 0.1 „
3) „ „ 0,2 „

№ Rej. 1412, 1413, 1414

Każde pudełko zawiera 1 ampułkę 2 cc. stężonego rozczynu ALLOCHRYSINE i 1 ampułkę 8 cc. płynu izotonicznego. Należy oba płyny nabrać do strzykawki dla przygotowania rozczynu ex tempore.

Przedstawicielstwo na Polskę L. NASIEROWSKI Warszawa, Kaliska 9, tel. 924-39, 930-42.

Próby i literatura na żądanie WPP. Lekarzy.

wów (przedewszystkiem niedomoga sercowo-naczyniowa), składających się na obraz tak zwanego wstrząsu pooperacyjnego (shock). Mechanizm chorobotwórczy powstawania tego wstrząsu i jego istota są dalekie jeszcze od całkowitego wyjaśnienia. Autorowie, jako przyczynek do wyjaśnienia powyższego mechanizmu, przytaczają wyniki spostrzegania przez siebie i leczenia odnośnych powikłań pooperacyjnych w 26 przypadkach operacyj na przewodzie pokarmowym (żołądek, dwunastnica, pęcherz żółciowy, jelita).

Otóż zauważyli oni tutaj dosyć częste występowanie zespołu objawów jak s i l n e p r a g n i e n i e, utrzymujące się w ciągu pierwszych 2 — 3 dni po operacji, obecność a c e t o n u w m o c z u (kwasica), w y m i o t y, charakterystyczne dla tak zwanej ostrej rozstrzeni żołądka, i inne. Zespół ten przypomina objawy cukrzycy, co naprowadziło autorów na myśl badania poziomu cukru we krwi w stanach powyższych. We wszystkich spostrzeganych przez nich przypadkach poziom cukru we krwi przed operacją był prawidłowy lub obniżony, do 0,7 a nawet 0,5 na 1000 (wyniszczenie wskutek niedostatecznego odżywiania). Po operacji stężenie cukru u wszystkich chorych znacznie wzrastało już począwszy od pierwszego dnia po operacji i utrzymywało się na tym poziomie w ciągu trzech dni. W dwu przypadkach, w których stężenie cukru we krwi dochodziło do 1,8 — 2,0 na 1000, spostrzegano wybitnie zaznaczone silne pragnienie, acetonurję, wymioty obfite i znaczne wzdęcie brzucha (obraz tak zwanej niesłusznie ostrej rozstrzeni żołądka). W przypadkach tych wstrzyknięcie odpowiedniej dawki insuliny (40 jednostek) sprowadziło bardzo szybką i ogromną poprawę. W związku z tem autorowie przyszli do przekonania, że tak zwana dotychczas o s t r a r o z s t r z e ń ż o ł ą d k a nie jest niczem innem, jak tylko następstwem o s t r e g o p r z e c u k r z e n i a (hyperglycaemia) i z a k w a s z e n i a u s t r o j u.

Stopień owego stałego pooperacyjnego podwyższania poziomu cukru we krwi chorych, spostrzeganych przez autorów, zależał wyłącznie od długości trwania i rozległości samego zabiegu operacyjnego. Rodzaj narkotyku, użytego do usypiania względnie do znieczulania, nie grał tutaj żadnej roli.

Mechanizm powstawania tego zjawiska polega prawdopodobnie na zakłóceniu pod wpływem aktu operacyjnego czynności układu wątrobowo-trzustkowego, na drodze zaburzeń w krążeniu lub też odruchu nerwowego. Nie jest również wyłączone, że gra tutaj rolę także wpływ pobudzający względnie hamujący ośrodkowego układu nerwowego na czynność glikolityczną wątroby.

Z powyższych rozważań nasuwają się pewne wskazówki praktyczne, a mianowicie: z arsenału środków, stosowanych przy leczeniu powikłań pooperacyjnych, w y ł ą c z y ć n a l e ż y w s t r z y k i w a n i a r o z t w o r ó w c u k r u, a d r e n a l i n y i h y p o f i z y n y — jako środków, działających hamująco na wydzielanie trzustki i zwiększających tem samem stężenie cukru we krwi. A zaleca się zato bardzo wstrzykiwania insuliny, w ilości 20 — 40 jednostek dziennie.

Pneumokokowe zapalenie otrzewnej. (Les peritonites á pneumocoques) — temat programowy XXXX Zjazdu Chirurgów Francuskich. **B r é c h o t i N o v é - J o s s e r a n d.**

La Presse Méd. Nr. 82, październik 1931.

W większości przypadków chodzi tutaj o zapalenia otrzewnej pierwotne, samoistne (u dzieci płci żeńskiej), rzadziej — widuje się obecność pierwotnego ogniska zakażenia dwoinkami zapalenia płuc poza otrzewną, np. w płucach, opłucnej, uchu środkowem, oponach, co ma miejsce przeważnie w wieku dorosłym i u niemowląt.

Choroba przebiega albo jako r o z l a n e zapalenie otrzewnej (postać septyczna, ropna lub o ropniach mnogich), albo też jako zapalenie o g r a n i c z o n e, w którem typowo spotykamy się z jednym dużym ropniem, przylegającym do przedniej ściany brzucha poniżej pępka, mniej więcej w linji środkowej. Zakażenie otrzewnej dwoinkami zapalenia płuc przychodzi do skutku najczęściej na drodze krwionośnej (p n e u m o c o c c a e m i a); rzadziej — bezpośrednio z jelit (autorowie nie uwzględniają tutaj wcale przypadków przedziurawienia ściany kiszki) lub z organów rodnych kobiecych, a najrzadziej — poprzez przeponę (per continguitatem).

O b r a z k l i n i c z n y c i e r p i e n i a. Początek bywa zawsze ostry. Do objawów charakterstycznych należą: silne bóle brzucha, gorączka biegunki i wymioty. Bóle naogół nie bywają dokładnie umiejscowione, raczej — rozlane, w niektórych przypadkach — ich nasilenie bywa względnie niewielkie. Wymioty czasami trwają tylko kilka godzin, czasami zaś utrzymują się w ciągu kilku dni. Bardzo ważnym ze względu na rozpoznanie różniczkowe objawem jest biegunka, zwłaszcza jeśli trzeba wyłączyć ostre zapalenie wyrostka robaczkowego (któremu towarzyszy typowo zaparcie stolca). Gorączka może być różnego typu, tętno liczbowo odpowiada naogół gorączce, ale nie bywa, prawie nigdy tak upośledzone, jak w zapaleniach otrzewnej pochodzenia wyrostkowego. Język suchy. Często widuje się opryszczkę (herpes labialis). Brzuch jest umiarkowanie wzdęty, miękki, podatny, bolesny nieco przy ucisku (najwięcej koło pępka).

Stan ogólny zależy od stopnia zakażenia; bywa bardzo ciężki w postaciach uogólnionych septycznych (facies abdominalis), względnie dobry — w przypadkach zapalenia otrzewnej umiejscowionego. Ropnie ograniczone mogą się formować — poza najczęstszem umiejscowieniem między pępkiem i spojeniem łomowem — na talerzach biodrowych i w małej miednicy, i mogą opróżniać się samoistnie nazewnątrz (w miejscu pępka) lub do pęcherza moczowego, pochwy, kiszki.

Przebieg cierpienia bywa bardzo różnorodny — od zejścia śmiertelnego w ciągu pierwszych 24 godzin (w postaciach septycznych) do przebiegu, trwającego szereg tygodni, a nawet miesięcy, powikłanego nawrotami.

Rozpoznanie może nastręczać duże trudności, jeśli chodzi o odróżnienie pneumokokowego zapalenia otrzewnej od zapalenia otrzewnej w przebiegu ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego, zwłaszcza jeśli to ostatnie zostało wywołane przez dwoinki zapalenia płuc, co zdarza się jednakże w pewnej liczbie przypadków. W zapaleniu otrzewnej wskutek ostrego zapalenia wyrostka do biegunek dochodzi w pierwszych dniach choroby naogół rzadko, powłoki zaś brzuszne bywają znacznie napięte i bolesność uciskowa wyraźnie ograniczona do okolicy wyrostka. Wreszcie, charakterystycznem jest dla zapalenia otrzewnej pneumokokowego znaczne zwiększenie liczby białych ciałek krwi, do 30 tysięcy i wyżej, ze znaczną przewagą leukocytów segmentowanych (do 90%); w przebiegu zapalenia otrzewnej od wyrostka tak dużej leukocytozy naogół nie widuje się.

L e c z e n i e. W okresie początkowym pneumokokowego zapalenia otrzewnej rozlanego zabieg operacyjny — zgodnie z opinją autorów — nie jest wskazany, a nawet jest przeciwwskazany jako niecelowy i wywołujący zwykle znaczne pogorszenie w stanie chorego. Jedynie tylko w przypadkach, w których nie udaje się wyłączyć z całą pewnością przedziurawienia wyrostka robaczkowego, wskazanem będzie otwarcie brzucha.

W okresie późnym, kiedy mamy już sformowany i wyraźnie odgraniczony ropień, przylegający do powłok brzusznych (zwykle po 20 dniach dopiero od początku choroby), należy naciąć jego ścianę i sączkować go w sposób zwykły. Jeśli ropień jest położony głęboko i nie przylega bezpośrednio do powłok zewnętrznych, lepiej będzie wstrzymać się z zabiegiem jeszcze na pewien czas.

Wczesne leczenie operacyjne złamań otwartych goleni. (Le traitement chirurgical immediat des fractures ouvertes de jambe) — temat programowy XXXX Zjazdu Chirurgów Francuskich. **R o u x i S é n è q u e.**

La Presse Méd. Nr. 83, październik 1931.

Autorowie uwzględniają w swem zestawieniu wyłącznie złamania t r z o n u kości goleniowej lub obu kości goleni, w których ognisko złamania komunikuje się b e z p o ś r e d n i o ze światłem rany skórnej. Leczeniem w c z e s n e m nazywa się zabieg, wykonany zanim wystąpią objawy zakażenia rany. Najmniej narażonemi na zakażenie są złamania otwarte pośrednie (ze zgięcia lub skręcenia), w których rana powstała wskutek przebicia tkanek miękkich od wewnątrz ku zewnątrz, przez odłam kostny. Gorsze rokowanie jest w złamaniach otwartych bezpośrednich bez podparcia (np. wskutek kopnięcia przez konia) lub postrzałowych, najgorsze — w złamaniach bezpośrednich z podparciem (np. wskutek przejechania), w których często dochodzi do rozerwania na znacznej przestrzeni, zmiażdżenia i odwarstwienia skóry i rozległego stłuczenia i zmiażdżenia pozostałych tkanek miękkich, stanowiących doskonałą pożywkę dla różnego rodzaju drobnoustrojów. Poza tem, rokowanie zależy tu również od wieku chorych (mała odporność na zakażenie u starców), od tego, czy wypadek miał miejsce w mieszkaniu, czy na ulicy (większa łatwość zakażenia) i, wreszcie, od ewentualnych chorób ogólnych, jak cukrzyca, zapalenie nerek, kiła, alkoholizm, niedomoga serca.

W y k o n a n i e z a b i e g u. Po wstrzyknięciu surowicy przeciwtężcowej i przeciwzgorzelinowej i zapoznaniu się dokładnem ze stroną anatomiczną złamania na podstawie zdjęcia rentgenowskiego, przystępujemy do operacji w uśpieniu ogólnem lub znieczuleniu lędźwiowem. Najpierw wycinamy nierówne pomiażdżone brzegi skóry, tkanki podskórnej, usuwamy wylaną krew płynną i skrzepy krwawe, później przechodzimy głębiej, wycinamy możliwie doszczętnie wszelkie zmienione chorobowo części mięśni i tkanki łącznej, likwidujemy krwiaki głębokie, usuwamy wolne odłamki, oddzielone całkowicie od okostnej, odcinamy końce odłamów, które sterczały poprzez ranę skórną nazewnątrz, ranę przemywamy ciepłym roztworem fizjologicznym, tamujemy dokładnie krwawienie i, wreszcie, przystępujemy do właściwego zestawienia odłamów i ich ustalenia.

Ta część operacji wymaga już — zależnie od przypadku — pewnego indywidualizowania, różnicowania. Mogą tu być następujące możliwości: 1) szybko dostarczone do szpitala złamanie pośrednie, bez bardziej rozległego zmiażdżenia skóry i mięśni i bez potrzaskania kości — zestawienie krwawe odłamów, unieruchomienie ich (przy tendencji do przemieszczania się) zapomocą związania struną lub ścięgnem reniferowem, całkowite zaszycie rany z pozostawieniem jedynie paru nitek silkowych jako sączka i opatrunek gipsowy; 2) złamania ze znacznym ubytkiem skóry, rozległem zmiażdżeniem mięśni i potrzaskaniem kości — unieruchomienie zapomocą przyrządu zewnętrznego Lambert - Quénu - Mathieu lub innego wyciągu stałego (strzemię, gwóźdź wbity w kość piętową), bez szycia tkanek miękkich; podobnie postępujemy w przypadkach, dostarczonych do szpitala późno, gdzie jest obawa co do zakażenia.

PERSODINE

Lumière

SWOISTE LECZENIE

BRAKU ŁAKNIENIA

NADSIARCZANAMI

DZIAŁA OGÓLNIE **DROGĄ KRWIOBIEGU** ZAPOMOCĄ **TLENU:**

$|M_2|\,S_2O_8 + H_2O = |M_2|\,SO_4 + H_2SO_4 + O$

ANALOGJA z DZIAŁANIEM **KLIMATU GÓRSKIEGO.**

PRZYWRACA ŁAKNIENIE NAWET W NAJUPORCZYWSZYCH PRZYPADKACH U DOROSŁYCH I DZIECI.

Łaknienie, wywołane zapomocą PERSODINE jest wyrazem wzmożenia zdolności asymilacyjnej ustroju.

SPOSÓB STOSOWANIA.

Dorośli: 2 razy dziennie po 3 tabletki na godzinę przed jedzeniem.

Dzieci od 8 — 10 lat: 2 razy dziennie po 2 tabletki na godzinę przed jedzeniem.

Dzieci od 2 — 7 lat: 2 razy dziennie po 1 tabletce na godzinę przed jedzeniem

rozpuszczając tabletki w 1/4 szklanki czystej wody bez dodawania cukru lub innych substancyj.

Co się tyczy przypadków, w których nastąpiło zupełne zmiażdżenie skóry, mięśni i kości w miejscu złamania, to tam pozostaje do wykonania tylko odjęcie kończyny. Z drugiej strony, w złamaniach z minimalnem obrażeniem tkanek miękkich i niewielką ranką skórną można się śmiało ograniczyć tylko do wycięcia brzegów rany i jej zaszycia, nie wkraczając głębiej wcale.

W przypadkach rozległego ubytku kości chory musi być poddany kilku następującym po sobie zabiegom: toaleta rany, wtórny szew skóry, przeszczepienie kości. Na zakończenie, autorowie zaznaczają z naciskiem, że we wszelkich złamaniach otwartych z jednej strony należy dążyć do wczesnego zaszycia rany w każdym możliwie przypadku (szybkie zagojenie rany, brak niebezpieczeństwa wtórnego zakażenia ogniska złamania, nieporuszanie odłamów przy zmianach opatrunków i t. p.), z drugiej zaś — nie pozostawiać w ranie nigdy blaszek metalowych, śrub i innych ciał obcych, używanych do szycia kości.

Najpewniejszym środkiem unieruchamiającym będzie tutaj opatrunek gipsowy; ale w przypadkach rozległego obrażenia mięśni w miejscu złamania lub uszkodzenia dużych naczyń lepiej jest narazie ułożyć kończynę w szynie lub zastosować wyciąg.

O tak zwanych „cystalgjach" czyli bolesnem oddawaniu moczu na tle nerwicy pęcherza; istota cierpienia i jego leczenie. (De la pathogénie et du traitement de certaines cystalgies). Marion i Dalsace.

Journ. d'Urologie XXV — Nr. 1, styczeń 1931 r.

Cystalgja jest cierpieniem, polegającem na częstem i bolesnem oddawaniu moczu, zwłaszcza w dzień (nocą objawów chorobowych może nie być wcale), przy braku jakichkolwiek objawów zapalnych ze strony pęcherza moczowego; ogół lekarzy cierpienie to uważa dotychczas za pewnego rodzaju nerwicę pęcherza i leczy podawaniem różnych środków przeciwnerwicowych i uspakajających układ nerwowy (antineuralgica et sedativa) — przeważnie bez wyniku.

Cierpienie to spotyka się względnie często, zwłaszcza wśród kobiet, które przebyły kiedyś zapalenie pęcherza moczowego.

Spostrzeżenia autorów, oparte na materjale 35 odnośnych przypadków, (kobiet), doprowadziły ich do przekonania, że schorzenie powyższe nie ma nic wspólnego z tłem nerwowem, a polega — w ogromnej większości przypadków — na zakażeniu moczu, na zakażeniu tak dyskretnem, że nie powodującem wyraźnego odczynu zapalnego ze strony pęcherza. Jednakże zbadanie bakterjologiczne takiego moczu, wziętego z pęcherza cewnikiem, wykazuje obecność licznych drobnoustrojów chorobotwórczych jak prątek okrężnicy, gronkowce i inne.

Leczenie tego rodzaju chorych jest bardzo proste i skuteczne — wystarczy przemyć kilkakrotnie pęcherz moczowy roztworem Hydrarg. oxycyanati, żeby dolegliwości wszelkie ustąpiły całkowicie.

Poza zakażeniem moczu, w pewnej liczbie przypadków tak zwanej „cystalgji" znaleziono tło etjologiczne inne, a mianowicie: wadliwe położenie macicy (nadmierne przodopochylenie, przyszycie macicy do przedniej ściany brzucha z powodu tyłozgięcia, guzy macicy), przebycie świeżo operacyj chirurgicznych w zakresie narządów rodnych (wycięcie macicy) i schorzenia zapalne w zakresie małej miednicy. Operacje na narządach rodnych wywołują tutaj zaburzenia czynnościowe pęcherza na drodze zmiany jego statyki i uszkodzenia aparatu nerwowego czuciowo-ruchowego.

Przypadek bezmoczu, wywołanego przez zatkanie moczowodów czopem ropnym, a wyleczonego zapomocą zgłębnikowania jednego z moczowodów. (Anurie. Obstruction de la partie inférieure des uretères par un bouchon purulent. Cathétérisme d'un uretère. Guérison). Lepontre.

Journ. d'Urologie XXV — Nr. 2, luty 1931.

Autor spostrzegał chorego, u którego dosyć nagle (po kilkudniowych objawach niedrożności kiszkowej, które ustąpiły zupełnie po lawatywie), bez jakichkolwiek uprzednich zaburzeń ze strony układu moczowego, wystąpił bezmocz, który utrzymywał się w ciągu czterech dni (do czasu zastosowania właściwego leczenia) i doprowadził do nagromadzenia się we krwi azotu bezbiałkowego w ilości 3 g na litr.

Przy wprowadzaniu do jednego z moczowodów zgłębnika wysunął się zeń długi czop ropny, ciągnący się, miękki, poczem wprowadzono już bez trudu zgłębnik do miedniczki, przez który zaczął się wydzielać obficie mocz mętny. W ciągu kilku dni poziom azotu we krwi spadł do normy, a ilość dobowa moczu była prawidłowa.

O ile przy pierwszem wziernikowaniu pęcherza stwierdzono zupełną niedrożność moczowodów i brak wypływu moczu z nich, to przy następnem badaniu już obydwa moczowody działały prawidłowo.

Bezmocz, wywołany przez zatkanie moczowodów ropą, jest naogół zjawiskiem rzadkiem, tembardziej jeśli występuje nagle, bez uprzedniego schorzenia dróg moczowych. W każdym bądź razie należy pamiętać o tej ewentualności i nie dać się sprowadzić na drogę błędnego rozumowania przez ujemny wynik zdjęcia rentgenowskiego (brak kamienia!), żeby przez zastosowanie odpowiedniego leczenia (zgłębnikowanie moczowodów) sprowadzić szybkie wyleczenie chorego.

W przypadku opisywanym prawdopodobnie zaburzenia kiszkowe były przyczyną zakażenia nerek (pyelonephritis enterococcica), co z kolei doprowadziło do zatkania moczowodów w dolnych ich częściach czopami śluzowo-ropnemi i następowego bezmoczu.

Leczenie ambulatoryjne rzeżączkowego zapalenia jądra. (Un traitement ambulatoire de l'orchite blennorrhagice). Wurmser.

Journ. d'Urologie XXV — Nr. 2, luty 1931.

Autor podaje stosowany przez siebie sposób leczenia rzeżączkowego zapalenia najądrza względnie jądra, przy którym chory nie przerywa zupełnie swych zajęć codziennych, a wyzdrowienie następuje przeciętnie po 15 dniach.

Leczenie to polega na następujących zabiegach. Codziennie na dwie godziny, mniej więcej, przed posiłkiem przemywa się cewkę moczową przednią roztworem nadmanganianu potasu z 0,15 na 1000 (stopniowo zwiększając stężenie do 0,25 na 1000), ogrzanego do 39° C; przemywanie tylnej cewki jest zbędne, a nawet szkodliwe. Bezpośrednio po tem wstrzykuje się do żyły w zgięciu łokciowem cieniutką igłę, bardzo powoli, 5 cm³ 2% roztworu gonakryny; to powolne wstrzykiwanie ma na celu uniknięcie działania ubocznego tego środka pod postacią mdłości, uczucia gorąca (ogólnego lub umiejscowionego), bicia serca i t. p.

Przed pójściem spać chory stosuje sobie w ciągu pół godziny gorący okład z siemienia lnianego na moszną i pachwinę po stronie chorej, poczem wprowadza do odbytnicy (zapomocą gruszki) 1 g antipyriny z 15 kroplami nalewki makowca (Tinct. Opii) w 60 cm³ ciepłej wody przegotowanej.

Na dzień — suspenzorjum obszerne, wysłane watą, i smarowanie moszny 10% maścią gwajakową. Chodzenie należy możliwie ograniczyć do minimum. Dietetyka i higjena — jak wogóle w przypadkach ostrej rzeżączki.

Bóle ustępują zwykle już po pierwszem wstrzyknięciu gonakryny, rzadziej dopiero — po 2 lub 3 wstrzyknięciach. Obrzmienie ustępuje powoli.

Całkowita liczba wstrzyknięć wynosi 12 (á 5 cm³ 2% roztworu). Przeciwskazań do tego leczenia niema.

Ciemniejszego zabarwienia skóry („opalania się") można uniknąć, przyjmując raz dziennie — zwłaszcza w dni słoneczne — po 0,25 rezorcyny. W przypadkach występującego czasami przy leczeniu gonakryną (zresztą naogół rzadko) swędzenia skóry zaleca się kąpiele z dodatkiem krochmalu i dietę mleczno-owocową, ewentualnie środki czyszczące.

M. Czyżewski.

CHOROBY KOBIECE, POŁOŻNICTWO.

Drogi rozprzestrzeniania się procesów zapalnych w narządach płciowych kobiety. (Des voies de propagation des processus inflammatoires dans les organes génitaux de la femme). Ivanov.

Gynécol. Obstétr. T. XXIII, Nr. 3, str. 208.

Na zasadzie badania sekcyjnego bez odróżniania etjologji zakażenia autor omawia umiejscowienie i drogi rozprzestrzeniania się procesów zapalnych w narządach płciowych kobiety. Wnioski swe ujmuje w następujące punkty:

1. Śluzówka trzonu i szyjki macicy, a także pochwy jest wrotami zakażenia narządów płciowych wewnętrznych kobiety.

2. Pochwa jest narządem najczęściej zakażonym w okresie pozaciążowym.

3. Zakażenie i objawy zapalenia mają tendencję rozszerzania się nie po śluzówce, lecz zazwyczaj wchodzą wgłąb tkanki łącznej podśluzowej pochwy i przechodzą do tak zwanego splotu przypłciowego (plexus paragenitalis), opisanego przez autora jeszcze w 1911 r. i będącego splotem tkanki łącznej i naczyń chłonnych, idącym wzdłuż narządów wewnętrznych kobiety, aż do okolicy nerek.

4. Zakażenie czy zapalenie posuwa się po owym plexus paragenitilis, osiągając jajnik, jajowód, jamę brzuszną i okolicę nerek.

5. Zakażenie może iść od śluzówki szyjki bądź pochwy, ale także iść może od plexus paragenitalis i zająć szyjkę w części mięśniowej bez zajęcia śluzówki.

6. Do trzonu macicy przedostaje się zakażenie i zapalenie poprzez plexus paragenitalis, a nie od śluzówki (oczywista w okresie pozaciążowym).

7. Na jajnik zapalenie nie działa zazwyczaj bezpośrednio, lecz wysyła w jego kierunku toksyny, wywołując zanik i sklerozę jego części nabłonkowej.

8. Do jajowodu również przedostają się objawy zapalenia nie ze strony śluzówki, lecz przez plexus paragenitalis.

Podskórne injekcje tlenu w leczeniu świądu sromu. (Les injections sous - cutanées d'oxygène et le prurit de la vulve). Melchior.

Gynècol. Obstétr. XIII, Nr. 3, 1931, str. 222.

Wychodząc z założenia, że tlen wpływa odżywczo na komórki i na tkanki, autor postanowił za przykładem *P. Duval'a* wyprobować działanie tlenu w injekcjach podskórnych w leczeniu swiądu sromu. Schorzenie to, jak wiadomo niezwykle uporczywe, opiera się niekiedy wszelkim próbom terapeutycznym, doprowadzając chore do rozpaczy. W takich to rozpaczliwych przypadkach rozpoczął swe leczenie autor. Wstrzykiwanie tlenu zwłaszcza w początku jest bolesne. Zaczyna się od wprowadzenia tlenu pod skórę warg większych, aż do zupełnego ich wypełnienia; stają się one wówczas żywo czerwone, z wybitnem rozszerzeniem żył. Najżywszą bolesność odczuwa chora w momencie wbijania igły wgłąb warg większych bardzo dotkliwych. Tlen wprowadzony pod skórę niekiedy ucieka w kierunku spojenia łonowego i powłok brzusznych, natomiast bardzo rzadko przedostaje się do wargi mniejszej: widocznie połączenie pomiędzy wargami mniejszą i większą jest rzadkie. Niekiedy gaz wstrzykiwany przedostaje się do pośladków lub ud, niema to jednak większego znaczenia. Natomiast unikać trzeba wprowadzenia tlenu do naczyń krwionośnych. W obserwowanych przez autora 9-ciu przypadkach, nie zdarzył się ani jeden przypadek embolji, w jednym tylko dotyczącym osoby bardzo nerwowej przyszło do zapaści natychmiast po wstrzyknięciu zresztą bez wykazalnych objawów embolji.

Mechanizm działania injekcji tlenu polega, zdaniem M. na odżywczem działaniu tlenu — czynnik rozciągania nie może być tu brany w rachubę, gdyż probowane uprzednio wstrzykiwania roztworu soli fizjologicznego w ilościach rozciągających wargi nie przynosi żadnego skutku. Stosowanie innego gazu, a mianowicie dwutlenku węgla, nietylko nie dało efektu leczniczego, ale jeszcze znacznie wzmogło swiąd sromu.

Wyniki lecznicze injekcji tlenu w zwalczaniu swiądu sromu były bardzo dobre, dając w większości przypadków długotrwałe wyleczenie. W każdym razie jeśli nie całkowite uzdrowienie, to długotrwałą poprawę dawało omawiane leczenie,

które zawiodło tylko w 2 przypad. na ogólną ilość 9-iu.

W sprawie zakażenia rzeżączkowego kobiety, wstępującego przez t. zw. plexus paragenitalis. (De l'infection blennorragique ascendante de la femme parles voies paragénitales). Ivanov.
Gynec. Obst. T. XXIII, Nr. 3, str. 216.

Na zasadzie stwierdzenia objawów zapalenia przy końcu brzusznym jajowodu wobec braku tych objawów w części bliższej macicy, autor jest zdania, że zakażenie gonokokowe propaguje się w narządach płciowych przez plexus paragenitalis (splot łączono-tkankowy, towarzyszący narządom rodnym kobiety od pochwy aż do okolicy nerek), a nie przez śluzówkę.

Dla ilustracji swych poglądów przytacza przypadek operacyjnie leczonego gonokokowego zapalenia przydatków; preparat uzyskany na drodze operacji zbadano mikroskopowo.

Wycięcie częściowe nervus praesacralis. (Résection du sympathique pelvien). (Nerf présacré de Latarjet et Ph. Rochet plexus hypogastrique supérieur d'Hovelacque). Cotte.
Gynècol.-Obstétr. T. XIII, Nr. 3, 1931 r., str. 233.

Autor opisuje dokładnie sposób wykonania operacji swego pomysłu, podanej przezeń jeszcze w r. 1924, a polegającej na wycięciu częściowem nerwu przedkrzyżowego (nervus praesacralis); operacja ta ma na celu, jak wiadomo, zniesienie bólów w zakresie miednicy małej o podkładzie nerwowym funkcjonalnym (bolesne miesiączkowanie, bóle nerwowe pęcherza, parcie na kiszkę stolcową, pochwica (vaginismus), dyspareunia i t. d.

Znieczulenie lędźwiowe. Cięcie według Pfanenstiel'a tuż nad spojeniem łonowem. Wycięcie wyrostka robaczkowego. Jak najdokładniejsze obejrzenie całego wewnętrznego narządu rodnego w celu usunięcia wszelkich zmian patologicznych, mogących wywołać bóle w zakresie miednicy małej. Przystępując do wycięcia częściowego nervus praesacralis należy ustalić następujące 3 punkty anatomiczne orjentacyjne: 1) wzgórek kości krzyżowej (promontorium), 2) rozgałęzienie tętnic biodrowych, i 3) na lewo od linji środkowej podstawa krezki kiszki grubej z naczyniami krwionośnemi. Cięcie w otrzewnej ściennej tylnej należy prowadzić na wysokości V kręgu lędźwiowego w linji środkowej w kierunku strzałkowym na długość 5—6 cm.

Po rozszerzeniu brzegów cięcia w otrzewnej ukazuje się płytka nerwowo-łącznotkankowa, pokrywająca ciało kręgu; ta właśnie płytka rozgałęziając się ku dołowi na dwie odnogi, jest nerwem przedkrzyżowym (nervus praesacralis według Latarjet i Ph. Rochet, i plexus hypogastricus superior według Hovelacqu'a). Wystarczy teraz podnieść ją nieco ku górze, np. zapomocą igły Deschampa, oddzielając w ten sposób od kręgu i otoczenia, i wyciąć kawałek 2—5 cm. długości, a główne tempo operacji jest skończone. Najłatwiej dostać się zazwyczaj pod nerw od strony prawej, od lewej niekiedy oddzielać trzeba na ostro, przyczem, dbać należy, aby nie uszkodzić naczyń krezkowych. Zamknięcie otworu w otrzewnej szwem kapciuchowym i zamknięcie jamy brzusznej kończy operację. Żadnych powikłań w zakresie funkcji narządów miednicy małej, któreby można było związać z usunięciem nerwu przedkrzyżowego autor nie spostrzegł, pomimo 6-letniego doświadczenia.

Powikłania moczowe po operacji Wertheima. (Complications urinaires après l'operation de Wertheim). Douay i Antonopoulos.
Gynécologie Obstètr. T. XXIII, Nr. 3, str. 196.

Autor *(Douay)* przebiega myślą wszystkie ważniejsze powikłania moczowe po operacji Wertheima, zatrzymując się najdłużej na uszkodzeniach pęcherza powodujących rozległe obumarcie jego ściany, dotyczące niekiedy prawie całego pęcherza. Trzy takie przypadki przytacza, obserwowane przez *Antonopoulos'a*, siebie i *Hisgena*.

I przypadek *(Antonopoulos'a)*. Operacja Wertheima z obustronnem podwiązaniem art. hypogastrica i z założeniem worka Mikulicza. Na 10-ty dzień po operacji wystąpiło krwawienie z pęcherza, a w końcu dołączyły się objawy ogólnego zakażenia i miejscowe zapalenie pęcherza z obecnością gronkowców i paciorkowców, na 13-ty dzień wytworzyła się przetoka kałowa brzuszna i pochwowa; na 20-ty dzień wydobyto przez ranę w powłokach brzusznych strzęp tkanki zmacerowanej wymiarów 20 . 15 cm., który okazał się częścią ściany pęcherza o grubości 2-5 mm. W dalszym przebiegu przetoka pęcherzowo-brzuszna zamknęła się, natomiast przetoka pęcherzowo-pochwowa zeszyta została w sposób typowy przez zdwojenie z dobrym skutkiem.

Z biegiem czasu pojemność pęcherza powiększyła się z 50 cm.³ na 100 cm.³ chora oddaje mocz co 1½ godz. i czuje się dobrze. Cystoskopja wykazała wytworzenie się z powrotem całej ściany pęcherza.

II. Przypadek *(Douay)* obserwowany w szpitalu Broca. 21.IV.1926. I.-L. Faure wykonał operację Wertheima z podwiązaniem obustronnem art. hypogastrica, i z założeniem worka Mikulicza. W czasie operacji natrafiono na znaczne trudności przy oddzielaniu pęcherza i lewego moczowodu. Już na 4-ty dzień mocz miał domieszkę krwi, a na 7-my mocz pokazał się tak w ranie brzusznej, jak w pochwie. Na 19-ty dzień wydobyto przez otwór w powłokach brzusznych strzęp tkanki wielkości dłoni, który okazał się ścianą pęcherza i to prawie całego, tak, że na miejscu pozostał zaledwie trigonum Liethaudi wraz z ujściami moczowodów i szyjką pęcherza. Po paromiesięcznym okresie, bo w czerwcu zdecydowano się zeszyć przetokę pęcherzowo-pochwową, gdyż przetoka pęcherzowo-brzuszna zamknęła się samoistnie.

Wynik operacji był zupełnie zadawalający, ale dopiero w październiku można było przystąpić do cystoskopji, która wykazała pojemność zaledwie 60 cm.³ i w miejscu prawdopodobnego ubytku bliznę różową, mocno wciągniętą.

III. Przypadek. *(Hisgen)*, znany autorowi z piśmiennictwa naogół podobny do dwu wyżej opisanych, z tą jedyną różnicą w technice operacyjnej, że nie podwiązywano tętnic podbrzusznych (art. hypogastrica). Na ten ostatni szczegół techniki zwraca szczególną uwagę *Douay*, sądząc, że podwiązanie art. hypogastrica obustronnie spowo-

PHOSPHACID
Dr. ROMANOWSKIEGO.
Wodnoglicerynowy roztwór niedotlenków wapniowo-fosforowych i fosforu mineralnego w stanie koloidalnym.
DZIAŁANIE: — Dzięki swej niezakończonej budowie chemicznej PHOSPHACID oddziaływuje energicznie w drodze chemo-biologicznej na odbudowę i uzdrowienie drobin protoplazmatycznych i jąder komórek.
WSKAZANIA:
ANEMJA, NEURASTENJA,
REKONWALESCENCJA. CUKRZYCA,
KRZYWICA, GRUŹLICA: chirurgiczna, płucna, gruczołowa, skóry.
W sprzedaży: Pudełka po 6 amp. i po 12 amp, á 1 ccm.
„ „ 6 „ „ 12 „ á 2 ccm.
Stosuje się w postaci wstrzykiwań podskórnych, lub śródmięśniowych.

NIEZAWODNE LEKI KRĘTKOBÓJCZE
W KILE, DURACH I ZIMNICY
do stosowania śródmięśniowo:
„QUINBY SOLUBLE"
WODNY ROZTWÓR
JODO - BIZMUTANU - CHININY
Bezbarwny, nie plami, nie tłuści, nie drażni.
„Q U I N B Y"
JODO - BIZMUTAN - CHININY
W ZAWIESINIE OLEISTEJ.
L. NASIEROWSKI Warszawa, Kaliska 9.
tel. 924-39 i 930-42.

dować może nekrozę ściany pęcherza na drodze przecięcia jej odżywienia krwionośnego. Toteż jakkolwiek ligatura wyżej wspomniana czyni operację bardziej bezkrwawą, *Douay* odstępuje od niej na przyszłość, pouczony przez doświadczenia z pierwszych dwóch przypadków. Z drugiej strony jednak autor zwraca uwagę na zadziwiający i pocieszający fakt samoistnego wygojenia się tak znacznych ubytków ściany pęcherza, doprowadzający do wytworzenia się prawie nowego narządu, jakkolwiek o zmniejszonej pojemności. Z innych powikłań moczowych autor omawia zatrzymanie pooperacyjne moczu (radząc raczej codzienną kateteryzację, jak zakładanie cewnika á demeure), dalej przetoki, a więc tak moczowodowe, jak pęcherzowo-pochwowe.

Dla uniknięcia pierwszych radzi *J. L. Faure* preparować moczowód zawsze od strony wewnętrznej, gdyż naczynia i nerwy przychodzą doń od strony zewnętrznej; ponadto pamiętać należy, że w czasie operacji przebieg moczowodu zmienia się znacznie, przybierając kształt S, a to z powodu pociągania macicy i pochwy ku górze, przy pozostaniu pęcherza na miejscu.

Uszkodzenia pęcherza przy jego odpreparowywaniu od przedniej ściany macicy są stosunkowo rzadkie; jeśli nowotwór przerasta pęcherz, lepiej odrazu wyciąć ścianę pęcherza i zeszyć powstały stąd otwór szwem dwupiętrowym. Częstsze są natomiast wtórne uszkodzenia pęcherza, naprzykład przez wzięcie w szew zaułka pęcherza w czasie zakładania szwów na naczynia pęcherzowo-pochwowe. Ważną wreszcie postacią uszkodzeń pęcherza jest martwica jego ściany; ten stan patologiczny zilustrowany został dostatecznie przez opisane wyżej przypadki.

Gruźlica szyjki macicy. (La tuberculose du col de l'utérus). Bonnet L., H. Bulliard.

Gynéc. Obstétr. T. XXIV, Nr. 2, 1931, str. 97.

Gruźlica umiejscawia się w narządzie płciowym żeńskim najczęściej w jajowodzie, najrzadziej w szyjce; jeśli uszeregować poszczególne części narządu rodnego według częstości występowania w nich gruźlicy, to wymienić je należy w porządku następującym: jajowód, trzon macicy, jajnik, pochwa i szyjka macicy. To ostatnie umiejscowienie zdarza się mniejwięcej w stosunku 3 na 100, jeśli za 100 weźmiemy ilość przypadków gruźlicy przydatków.

Gruźlica szyjki macicznej może być pierwotna i wtórna. W pierwszym wypadku zakażenie wyjść może z nasienia męskiego, ewentualnie ze śliny, użytej dla zwilżenia prącia przed stosunkiem. Sprawa zakażenia na drodze płciowej ma ponadto wielkie znaczenie, dla zagadnienia gruźlicy wstępującej, rozprzestrzeniającej się na macicę i przydatki. Sprawa ta ostatecznie rozstrzygnięta nie jest, samo jednak bezpośrednie zakażenie szyjki macicy gruźlicą uważają autorzy za najzupełniej prawdopodobne.

Gruźlica wtórna szyjki macicy może mieć miejsce: 1) na tle zakażenia zstępującego od jajowodu po przez macicę, 2) na drodze przejścia laseczników Kocha przez naczynia chłonne, naprzykład z otrzewnej, 3) dzięki infekcji na drodze krwionośnej. Nadmienić należy, że ostatnio wymieniona droga zakażenia jest najczęstszym sposobem powstawania wtórnej gruźlicy szyjki macicznej.

Pod względem anatomicznym omawiane schorzenie może się umiejscawiać, bądź na części pochwowej, bądź wewnątrz kanału szyi.

Może ono przybierać następujące 3 postacie:

1) postać prosówkowa, bardzo rzadka;

2) owrzodzenie o dnie ciemno czerwonem, ziarnistym, niekiedy brodawkowatym, o brzegach nieregularnych, ostro ściętych lub nawet podminowanych; mikroskopowo stwierdza się obecność gruczołków i wyraźne zniszczenie tkanki, dotyczące również gruczołów, wykazujących metaplazję komórek;

3) postać bujająca albo brodawczakowata przypominające raka o typie kalafiora; mikroskopowo widać liczne pokręcone gruczoły, a w podścielisku znaczną ilość gruczołków. Poza opisanemi przed chwilą postaciami, dotyczącemi śluzówki szyjki macicy, może gruźlica umiejscowić się w miąższu jej ściany, dając niekiedy powód do wystąpienia przetok lub głębokich owrzodzeń.

Objawy kliniczne gruźlicy szyi macicy polegają na u p ł a w a c h, k r w a w i e n i a c h, występujących zwłaszcza po stosunku lub po badaniu (od krwawień spowodowanych przez raka różnią się dawnem występowaniem, gdyż sprawa chorobowa rozwija się znacznie wolniej), w nieznacznych *zaburzeniach* w *menstruacji* i *bólach*, o różnem umiejscowieniu.

Rozpoznanie opiera się przedewszystkiem na wyniku badania wykazującego jedną z wyżej opisanych postaci anatomicznych, ponadto zwrócić należy uwagę na anamnezę osobistą i rodzinną, pamiętając o typowych dla gruźlicy ogólnych objawach, jak poty, osłabienie, stan gorączkowy. W djagnostyce różniczkowej pamiętać należy:

1) o endometritis cervicalis cum seu sine erosione; schorzenie oczywista nie da głębokiego owrzodzenia, jak przy gruźlicy;

2) kiła, daje owrzodzenie płaskie o dnie barwy mięśnia;

3) gruczolak ma barwę ciemniejszą, ciemnoczerwoną;

4) rak niekiedy wygląda bardzo podobnie do gruźlicy, będąc powodem dość częstych pomyłek.

Z dodatkowych badań laboratoryjnych bynajmniej nie wszystkie okazują się pomocne w rozpoznawaniu omawianego schorzenia: ani mikroskopowe badanie rozmazów, ani wszczepianie królikowi (zwierzę zabijają bakterje towarzyszące), ani odczyn Besredki; *jedynie mikroskopowe zbadanie wycinka wyjaśnić nam może wątpliwą zresztą sprawę.*

Leczenie winno uwzględniać tak stan ogólny, jak schorzenie miejscowe. Leczenie miejscowe zależnie od wielkości i rozprzestrzenienia schorzenia polegać będzie bądź na przypaleniu owrzodzenia termokauterem, bądź na amputacji szyi i części pochwowej, bądź wreszcie, w przypadkach zajęcia oprócz szyi, także trzonu lub przydatków macicy, na usunięciu narządu rodnego lub samej macicy. Drenowania jamy brzusznej należy się wystrzegać, gdyż przetoki sztucznie wytworzone goją się nie łatwo w przypadkach gruźlicy.

T. Zawodziński.

CHOROBY UCHA, NOSA I GARDŁA

Choroba Meniera (Maladie de Menière). D e p o n s J.

Revue de laryngologie. 1930. Nr. 9.

Definicja choroby Meniera jako jednostki cechującej się anatomo-patologicznie krwotokiem, w obrębie błędnika, zaś klinicznie szumem w uszach, zawrotami głowy i głuchotą — uległa od czasu publikacji Meniera z r. 1861 pewnym modyfikacjom. Etiologicznie musimy bowiem przyznać pewne znaczenie także przewlekłym schorzeniom naczyń, jakoteż zaburzeniom naczynioruchowym. Te ostatnie nawet mocno na pierwszy plan się wysuwają, gdy właściwe krwotoki odsetkowo raczej należą do rzadszych. Dzisiaj musimy odróżnić zasadniczo trzy grupy Meniera: 1) apoplektyczną, cechującą się silnym jedno- lub parokrotnym insultem na tle krwotocznem; 2) formę przerywaną (intermitente) z objawami znacznie łagodniejszymi przy każdorazowym insulcie i bardzo nieregularnym odstępem tych ataków, podczas gdy w poprzedniej formie ataki występują bardzo regularnie i 3) formę ciągłą, którą autor nazywa „mal vertigineux" z miernemi remisjami. Stan ten może trwać latami i kończy się, gdy wystąpi głuchota. (Związek między temi formami a etiologją anatomo-patologiczną, niestety, nie występuje jasno przy tym podziale. Ref.). Rokowanie Meniera co do słuchu jest niedobre, co do zawrotów natomiast po dłuższym lub krótszym okresie choroby dobre. Rozpoznawczo należy wykluczyć (nie mówiąc, oczywiście, o grubych przeoczeniach, jednak możliwych u praktyka nie otoskopującego: jak woskowina, ciało obce ucha zewnętrznego), zaburzenia drożności trąbki Eustachiusza, zapalenie ucha środkowego i jego chirurgiczne powikłania, przewlekłe sprawy infekcyjne, zwłaszcza lues, przewlekłe stany zatrucia ekso-i endogeniczne, dalej zapalenie nerwu słuchowego i guzy tegoż nerwu jakoteż kąta móżdżkowo-mostowego, schorzenia opuszkowe, móżdżkowe i mózgowe przyrody organicznej. Dopiero wówczas rozpoznanie zespołu Meniera jest ugruntowane. Oczywiście, należy się także strzedz nieodróżniania rzeczywistych zawrotów głowy od niekrytycznych zapadań pacjentów. Lecznictwo jest inne w napadach niż w pauzach. W napadach poza spokojem, leżeniem w ciemnym pokoju i zachowaniem milczenia medykacja jest inna, gdy przyjmujemy formę angiospastyczną (amylium nitrosum), niż przy angioparalizie (pijawki na skroń, brom, chloral, walerjana). W tym ostatnim razie dobre są też nakłucia lędźwiowe co 2 dni z odpuszczeniem 20 cm.³ płynu (Babiński). W p a u z a c h należy odróżnić zasady hygieny i profilaktyki ogólnej (regularna djeta, regularne wypróżnienia, zakaz alkoholu, tytoniu wysiłków fizycznych i umysłowych, emocji, hałasów, dobór klimatu: najlepiej podgórskiego) od leczenia sensu stricto. Tu musimy znów odróżnić leczenie chirurgiczne, które jest ultima ratio (labiryntektomia, dekompresje kanałów endolymfatycznych) od medykacji zachowawczej. W tej ostatniej należy odróżnić 1) leczenie kardiovascularne od 2) naczynioruchowego. Ad 1) odróżniamy a) stany polegające na arteriitis chronica i miażdżycy (Jod, Brom, Hydrargyrum cyanatum podskórnie, Arsen), b) stany z hipertensją (djeta, masaż, ciepłe kąpiele, natrium nitrosum, trinitrin, extractum aquosum visci albi) i c) stany z hipotenzją (strychninum). Ad 2) uwzględnimy tło neurotoniczne od tła endokrynologicznego. W tym ostatnim razie będziemy próbować opoterapji (ovarium thyreoidea, hypophysis etc.), w pierwszym trzeba rozróżnić przewagę sympatykotonii (pilokarpina, geneserinum sulfuricum, acetylcholin), od vagotonii (adrenalina, atropina, ergotamina). Mimo niepewności kryterjów dla rozróżnienia poszczególnych typów i idąc zrazu więcej po omacku, niewątpliwie w tem rozpaczliwem cierpieniu oddamy przy bacznej obserwacji i wytrwałości pacjentowi, wedle tych wskazówek znaczne usługi.

Rozważania na temat obecnego stanu lecznictwa raka krtani. (Réflexions á propos du traitement actuel du cancer du larynx. G. P o r t m a n.

j. w. Nr. 11.

Autor wymierza tutaj gwałtowne uderzenie radio- i rentgenoterapii raka krtani, stwierdzając, że jakkolwiek może to być przykre zwolennikom promieni, to jednak wymowa cyfr porównawczych, dotyczących wyleczeń samą energją promienistą i cyfr wyleczeń samym nożem przekonuje o bezwarunkowej wyższości chirurgji, która pozostanie dominującym środkiem leczenia raka krtani, póki nauka nie wypośrodkuje metody etiologicznej. Zależnie od wczesności rozpoznania i rozmiaru nacieku prowadzi do celu rozszczepienie krtani (thyrotomie), wycięcie krtani częściowe lub całkowite. Pierwsze dwie metody należy stosować nie szematycznie, lecz ściśle wedle indywidualnej sytuacji („une intervention à demande), tak że właściwie między niemi niema ostrej granicy. Energia promienista może, zdaniem autora, spełniać tylko zadanie metody pomocniczej pooperacyjnej.

Amputacja nagłośni pętlą rozżarzoną (L'epiglottectomie à l'anse chaude). G o u l e t.

j. w. Nr. 13.

Amputacja nagłośni całkowita lub częściowa jest, zdaniem autora, wskazaną 1) w ograniczonych naciekach gruźliczych, lub 2) przy gruźlicy nagłośni połączonej z owrzodzeniami i obrzękiem, gdy istnieje silna bolesna dysfagia, wreszcie 3) w wypadku wilka (lupus) nagłośni o gwałtownym przebiegu, dalej 4) przy nowotworach dobrotliwych (włókniakach, torbielach i 5) początkowych złośliwych ograniczonych do nagłośni. W tym ostatnim przypadku tylko przy braku macalnych gruczołów. Laryngoskopia bezpośrednia wcale, zdaniem autora do tego zabiegu nie jest konieczną. Wystarczy silna metalowa szpatułka językowa z odpowiednim chwytem. Uwidoczni ona guz dostatecznie. Następnie obejmuje się pętlą, używaną przy wyłuszczeniu migdałków guz, pomagając sobie w razie potrzeby pincetą w należytem jej ulokowaniu przy nasadzie guza, poczem należy silnie pętlę koło guza zacisnąć. Później należy przez drut przepuścić prąd, rozgrzewający możliwie jak najsłabiej. Po chwili operator usuwa pętlę, w której znajduje się chora nagłośnia. Znieczulenie po-

wierzchniowe 10%-ową kokainą, dotyczące śluzówki nasady języka, podniebienia miękkiego, tylnej ściany gardła i samej nagłośni wystarcza. Injekcji nie potrzeba. Autor opisuje 3 przypadki operowane przezeń tą metodą. Pierwszy dotyczy bardzo ograniczonego wrzodu gruźliczego na szczycie nagłośni, drugi torbieli wielkości orzecha laskowego, umiejscowionej — poprzed nagłośnią w dołku nagłośniowojęzykowym prawym, trzeci torbieli nieco mniejszej jak poprzednia. Torbiel ta, wedle opisu, była zaopatrzona w smukłą szypułę i lokowała się jużto w lewym dołku nagłośniowo językowym, jużto *poza* nagłośnią, ponad strunami głosowemi.

Kazuistyka ta stanowi zajmującą serję przypadków zalecających się do cytowanej metody równie prostej, jak wdzięcznej w wynikach. Zdaje się jednak, że tak łatwe rozwiązanie techniczne i tak miłe wyniki nie wchodzą w rachubę przy poważniejszych, chociażby i ściśle ograniczonych guzach i naciekach, dotyczących rzeczywiście samego miąższu nagłośni, a odpowiadających podanemu na wstępie pracy zakresowi wskazań amputacji nagłośni.

Gruźlica krtani a kolapsoterapia. (Tuberculose du Larynx et Collapsotherapie). H. Retrouvey.
j. w. Nr. 14.

Do kolapsoterapii zaliczają się trzy metody: odma piersiowa, frenikotomia i torakoplastyka. Jako uzupełnienie odmy wymienić też należy, zwłaszcza w wypadkach jam gruźliczych płuca, które komunikują z jamą opłucnej i ropnego zapalenia opłucnej — „oleothorax", t. j. wstrzykiwanie oliwy gomenolowej do jamy opłucnowej i do jam płuca. Streszczenie wskazań tych poszczególnych metod, omówionych w pracy, możemy w referacie pominąć. Co do wpływu tych zabiegów na gruźlicę krtani zwraca autor uwagę na dokonaną ewolucję poglądów. Zrazu uważano je za przeciwwskazane przy gruźlicy krtani, potem za obojętne dla niej, a ostatnio podkreślają korzystny w wielu wypadkach wpływ ich. Nie tylko odmę i zabieg na nerwie przeponowym, lecz nawet tak znaczną operację jak torakoplastyka uważają autorowie, jak np. Poix za dopuszczalną, a czasem i wskazaną przy gruźlicy krtani, która w następstwie tego zabiegu może doznać wstrzymania w swym rozwoju. O ile rozstrzygnięcie co do korzystnego wpływu kolapsoterapji na gruźlicę krtani może paść przedewszystkiem ze strony statystyki (autor podaje tablicę statystyczną, obejmującą 56 przypadków), to sposób interpretacji będzie zależny głównie od zasadniczych poglądów na mechanizm zakażenia krtani. Autor przytacza je na podstawie pracy Colieta p. t. Traité de la tuberculose du larynx. Sprowadzają się one do trzech teorji. 1) Teorja Louisa inokulacji drogą plwociny, 2) teorja zakażenia na drodze naczyń krwionośnych, podana przez Heinzego i 3) teorja limfatyczna Kriega. Zdaniem autora teorja Heinzego „jest najbardziej zgodną z ogólną patologją gruźlicy". Dotychczas zastosowano ją dla wyjaśnienia zakażeń gruźliczych krtani, w wypadkach gruźlicy ostrej (granulie aiguë). Czyż nie można — pyta autor — zastosować jej we wszystkich wypadkach? Autor stara się w swych wywodach wykazać, że na pytanie to należy odpowiedzieć twierdząco. Umiejscowienie częste zmian gruźliczych w okolicy chrząstek nalewkowych jest, zdaniem autora, słabym argumentem za teorją pierwszą, gdyż okolica ta z najrozmaitszych przyczyn — nie mających nic wspólnego z mechanizmem odkrztuszania plwocin — jest dla zakażeń miejscem najmniejszego oporu, sprzyjającem umiejscowieniu zakażenia. Jeśli przyjmiemy teorję hematogeniczną i uwzględnimy mechanizm kolapsoterapii, to zbawienny wpływ jej na gruźlicę krtani, który w rzeczy samej wykazuje statystyka, stanie się dla nas także teoretycznie zrozumiałym. Kolapsoterapia działa bowiem, między innemi, modyfikująco na krążenie krwi (i limfy): „Unieruchomiając płuco, tłumiąc krążenie, barykaduje ona drogi zatorów bakteryjnych".

Autor nie neguje znaczenia i innych czynników jak zabezpieczenie zbawiennego spokoju dla krtani przez stłumienie kaszlu i wyksztuszania, uważa jednak, że zwężenie łożyska naczyniowego, które porównuje z pewnego rodzaju „podwiązaniem" naczyń doprowadzających, odgrywa rolę dominującą. Ze statystyki autora wynika, że w połowie spostrzeganych przypadków gruźlicy krtani (i płuc), leczonych kolapsoterapią zmiany krtaniowe, doznały znacznej poprawy lub wyleczenia. Jestto wynik lepszy, niż da się uzyskać przy leczeniu lokalnem gruźlicy krtani. Umniejszenia doznają te wyniki przez stwierdzenie, że dotyczyły one w pierwszym rzędzie zmian lekkich, jak nacieki i małe owrzodzenia. Autor sądzi, że kolapsoterapia jest środkiem nie do pogardzenia w leczeniu gruźlicy krtani.

Leczenie chirurgiczne otosklerozy. (Sur le traitement chirurgical de l'otosclerose). M. Sourdille.
Revue de laryngologie, d'otol. et de rhin. 1930. T. 51. Nr. 10.

Za podnietą *Holmgrena* i *Baranyego* i niezależnie od *Jenkinsa*, autor opracował metodę, polegającą na stworzeniu sztucznego okienka w kostnym kanale półkolistym poziomym błędnika. Metody te wychodzą z założenia, że przy otosklerozie część objawów, w szczególności szumu w uszach i przytępienia słuchu wynika ze zmian i z upośledzenia funkcji błony okienka przedsionkowego, czyli owalnego. Chodzi tu więc o zastępcze okienko przestrzeni perilymfatycznej błędnika. Modyfikacja metodologiczna autora polega na operacji dwuczasowej. Za pierwszym razem wykonuje się „atticotympanotomię". Polega ona na atticotomii z rewizją jamy bębenkowej i kosteczek słuchowych — o ile te ostatnie są wybitnie zmienione (zesztywnienie łańcucha kosteczek) wchodzi nawet w rachubę usunięcia kowadełka i główki młoteczka i z plastyką jamy bębenkowej, a mianowicie, przy pomocy płata skórnego z przewodu zewnętrznego odgradza się jamę bębenkową od okolicy szczytu kanału półkolistego. W drugiej fazie trepanuje się okienko wspomniane na wstępie i przykrywa się je plastycznym cienkim płatem skórnym również z przewodu. Definitywna poprawa słuchu (i zmniejszenie szumu), zależy od dobrego udania się tej plastyki. Podane przez autora wyniki dotyczą 6 przypadków definitywnych i 13 przypadków w krótkim okresie obserwacji i brzmią zachęcająco. Wymagana technika jest bardzo miniaturowa i delikatna.

A.Schwarzbart (Kraków).

CHOROBY NERWOWE

Zaburzenia psychoruchowe pochodzenia mózgowego. Hypertonja, ruchy automatyczne i sen kataleptyczny. H. Klaude i H. Baruk.
La Presse Médicale, 1931, Nr. 14, str. 233.

Zaburzenia ruchowe dzielą się na 4 grupy: zaburzenia pyramidowe, pozapyramidowe, psychoruchowe organiczne i psychoruchowe nieorganiczne.

W przypadkach cierpień organicznych mózgu (lues cerebri, arteriosclerosis cerebri) występuje hypertonja niezwykła o cechach następujących: 1) z wyglądu przypomina skurcz dowolny bardzo energiczny, 2) natężenie przykurczu wzrasta z natężeniem zamroczenia psychicznego. Wraz z hypertonją występuje katalepsia i ruchy automatyczne wahadłowe, które również ustają z chwilą przebudzenia chorego. Różniczkowanie stanów tych z zaburzeniami pochodzenia pyramidowego jest łatwe i zasadza się na zależności ze stanem psychicznym i braku objawów pyramidowych. Zaburzenia ruchowe pochodzenia pozapyramidowego w odróżnieniu od zaburzeń psychoruchowych podlegają wpływowi scopolaminy, pod której działaniem ustępują lub znacznie zmniejszają się, natomiast nie zależą od stanu psychicznego chorego. Znacznie trudniejsze jest różniczkowanie zaburzeń psycho-ruchowych organicznych od nieorganicznych: zaburzenia psycho-ruchowe organiczne są o wiele głębsze i uporczywsze od funkcjonalnych.

Wyleczenie przewlekłego nerwobólu twarzy zapomocą alkoholizacji zwoja Gassera przez otwór owalny. N. Topas.
La Presse Médicale. 1931. Nr. 14, str. 239.

Autor podaje dwie drogi dla alkoholowego zniszczenia zwoju *Gassera:* droga boczna prowadzi pod kością jarzmową i droga dolna pod szczęką. Niema przeciwskazań. Może być stosowane nawet w wieku podeszłym i przy złym stanie ogólnym.

Zostały opisane następujące komplikacje krwawienie przez igłę wraz ze wzdęciem policzka, łatwo daje się zatrzymać przez ucisk palcem i opatrunkiem uciskowym. Zawroty głowy, wymioty występują zwłaszcza przy stosowaniu drogi dolnej, zależą od wprowadzenia alkoholu do jamy czaszkowej, trwają dni kilkanaście i przechodzą same bez śladu. Stosunkowo często występuje wrzodziejące zapalenie rogówki wskutek zaburzeń odżywczych i czuciowych. Czasowe zszywanie powiek prowadzi do wyleczenia. Rzadziej mamy do czynienia z porażeniem twarzy lub porażeniem mięśni oka, które leczą się również samoistnie.

Według autora zabieg jest łatwy, daje się wykonać bez większego zachodu w gabinecie lekarza.

Grzybica kropidlakowa mózgu. E. Moniz i R. Loff.
La Presse Médicale. 1931. Nr. 15, str. 273.

Obserwacja 44-letniej kobiety.

Ciężkie irido-cyclitis oka lewego, później ślepota i silne bóle w oku. Ani bólów głowy, ani wymiotów. Natomiast splątanie psychiczne i bredzenie. Otępienie intelektualne. Połowicze porażenie prawostronne z udziałem twarzy. W płynie m. rdz. pleocytosa (61,8). Badanie pośmiertne wykryło ognisko rozmiękczeniowe okolicy czołowej lewej, które zajmowało centrum semiovale, ncl. caudatus i capsula interna i zawierało grzybek.

Wnioski. Grzybica kropidlakowa mózgu (aspergillosis cerebri) może trwać dość długo. Grzybek może przeniknąć do mózgu przez oko. Stwierdzenie grzybicy oka wymaga bezzwłocznego leczenia, żeby zapobiedz przeniesieniu zakażenia do mózgu.

Budowa nerwów. R. Lutembacher.
La Presse Médicale. 1931. Nr. 15. str. 278.

Włókna nerwowe rdzenia są to rurki napełnione płynem lepkim, który dostosowuje się do konturów rurki, są to przewodniki łączące komórki nerwowe z mięśniami. Płyn przemieszcza się w nich podobnie, jak w sphygmoscopach *Marey'a.* Z punktu widzenia chemicznego podrażniona komórka nerwowa wydziela substację czynną, wszczególności koncentruje elektrolyty, mianowicie wapień i potas. Można wreszcie przypuszczać, że przewodniki elektrolityczne podlegają polaryzacji.

Leczenie bredzenia alkoholowego dużemi dawkami strychniny. P. H. Pagnier i P. Chaton.
La Presse Médicale. 1931. Nr. 17. str. 297.

W 1873 roku *Alfred Luton* wprowadził do lecznictwa alkoholizmu wronie oko i strychninę. Specyficzne działanie przeciwalkoholowe strychniny zostało wkrótce zapomniane. Wobec tego, że strychnina zostaje bardzo szybko wydzielona przez organizm, to należy ją podawać w małych lecz częstych dawkach. Sol. strychnini sulfurici 1‰ — 2 gramy co 3 godziny powtarzane w zastrzykach, nawet co 2 godziny, do 10—16 miligramów na dobę daje znakomite wyniki.

Chory uspakaja się w ciągu 24, najwyżej 48 godzin, wyjątkowo potrzeba dłuższego czasu. Równocześnie podaje się w obfitości wodę lub rumianek. Działanie strychniny jest tak swoiste, że brak wyniku leczniczego powinien zwrócić uwagę na rozpoznanie, które w takich przypadkach okazuje się błędnem.

Dr. Z. Messing.

CHOROBY SKÓRNE I WENERYCZNE.

Przyczynek do „Vitiligo" (Histoire instructive d'un vitiligo). G. Milian.
Paris Méd. 1931, Nr. 10.

U kobiety 18-o letniej wystąpiły w czasie ciąży rozległe zmiany białacze na całem ciele. W 36-ym roku życia, to znaczy w 18 lat potem, nie

przedstawiała żadnych ani klinicznych, ani serologicznych objawów kiłowych, istniał natomiast u niej zespoł objawów charakteryzujących poronną postać choroby Basedowa, nieznaczny wytrzeszcz gałek, wrażliwość psychiczna i naczynioruchowa, bezsenność, tętno szybkie.

Autor zbadał dokładnie rodzinę chorej i znalazł u osiemnastoletniej córki chorej stygmaty kiły wrodzonej, u męża chorej w wywiadach i w odczynach serologicznych również potwierdzenie swego przypuszczenia co do podłoża kiłowego w tym przypadku.

Balanitis diabethica. (Balanite diabétique). Belgodére.
Paris Méd. 1931. Nr. 10.

Wypryskowe zmiany na napletku są niekiedy jedynym klinicznym objawem cukrzycy. Zmiany te mogą w przebiegu cukrzycy umiejscowić się w każdem miejscu, ze szczególną jednak skłonnością sadowią się w miejscu gdzie istnieje ustawiczne drażnienie skóry przez wydzielanie moczu zawierającego cukier. Zmiany są podobne do zmian zapalnych bakteryjnych, różnią się jednak od nich tem, że naciek jest stosunkowo nieznaczny, natomiast skutkiem długotrwałości procesów toczących się w skórze (acanthosis, parakeratosis, pachydermia, sclerosis) utrata elastyczności napletka jest tak znaczna, że wywołuje znacznego stopnia stulejkę.

Promieniste pęknięcia brzegu napletka występujące przy najsłabszym nawet naciąganiu napletka są również cechą charakterystyczną dla cukrzycowych wyprysków i różnią te przypadki od jakichkolwiek innych zmian zapalnych napletka. W końcu przewlekłość tych zmian jest dla cukrzycy bardzo znamienna.

Jako powikłania mogą wystąpić zaostrzenia stanu zapalnego skutkiem wtórnych zakażeń najczęściej ropnych, wegetacje na napletku, zgorzel stosunkowo rzadka, którą spostrzegano niekiedy po operacyjnym usunięciu stulejki.

Leczenie: oprócz właściwego ogólnego należy zawsze stosować i miejscowe. W przypadkach ostrych i zaostrzonych okłady, alkaliczne zmywania i następowo obojętne pasty. W przypadkach przewlekłych należy stosować środki lekko redukujące (ichtyol, ol. cadini), zwykłe zasypki obojętne.

Stulejkę należy leczyć alkalicznemi lub antyseptycznemi przemywaniami podnapletkowemi (ac. boric. kal. hyperm.). Należy chorego pouczyć aby przy oddawaniu moczu nie opłukiwał skóry otaczającej ujście cewki, gdyż drażniące działanie moczu, zawierającego cukier jest szkodliwe.

Dr. Z. Jastrzębska.

KRONIKA.

UCHWAŁY IV. OGÓLNOPOLSKIEGO ZJAZDU PRZECIWGRUŹLICZEGO W ZAKOPANEM

w dniu 20 — 22.IX.1931 r.

1) IV Zjazd Przeciwgruźliczy zwraca się z gorącem wezwaniem do Rządu Rzeczypospolitej, aby w okresie przeżywanego bezrobocia, związanej z nim nędzy a w następstwie tego — groźnego szerzenia się gruźlicy, nie redukował sum przeznaczonych na akcję przeciwgruźliczą oraz do całego społeczeństwa polskiego, aby w tym krytycznym momencie zechciało nie zmniejszać swej ofiarności na cele walki z gruźlicą, tą największą klęską społeczną.

2) Wobec istniejących warunków ekonomicznych kraju i spowodowanego tem niedostatecznego wyzyskiwania łóżek posiadanych w sanatorjach społecznych, IV Zjazd ostrzega przed tworzeniem luksusowych sanatorjów, a zwłaszcza t. zw. pseudo-sanatorjów. Natomiast wyraża przekonanie, że najbardziej celowem jest urządzanie sanatorjów i szpitali-sanatorjów z możliwie niską opłatą.

3) Zjazd wzywa wszystkie instytucje rządowe, samorządowe, społeczne oraz zakłady ubezpieczeń do jaknajrychlejszego scalenia dotychczas przez siebie prowadzonej akcji przeciwgruźliczej w łonie istniejących terytorjalnych towarzystw przeciwgruźliczych, zrzeszonych w Polskim Związku Przeciwgruźliczym. Wzorem scalonej akcji może służyć organizacja Naczelnej Rady Walki z Gruźlicą w Łodzi.

4) Zjazd uważa za celowe organizowanie specjalnych zakładów dla gruźliczo chorych wspólnemi siłami wszystkich instytucyj, biorących udział w walce z gruźlicą. Zakłady przeznaczone dla chorych niebezpiecznych dla otoczenia, wymagających dłuższej kuracji, powinny dawać im możność fachowego przekształcania się do zawodów odpowiednich do ich stanu zdrowia.

5) Zjazd zwraca się z prośbą do Władz Rządowych, aby w możliwie krótkim czasie został zrealizowany projekt Ministerstwa Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego, dotyczący budowy gimnazjum o charakterze ściśle sanatoryjnym w klimacie górskim, uważając dotychczasowy brak takiego zakładu za poważną lukę na froncie walki z gruźlicą w Polsce.

6) Celem ustalenia nazw zakładów leczniczych o typie społecznym, IV Zjazd uchwala:

a) Pod nazwą „Sanatorjum dla chorych na gruźlicę“ rozumieć należy zakład leczniczy pod odpowiedniem fachowem kierownictwem, dający przez swoje położenie i urządzenie możność stosowania, prócz innych metod leczniczych, również i terapji klimatyczno-djetetycznej przy odpowiednim reżimie. Sanatorjum powinno przyjmować wyłącznie takich chorych na gruźlicę, którzy potrzebują leczenia, a stan których rokuje osiągnięcie możliwie trwałej poprawy.

b) Pod nazwą „Szpitala-Sanatorjum dla chorych na gruźlicę“ rozumieć należy zakład leczniczy pod odpowiedniem fachowem kierownictwem, odpowiednio położony i urządzony, przeznaczony do leczenia i izolowania wszelkich postaci gruźlicy, do nieuleczalnych włącznie. Poza innymi oddziałami zakład ten powinien posiadać oddziały ob-

CRYPTARGOL LUMIÈRE

SÓL SREBROWA SIARCZANU SODOWEGO TIOGLICERYDU

OVULES, SOLUTION

Do użytku zewnętrznego

W GINEKOLOGJI, UROLOGJI, WENEROLOGJI I CHIRURGJI.

ZALETY:

Wyjątkowo silne działanie **bakterjobójcze** (35% Ag). Wybitne działanie **kieratoplastyczne i zmniejszające przekrwienie. Nie wywołuje podrażnienia** błon śluzowych i skóry. **Nie psuje się** pod wpływem powietrza i światła. **Nie plami** skóry, ani bielizny.

A) **CRYPTARGOL OVULES,** gałki dopochwowe z ustalonej gliceryny (0,25 cryptargol'u w jednej gałce). Działanie wybitnie przeciwgnilne, przeciwzapalne i kieratoplastyczne; nie plamią ani skóry, ani bielizny.

WSKAZANIA:

Nadżerki pochwy, szyjki macicy. Zapalenia macicy, jajowodów, jajników. Owrzodzenia (gruźlica). Upławy (flour albus). Co 2 — 3 dni po 1 gałce.

B) **CRYPTARGOL SOLUTION,** stężony rozczyn do przemywań.

WSKAZANIA:

1. Do **przemywań pochwy** rozczyn 1:1000 do 5:1000
2. Do **przemywań pęcherza** rozczyn 1:1000 do 5:1000 w ilości 500 ccm. do 1000 ccm.,
3. w **ostrych zapaleniach pęcherza** moczowego (wkraplanie 20 — 30 kropel rozczynu 1:100),
4. W **leczeniu rzeżączkowego zapalenia** cewki moczowej:
   a) w zapaleniu tylnej części—przemywania rozczynem 1:1000 do 5:1000,
   b) w zapaleniu części przedniej: 2—3 razy dziennie po 3 przestrzykiwania rozczynem 1:100 do 5:100 pierwsze przy otwartej cewce moczowej, drugie i trzecie należy przetrzymać przez 5 minut,
5. Do przemywania ran, owrzodzeń w **CHIRURGJI, DERMATOLOGJI** rozczyn 1:1000 do 5:1000.

Skład główny L. Nasierowski Kaliska 9, Warszawa

serwacyjno - segregacyjny, chirurgiczny i dla chorych nieuleczalnych.

7) Ponieważ w walce społecznej z gruźlicą niezmiernie doniosłe zadanie przypada pracy wychowawczo - profilaktycznej nad młodem pokoleniem, przeto IV. Zjazd wyraża nadzieję, że, zniesiona ze względów oszczędnościowych, instytucja lekarzy szkolnych będzie przy poprawie stosunków ekonomicznych w państwie na nowo wprowadzona.

8) IV. Zjazd uchwala konieczność wprowadzenia w państwie „Ustawy Przeciwgruźliczej" i wzywa Rząd do jak najrychlejszego wniesienia do Sejmu projektu takiej ustawy.

9) IV. Zjazd wyraża przekonanie:

a) że wszystkie czynniki fachowe, t. j. lekarz wolnopraktykujący, poradnia, szpital i sanatorjum, są uprawnione, a nawet obowiązane, do wspólnego kierowania losem chorego i do walki z gruźlicą,

b) że koszty leczenia chorych na gruźlicę nie mogą naogół obciążać wyłącznie samych chorych, a powinny obowiązywać również odnośne czynniki państwowe, samorządowe i społeczne,

c) że w Polsce powinien powstać Centralny Zakład Badań nad Gruźlicą. Konieczność stworzenia takiego zakładu była już stwierdzona uchwałą III-go Zjazdu Przeciwgruźliczego w Poznaniu,

d) że Zakopane ma warunki stacji górkiej, odpowiednie do leczenia gruźlicy płuc,

e) że w Zakopanem również powinno powstać tanie sanatorjum o charakterze ludowym.

10) IV zjazd wyraża przekonanie, że restytuowanie zniesionego w swoim czasie Ministerstwa Zdrowia Publicznego będzie nietylko z korzyścią dla postępu kultury zdrowotnej w Polsce, ale przyniesie Skarbowi Państwa znaczną oszczędność.

POKŁOSIE TERAPEUTYCZNE.

Insulina w leczeniu raków skórnych. Przemiana materji tkanki rakowej jest zupełnie różna od przemiany materji tkanki prawidłowej. Między innemi stwierdzono, że tkanka rakowa pochłania węglowodanów (cukru gronowego) 70 razy więcej, niż większość tkanek zdrowych. Doświadczenia na zwierzętach wykazały, że w przypadkach sztucznie wywołanych raków wyłączenie z diety zwierząt doświadczalnych węglowodanów powodowało zatrzymanie raków w swym rozwoju, a nawet ich cofanie się. Zjawisko to zastosowano praktycznie w stosunku do ludzi. Usunięcie z diety chorych na raka węglowodanów wpłynęłoby ujemnie na stan ich odżywienia, pomijając już to, że ustrój mógłby wówczas wytwarzać sobie węglowodany zastępczo z białek i tłuszczów. Wobec powyższego zwrócono się do insuliny jako środka, który w sposób zupełnie pewny wpływa hamująco na przemianę węglowodanową, obniżając stężenie cukru we krwi, ale nie upośledzając przytem ogólnego odżywiania. *Gomes da Costa* z Lizbony zastosował z wynikiem bardzo dobrym wilgotne okłady z insuliny w kilku przypadkach raka skórnego twarzy. Po oczyszczeniu powierzchni owrzodzenia rakowego ze strupków i nalotów (maść rivanolowa), zwilża się ją obficie insuliną i następnie przykrywa gazą, zmoczoną w insulinie. Owrodzenia te goiły się szybko (np. owrzodzenie o powierzchni 1,5 — 2 cm³ pokryło się naskórkiem w 4 tygodnie), a samo ognisko rakowe ulegało zabliźnianiu, potwierdzonemu następnie przez badanie drobnowidzowe skrawków. Mówić o wyleczalności raków skórnych pod wpływem insuliny byłoby zawcześnie, gdyż badanie histologiczne przypadków klinicznie wyleczonych wykazywało zawsze obecność w bliźnie małych ognisk rakowych. Tem nie mniej efekt leczniczy insuliny w tego rodzaju przypadkach jest niewątpliwy. Dalsze próby są w toku. *(La Presse Méd Nr. 84, 1931).*

Cz.

Redaktor odpowiedzialny: *Doc. Dr. A. Wojciechowski*
Wydawca: Spółka Wydawnicza „Wiedza Lekarska".
Adres redakcji i administracji Warszawa, Kaliska 9. Tel. 724-39.
Prenumerata z przesyłką rocznie zł. 8, kwartalnie zł. 2. Konto **P. K. O. 15.785.**

		1/1 str.	½ str.	¼ str.
Ogłoszenia:	zewnętrzna strona okładki	zł. 450.—	250.—	135.—
	bezpośrednio przed tekstem	„ 350.—	200.—	120.—
	2-ga i 3-cia strona okładki	„ 350.—	200.—	120.—
	pozostałe	„ 300.—	170.—	95.—

ZAKŁ. GRAF. PRAC. DRUK., WARSZAWA, NOWY-ŚWIAT 54, TEL.: 615-56 I 242-40.

Odbitka z miesięcznika „Wiedza Lekarska" Zeszyt Nr. 2. 1931 r.

PROFESOR DR. **H. SAHLI** (BERN).

Chemoterapeutyczne leczenie duru brzusznego

zapomocą jodobismutanu chininy (Quinby).

O metodyce, mającej na celu ustalenie leczniczego działania. Ogólna statystyka lecznicza i szczegółowa statystyka spostrzeżeń klinicznych. Teoretyczno-naukowa dyskusja zasady:

„POST HOC ERGO PROPTER HOC".

Od roku 1924, to jest od lat 6-ciu, wszystkie przypadki duru brzusznego w klinice chorób wewnetrznych w Bernie leczono „chemoterapeutycznie" zapomocą jodobismutanu chininy (Quinby). Wyjątek stanowiły bardzo lekkie przypadki, w których tego środka nie stosowano. Jak się zdaje, wyniki tego leczenia były b. pomyślne i dlatego, tak ze stanowiska dobra chorego jak i lekarza praktyka chcę je tutaj omówić.

Pobieżnie tylko wspomnę o sposobie leczenia duru brzusznego, tak zwanym „objawowym", stosowanym w mojej klinice do czasu wprowadzenia leczenia chemoterapeutycznego, a następnie z nim kombinowanym. Zazwyczaj określenie „leczenie objawowe" łatwo prowadzi do powstawania mylnychpojęć. Nie oznacza ono jednak zwalczania bez wyboru i naoślep objawów, podmiotowo dolegających chorym, lecz dążenie do zwalczenia tych objawów i następstw choroby, które w schorzeniach, przeciw którym leczenia swoistego jeszcze nie posiadamy, mogą szkodzić choremu również objektywnie i wystawiać go na niebezpieczeństwo wskutek występowania błędnego koła objawów (Circulus vitiosus).

Łagodzenie subjektywnych dolegliwości, o jakiem się, przy słowie „leczenie objawowe" myśli — stanowi tylko jedną stronę tego leczenia. Dlatego też staram się unikać wyrażenia „leczenie objawowe" i przeciwstawić leczeniu swoistemu pojęcie i zadania leczenia fizjologicznego, czyli niespecyficznego. Rozumie się samo przez się, że leczenie swoiste bez nieswoistego obejść się nie może, gdyż to pierwsze nie może spełnić wszystkich zadań lecznictwa.

Nieswoiste leczenie duru brzusznego.

Jednem z pierwszych zadań nieswoistego leczenia duru brzusznego jest przedewszystkiem

i wbrew temu, co niektórzy nowsi autorzy przeciwko temu mówią, zastosowanie diety płynnej, której konieczność i pożytek nie wymagają szczegółowszego uzasadnienia wobec tak ciężkiego ze stanowiska anatomicznego schorzenia jelit i niemniej ciężkich zaburzeń czynnościowych trawiennych. Potrzebę takiej diety dowodzą chociażby częste nawroty, występujące z chwilą zbyt wczesnego podawania chorym pokarmów stałych. W celu zapobiegania takim nawrotom zalecamy płynną dietę co najmniej jeszcze w ciągu 8 dni po ustąpieniu gorączki. Przy dobrej tolerancji w stosunku do mleka, płynna dieta może dostarczyć choremu dostateczną ilość kaloryj.

Należy jednak pamiętać, że ulubiony przy płynnej diecie kleik owsiany — posiada niezmiernie mało kaloryj. Nie wie o tem nietylko ogół chorych, lecz często i lekarze. Gęsta, wskutek pęcznienia, konsystencja kleiku owsianego, zarówno jak i innych zup kleikowych pod tym względem jest bardzo zwodnicza.

W przypadkach, kiedy dodanie mleka zwiększa rozwolnienie, co się zdarza dosyć często (niedostateczne zużytkowanie cukru mlecznego wskutek braku odpowiedniej ilości zaczynów w soku jelitowym, dzięki którym cukier mleczny jest normalnie zamieniany na glukozę i galaktozę) — może się okazać pożyteczne stosowanie preparatów kwaśnego mleka. W nich bowiem cukier mleczny został już częściowo przeistoczony w kwas mleczny.

Dzięki zawartości kwasu mlecznego, zastępującego w pewnej mierze kwas solny, pobudzana zostaje peptonizująca czynność żołądka, bardzo pożądana wobec niedostatecznego wydzielania kwasu solnego co bywa często w przebiegu duru brzusznego. Z drugiej strony, wprowadzony masowo z mlekiem kwaśnem — kwas mleczny — przeciwdziała alkalicznej fermentacji zawartości jelit. Zmniejszenie się ilości indykanu w moczu dostarcza często bezpośredniego dowodu wpływu mleka kwaśnego w tym kierunku.

Zastosowanie różnych rodzai kwaśnego mleka w zależności od ich stopnia kwasowości — jest bardzo często dogodnym środkiem uregulowania stolca. Mocno kwaśne rodzaje działają raczej wstrzymująco, podczas kiedy słabo kwaśne działają rozwalniająco. Jednakże podawanie tyfusowym chorym kwaśnego mleka dla podtrzymania odżywiania ma o tyle wartość, o ile personel pielęgniarski jest z przeprowadzaniem takiego leczenia dobrze obeznany. Są chorzy, którzy mają wstręt do kwaśnego mleka i odmawiają przyjmowania tego posiłku. Im więcej jednak personel pielęgniarski, dla którego ten sposób odżywiania zwiększa pracę, umie, w podawaniu chorym kwaśnego mleka, dostosować się (co do stopnia kwasowości tego pokarmu) do gustu chorych, tem rzadziej spotykamy opór w przyjmowaniu tego pokarmu.

Przy dostatecznej staranności i odpowiedniem normowaniu czasu i temperatury przy fermentacji kwaśnego mleka można takiem leczeniem kierować z łatwością. To samo spostrzegamy również, podając kwaśne mleko w schorzeniach na tle niedokwaśności żołądka, specjalnie zaś w niedokrewności złośliwej (anaemia perniciosa), gdzie ten rodzaj pożywienia stosujemy bardzo często.

Rodzaje kwaśnego mleka.

Rozmaite rodzaje kwaśnego mleka (zwykłe kwaśne mleko, joghurt, kefir), można wytwarzać z mleka, nie używając fermentów drobnoustrojowych, będących w handlu. W systematycznych badaniach bakterjologicznych, których niestety nigdy nie zdążyłem ogłosić i które dlatego w interesie praktyków chciałbym tu pokrótce streścić, wykazałem, jak błędną jest rozpowszechniona ogólnie legenda, jakoby różne postacie kwaśnego mleka polegały na odmiennych specyficznych fermentach drobnoustrojowych, które w celu sporządzenia kefiru lub joghurtu trzeba nabyć i w sztuczny sposób do mleka dodać. Ziarna kefirowe, tabletki joghurtowe i t. d. są dla sporządzenia tych preparatów zbędne; albowiem każde surowe mleko zawiera nietylko na Kaukazie drobnoustroje potrzebne dla powstania kefiru i nietylko w Egipcie i Bułgarji drobnoustroje potrzebne dla sporządzenia joghurtu. Wiadomo, że w surowem mleku znajdują się powszechnie znane streptokokki kwasu mlecznego, następnie długie pałeczki z typu bacillus subtilis (prątka siennego), które działają na białko w sposób peptonizujący, i oprócz tego drożdże wytwarzające z cukru mlecznego przy symbjotycznem współdziałaniu innych drobnoustrojów kwas mleczny i węglowy.

W ziarnach kefirowych i tabletkach joghurtowych, będących do nabycia w handlu, nie znajdziemy nic innego jak tylko te zwyczajne drobnoustroje. Osławiona „dispora caucasica“, którą się reklamuje jako charakterystyczną cechę ziaren kefirowych i jako właściwy ferment kefirowy, składa się właśnie z owych wszędzie istniejących długich laseczek z grupy prątka siennego.

Jak wyżej wyjaśniłem, ta symbioza drobnoustrojów istnieje w surowem mleku wogóle i działa zatem we wszystkich trzech rodzajach kwaśnego mleka aczkolwiek w ilościowo różnych stosunkach. W celu wytworzenia tych trzech rodzai kwaśnego mleka nie potrzeba zatem dodawać żadnych fermentów, będących do nabycia w handlu, wystarczy pozostawić surowe mleko, aby skwaśniało samo. Czy w ten sposób powstanie zwykłe kwaśne mleko, joghurt lub kefir zależy wyłącznie od warunków zewnętrznych, w jakich będzie się odbywać fermentacja (czas trwania fermentacji z jednej strony i dostęp powietrza, względnie brak dostępu powietrza z drugiej strony).

Jeżeli fermentacja będzie się odbywać przy zamknięciu dostępu dla powietrza w zamkniętych butelkach od piwa anaerobiotycznie (tylko przy współudziale beztlenowców) wówczas drożdże mogą się rozmnożyć do tego stopnia, że powstanie, przy obfitem wytwarzaniu się kwasu węglowego, kefir, jako silnie musujący napój. Należy przytem przez dłuższe przechowanie ułatwić wzbogacenie napoju w drożdże.

Zwykła fermentacja kwaśnego mleka i t. zw. fermentacja joghurtowa są — w przeciwstawieniu do tamtej — fermentacjami aerobiotycznemi w otwartych naczyniach, przyczem wytwarza się mało kwasu węglowego. Fermentacja joghurtowa różni się właściwie od zwykłej fermentacji kwaśnego mleka tylko tem, że prowadzi się ją tylko do chwili słabego skwaszenia względnie do chwili zsiadnięcia i dlatego niektórzy chorzy wolą właśnie ten preparat ze względu na smak, używając go z cukrem.

Przy sporządzeniu kefiru należy się szczególnie wystrzegać wywołania fermentacji przez bacillus butyricus (prątek kwasu masłowego), który nadaje mleku nieprzyjemny smak oraz woń kwasu masłowego i czyni mleko niezdrowem. W takim wypadku—łatwo stwierdzalnym po woni i nadmiernem ciśnieniu gazu — należy taką butelkę usunąć i w czystej butelce rozpocząć nową fermentację surowego mleka. Fermentacja taka winna się oczywiście zawsze zacząć w surowem mleku, które się pozostawia w odpowiednich, wyżej wymienionych warunkach. Z chwilą, gdy bakterje fermentacyjne nagromadziły się już, można fermentację kontynuować, dodając do jakiejś reszty gotowego preparatu mleko gotowane i ostudzone.

Fermentacja powinna się naogół odbywać w temperaturze pokojowej, w czasach upałów natomiast w miejscu chłodnem, przyczem należy stale badać smakiem stopień osiągniętej fermentacji. Przy wytwarzaniu kefiru należy butelki napełnione i szczelnie zamknięte ułożyć poziomo i często wstrząsać.

Mało korzystnem wydaje mi się podawanie fermentów drobnoustrojowych jako takich — jako lekarstw, co ze strony fabryk jest reklamowane zarówno u publiczności, jak i u lekarzy. Albowiem odnośne drobnoustroje znajdują się i tak zawsze w żołądku i w jelitach, jako wszędzie obecne, nie mogą się jednak rozwijać, pokąd w jelitach brak odpowiedniego podłoża fermentacyjnego, a mianowicie mleka. Najpewniejszą rzeczą jest wobec tego, dla osiągnięcia zamierzonego celu chemicznego — kazać przyjmować pacjentom jako pożywienie podłoże znajdujące się już w odpowiedniej fermentacji, t. zn. właśnie jeden z wymienionych rodzajów kwaśnego mleka, przyczem należy co do stopnia kwaśności w szerokiej mierze kierować się smakiem pacjentów, oraz tem, jak dane mleko jest znoszone.

Poza regulowaniem diety każdy chory otrzymuje codzień 15-minutową całkowitą kąpiel. Niezależnie od wymagań czystości, która właśnie w tyfusie, wobec niebezpieczeństwa zakażenia i tworzenia się odleżyn, jest niesłychanie ważną, kąpiele te stosowane są raczej w celu odświeżenia chorego, niż w celu obniżenia temperatury, tembardziej, że obniżenie otrzymuje się znacznie skuteczniej i lepiej przez stosowanie koców, niż kąpieli.

Chodzi tu nie o kąpiele zimne, lecz o tak zwane obojętne, np. 35°, które powodują u gorączkujących lekkie obniżenie temperatury. Często stosujemy kąpiel o temperaturze o jakieś 5 stopni niższej od ciepłoty ciała chorego. Co się tyczy temperatury kąpieli — można tu uwzględnić najdalej idące życzenia chorego, dobierając temperaturę, przyjemną dla chorego. Często zresztą spostrzegaliśmy przy tem, że wybitnie gorące kąpiele (37° — 40°) — wymagane przez samych chorych, wywierają wpływ następczy, wyraźnie przeciwgorączkowy; widocznie dzieje się to wskutek rozszerzającego działania gorąca na powierzchnię skóry i wzmożonego przez to wydzielania cieplika. Działanie to jest często silniejsze znacznie od działania ochładzających, lub wręcz chłodnych kąpieli i koców. W tych razach jednak, aby przekonać się o działaniu gorącej kąpieli, należy mierzyć temperaturę dopiero w godzinę po kąpieli. W ostatnich czasach, ze względu na silniejsze ich działanie na nerwy skóry — znalazły zastosowanie kąpiele kwasowęglowe.

Z pośród środków leczniczych, najczęściej stosowane są w durze brzusznym, szczególniej przy silnych biegunkach; bismutum subnitricum, środek, który dawał mi dobre wyniki, dalej tanina i węgiel adsorbowany. Ponadto, przy silnej gorączce, okazują się pożytecznymi łagodne środki przeciw gorączkowe. Co do wskazań w tym kierunku, miarodajny był dla mnie mój pogląd teoretyczny na gorączkę, który przedstawiłem w mojej poprzedniej pracy o istocie gorączki, jej pożytku i szkodliwości.

Według mojego zdania i wbrew zapatrywaniom klasycznym gorączka nie jest niczem innem, jak wzmożoną przemianą materji, przy której ustrój, wskutek wyczerpania możności oddawania cieplika nie jest w stanie pozbyć się jego nadmiaru. Gorączka więc nie posiada sama w sobie teleologicznego znaczenia. Wykazałem raczej, że lekka gorączka, podług zasady *van t'Hoffa*, działa korzystnie, gdyż podtrzymuje w tym wypadku, przeważający chemizm zbawienny (leczniczy), wysoka gorączka natomiast działa szkodliwie przez występujący przy wysokiej temperaturze chemizm toksyczny. Dlatego też wyższe ponad 38,5° temperatury powinny być zwalczane. Obok chininy w dawkach po 0,2 do 0,3 trzy razy dziennie, stosujemy jako środek przeciwgorączkowy w tyfusie przeważnie piramidon. W celu możności stopniowania dawek stosownie do wyniku, in refracta dosi, najdogodniej w postaci mikstury z 1 — 2,0 na 200 cc. wody i (przy mierzeniu temperatury co 2 godziny), podawanej co dwie godziny po 20 cc. aż do osiągnięcia pożądanego wyniku. Jeżeli ciepłota spadnie do 38 lub 38,5, przerywa się podawanie leku aż do ponownego podniesienia się gorączki. W ten sposób unika się gwałtownych spadków, a następnie gwałtownych i niepożądanych wzniesień. Chorzy czują się przy tem łagodnem postępowaniu przeważnie lepiej aniżeli bez antypirezy; widzimy w tem potwierdzenie tego, że postępowanie takie jest pożyteczne i odpowiada mojej teorji o antypirezie (por. wyżej).

Antypireza jest obok leczenia hydroterapeutycznego także najlepszym środkiem, uspokajającym dla chorych durowych, zwłaszcza podnieconych. Inne środki uspokajające są rzadko potrzebne. Antypireza wpływa często także korzystnie na stan durowaty (status typhosus). Jest rzeczą oczywistą, że w cięższych przypadkach przy obniżającej się jakości tętna i oddechu stosujemy wydajnie środki nasercowe, naczynioruchowe i oddechowe, głównie kofeinę, kamforę, naparstnicę, hekseton, koraminę, kardiazol i t. p. Większość chorych na tyfus otrzymuje także wino w małej ilości. Wino działa w pierwszym rzędzie przez rozszerzenie naczyń skórnych może nieco antypiretycznie, a pozatem wzmacniająco i odżywczo. Gdy niema dostatecznej możliwości doprowadzenia płynu per os, w razie krwotoków jelitowych i w stanach zapaściowych stosujemy często wlewania podskórne rozczynu Ringera z dodaniem adrenaliny lub bez tejże. Przy krwawieniach z jelit wzbraniamy wszelkie odżywianie per os, zastępując je doprowadzaniem płynów przez wlewania rozczynu Ringera,

oraz podajemy nieco opjum. W razie zaparć stosujemy przeważnie lawatywy, rzadzie olej rącznikowy. Nigdy nie zauważyliśmy przy tych ostatnio wymienionych środkach ujemnych skutków, których się dawniej obawiano. Odleżyny rozpoczynające się lub istniejące powinny być oczywiście starannie leczone. Przy przedziurawieniu jelit—o ile wogóle w durze wobec i tak ciężkich objawów jelitowych takie samo przez się trudne rozpoznanie daje się ustalić — należy jaknajwcześniej uciec się do zabiegu chirurgicznego.

Swoiste (chemoterapeutyczne) leczenie duru.

Jakkolwiek pożyteczne może być niespecyficzne leczenie, nie da się zaprzeczyć, że w ten sposób nie wszystkie żądania lecznictwa mogą być spełnione i że należało dążyć do zniszczenia zła u jego podstawy i zwalczać samą infekcję tyfusową. Wprawdzie w tym kierunku robiono już dawniej poszukiwania, lecz jak dotąd, bez zadawalniających wyników.

Stosowanie surowic okazało się iluzoryczne. Leczenie szczepionkami z zabitych hodowli durowych, jak to zalecał *Fränkel* i co sam stosowałem, okazało się wskutek swej obosieczności również nieodpowiednie. Bezskuteczne również jest leczenie podług *Rumpfa* zapomocą zabitych hodowli prątka błękitnej ropy, które stanowi przejście do t. zw. niespecyficznej proteinoterapji. I ta ostatnia nie jest polecenia godna, gdyż tyleż szkody, co korzyści przynosi i nie odpowiada wymaganiom nauki.

Metoda ta leczenia ma charakter obosieczny, liczący na szczęśliwy traf. Dlatego też od 5 lat starałem się leczyć dur zapomocą chemoterapji i w tym celu, jak już wzmiankowałem, używałem *Jodobismutan chininy* (Quinby), w stosowaniu którego posiadłem szerokie doświadczenie używając go w leczeniu kiły. Wybór tego leku oparty jest poprostu na dowiedzionem antyseptycznem działaniu oligodynamicznem bismutu przy stosunkowo słabej jego jadowitości. Chcę tu powiedzieć kilka słów o antyseptycznem działaniu tego metalu. Preparaty bismutowe są znane jako antyseptyki w postaci proszków (dermatol xeroform, airol) i mają dzisiaj wielkie zastosowanie. Punktem wyjściowym w stosowaniu wszystkich tych preparatów było pierwotne stosowanie bismutum subnitricum jako antyseptyku w postaci proszku. *Kocher* stosował go zamiast jodoformu jako proszek do posypywania, szczególniej zaś w postaci papki (uprzednio zmieszanej z wodą, a później obsuszonej papki bismutowej), którą pokrywał świeże rany po operacji. Taki sposób leczenia okazał się wyśmienitym. Dzisiaj stosuje się bismutum subnitricum jako zasypka antyseptyczna jeszcze tylko przeważnie w świeżych oparzeniach. Te zastosowania bismutum subnitricum w chirurgji są szczególnie ciekawe, gdyż tutaj w przeciwieństwie do poprzednio wymienionych środków (xeroformu, dermatolu, airolu), żadne inne składniki poza bismutem nie mogą odgrywać żadnej roli. Bismut rozwija przy prawie zupełnej swej nierozpuszczalności widocznie tak zw. oligodynamiczne trwałe działanie. *W. Lanz*, uczeń *Kocher'a* stosował bismutum subnitricum w postaci pałeczek w leczeniu przetok w gruźlicy kostnej, lub też w postaci wstrzykiwań śródmięśniowych, w pobliżu ognisk gruźliczych, a nawet (również w postaci śródmięśniowych wstrzyknięć) zalecał bismut w leczeniu ogólnem gruźlicy płucnej. Przedwczesna śmierć nie pozwoliła mu poprzeć tej ostatniej metody leczenia własnem doświadczeniem. Najbardziej znane jest jednak stosowanie bismutum subnitricum do wewnątrz w chorobach jelitowo-żołądkowych. Działanie to przypisywały stare farmakologje pokrywającemu wpływowi nierozpuszczalnego lub słabo rozpuszczalnego proszku, przypuszczenie może być słuszne w owrzodzeniu żołądka, natomiast biorąc pod uwagę słabe, a jednak skuteczne dawki, daje się z trudem zastosować do wytłumaczenia działania przeciwbiegunkowego.

To ostatnie działanie chciano przypisać zdolności wiązania siarkowodoru, co jednak wobec małej zawartości siarkowodoru w jelitach gra bardzo małą rolę. Pozatem przypisuje się jeszcze przeciwbiegunkowe działanie, bez specjalnego na to dowodu, również właściwości ściągającej, co jednak jest mało prawdopodobne wobec prawie zupełnej nierozpuszczalności tego preparatu. Osobiście jestem zdania, opierając się na wynikach stosowania bismutu w chirurgji, że działanie przeciwbiegunkowe polega na miejscowem działaniu odkażającem i przeciwjadowem. Tu również wspomnieć należy o stosowaniu bismutum subnitricum w miejscowem leczeniu rzeżączki. Świetne wyniki leczenia zapomocą podawania bismutu do wewnątrz w zaburzeniach jelitowych, a zwłaszcza w biegunkach durowych, kazały mi przypuszczać, że działanie jego skierowane jest specjalnie przeciwko bakterjom jelitowym, a więc i przeciwko bakterjom grupy prątka okrężnicy i prątka durowego. Nadzieja, że próby leczenia chemoterapeutycznego bismutem w durze mogły rokować powodzenie znajdowała oparcie w przypuszczeniu, że działanie tak słabo rozpuszczalnego preparatu musi być oligodynamiczne i może również drogą krwiobiegu będzie miało dostateczne znaczenie. I to tembardziej, że i w leczeniu przeciwkiłowem, którego naśladownictwem jest leczenie duru zapomocą bismutu, najwidoczniej już małe jego ilości przenikające w krew wywołują niewątpliwy wpływ. Przytem można było przypuszczać, że właśnie takie, jak w leczeniu kiły stosowane tworzenie zapasów (Depots) środka leczniczego okaże się pomocne i odpowiednie wskutek swej łagodności i długotrwałości działania, szczególnie w tak długo trwającej chorobie, jak dur brzuszny. Przyznaję, że wobec niepewnego charakteru tego zupełnie przypadkowego rozumowania, które mnie pobudziło do badań nad leczeniem zapomocą Quinby — byłem właściwie mile zaskoczony, kiedy pomyślne, często świetne wyniki terapeutycznych doświadczeń zdawały się wskazywać na swoiste działanie tego preparatu. W obecnym stanie swych doświadczeń i spostrzeżeń, czuję się zobowiązany podać do wiadomości kolegów wyniki mych badań i polecić zastosowanie śródmięśniowych wstrzykiwań Quinby w durze. Mogę to zrobić z tem czystszem sumieniem, że leczenie to uskuteczniane według ustalonych przeze mnie dla kiły prawideł, zupełnie jest nieszkodliwe, niezwiązane z żadnemi technicznemi trudnościami i zarówno choremu, jak i lekarzowi nie przysparza żadnych nieprzyjemności. Jedyne pewne, spostrzegane w leczeniu kiły, działania uboczne bismutu są to z jednej strony znane popielate zabarwienia dziąseł i błon śluzowych jamy ustnej, czasami wreszcie nasilające się aż do podrażnienia zapalnego — z drugiej strony, podrażnienie nerek. Objawy te jednak nie są nigdy niebezpieczne, jak to wiemy z lecznictwa kiłowego, a co potwierdza leczenie duru zapomocą bismutu, przy rozumnem dawkowaniu i ścisłej obserwacji chorego, która umożliwia odpowiednie dawkowanie, należy tylko przy pierwszych objawach, omawianych działań ubocznych zaprzestać podawania tego środka. W 37 przypadkach duru leczonego zapomocą Quinby nie mieliśmy ani razu przykrego powikłania.

Z pośród licznych związków bismutowych przeciwkiłowych, będących w użyciu, wybrałem złożone połączenie chininy i bismutu, znane pod nazwą *Quinby*, albo jodchinin-bismutu. Syfilidolodzy uważają ten środek jako szczególnie łagodny i pozbawiony działań ubocznych. Preparat ten (laboratorjum *Aubry*, Paryż), znajduje się w handlu w postaci zawiesiny oleistej (obecnie i w roztworze wodnym — Quinby soluble), koloru cynobru, w ampułkach, zawierających 0,3 gr. substancji w 3 cc. emulsji. Stanowi to dla dorosłych zwykłą jednorazową dawkę, którą naturalnie dla dzieci zmniejsza się i przelicza w stosunku do przybliżonej wagi ciała. Wzór tego preparatu, nie będącego mieszaniną, lecz prawdziwem połączeniem — jest podług kodeksu *Gehe'go* następujący:

$$(Bi\ J_3)_8\ (C_{20}\ H_{24}\ N_2\ O_2\ HJ)_2.$$

Wychodząc z tego wzoru i obliczając podług ciężarów atomowych określamy zawartość metalicznego bismutu około 30%, około 51% jodu i około 19% chininy. Wyżej wspomniane, odpowiadające jednej dawce, ampułki zawierają więc około 0,09 bismutu, około 0,15 jodu i około 0,05 chininy. Ta ostatnia cyfra jest ciekawa dlatego, że jak z niej wynika, spostrzegany po wstrzyknięciu spadek temperatury, który zresztą zwykle trwa kilka dni, a czasem znamionuje zakończenie sprawy, nie może być przypisywany zwykłemu działaniu przeciwgorączkowemu chininy. Ponieważ dzięki stosowaniu Quinby w kile jesteśmy z tym preparatem i jego dawkowaniem doskonale obznajmieni — leczenie tyfusu zostało przeprowadzone ściśle według schematu leczenia przeciwkiłowego. Wstrzykiwano co 2 dni, na trzeci; w cięższych przypadkach, czasem przejściowo z przerwą tylko jednodniową, 1 ampułkę, czyli 3 cc. Quinby; u dzieci, stosownie do przybliżonej wagi ciała ½ lub ⅓ część ampułki, śródmięśniowo w okolicę pośladków. Wstrzyknięcia te są zupełnie bezbolesne.

Ponieważ chodzi tu o wytworzenia zapasu leku (depôt) ze stopniowem wchłanianiem środka — schemat powyższy jest zupełnie dopuszczalny. Prowadzi on bowiem do stopniowego nasycania ustroju z pominięciem ostrego zadziałania środka. Przeważnie nie przekraczaliśmy 6—8 wstrzykiwań, gdyż do tego czasu chorzy najczęściej czuli się tak dobrze, że można było zaprzestać kuracji. Tylko w jednym przypadku zrobiono 10 wstrzykiwań, w niektórych przypadkach 1—2, wówczas mianowicie, kiedy dzięki nim choroba została przerwana. Doświadczenie osiągnięte w leczeniu kiły, wykazuje, że w razie potrzeby, można ten preparat wstrzykiwać częściej, przy pilnej kontroli stanu dziąseł i nerek. Szare zabarwienie dziąseł zauważyliśmy w 37 przypadkach tylko dwa razy, a i to bez podrażnienia całej jamy ustnej. Podrażnienia nerek nie spostrzegaliśmy nigdy, mimo że i przed leczeniem małe ilości białka były znajdywane w moczu. Ilość białka nigdy nie ulegała zwiększeniu, nawet w przypadku, w którym musieliśmy rozpoznać poprzednio istniejące zapalenie nerek. Naturalnie przy leczeniu kiły spotyka się te uboczne działania częściej, gdyż leczenie tam trwa znacznie dłużej niż w durze. Zresztą uchodzi Quinby w leczeniu kiły pod względem działań ubocznych za jeden z nieszkodliwszych środków, zapewne dzięki stosunkowo małej zawartości bismutu. Oczywiście, z chwilą wystąpienia wspomnianych działań ubocznych — należy przerwać niezwłocznie stosowanie środka. Postępując w ten sposób możemy się niczego nie obawiać. Ponieważ zapomocą Quinby osiągnęliśmy tak doskonałe wyniki, nie mieliśmy powodu badania innych preparatów bismutu i nie zalecałbym na razie takiej zamiany preparatów w doświadczeniach. Jedno bowiem z najważniejszych prawideł terapji lekowej stanowi trzymanie się znanych doskonale i wypróbowanych środków i niezastępowanie ich niepotrzebnie, zasada, przeciw której, niestety, wiele się wciąż grzeszy, z wielką szkodą dla chorych, wskutek polipragmazji spowodowanej przez dzisiejszy rozwój przemysłu farmaceutyczno-chemicznego.

Innym jeszcze powodem, do nieporzucania i niezmieniania Quinby jest przypuszczenie, że aczkolwiek w działaniu tego środka tak samo mało uwidacznia się działanie chininy, jak i jodu, to jednak może właśnie ten swoiście złożony skład chemiczny tego preparatu stanowi o jego działaniu dodatniem.

Nie wydaje mi się również wskazane forsowanie działania leku przez powiększenie dawek, gdyż powinniśmy dobrze zapamiętać, że również i przy leczeniu swoistem niczego „wymusić“ nie jesteśmy w stanie. Lekarz jest — o czem często się zapomina — nie „magistrem“, lecz „ministrem“ natury i niema takiego środka, któryby pomagał *zawsze*, a wysokie dawki często nie są skuteczniejsze od słabszych.

Leczenie zapomocą Quinby zostało wprowadzone w mojej klinice w roku 1924 i od tego czasu, wobec rzadko u nas spostrzeganego duru brzusznego, leczyliśmy tym środkiem tylko 37 przypadków. Jeżeli idę tu za radą Horacjusza — nie dosłownie, lecz tylko połowicznie „nonum prematur in annum“ — nie można mi przecież postawić zarzutu zbyt pośpiesznego doniesienia, tembardziej, że jest bardzo pożądane, aby i inni wypróbowali ten sposób leczenia, który mi się wydał korzystnym i nieszkodliwym.

Powtarzam, że obok leczenia zapomocą Quinby, zwykle u nas stosowane i dawniej jedyne leczenie nieswoiste, które scharakteryzowałem wyżej, pominiętem być nie powinno, gdyż odpowiada ono specjalnym wskazaniom. Niespecyficzne leczenie było stosowane obok specyficznego. Jeżeli to ostatnie wogóle ma jakąś wartość, jak to sadze o leczeniu zapomoca Quinby, to korzyści jego muszą być widoczne, pomimo połączenia z leczeniem nieswoistem i byłoby zupełnym absurdem, aby dążąc do tak zw. „czystości doświadczenia“ przy jakiemś leczeniu swoistem, zaniechać np. stosowania środków nasercowych, gdy zajdzie po temu potrzeba. Właśnie w ten sposób doświadczenie nie byłoby prawidłowe, gdyż ciężko chory stałby się wtedy niczego niedowodzącym, nieprzydatnym dla swoistego leczenia objektem. Naodwrót, aby nie zaciemniać sadu co do przebiegu krzywej temperatury, we wszystkich przypadkach należy wyrzec się stosowania środków przeciwgorączkowych. Gdzie w drodze wyjątku i to tylko przejściowo podawano trochę piramidonu — nie wykazał on na przebieg choroby żadnego wpływu, mogącego mylić co do działania Quinby. Za wyjątkiem krzywej przypadku 18-ego, wszystkie krzywe pochodzą z przypadków, gdzie nie stosowano środków przeciwgorączkowych, a nawet i w przypadku 18 krzywa nie była przez Piramidon poważnie zmienioną.

Co do działania leczniczego Quinby, to naturalnie, jak we wszelkich kwestjach terapeutycznych, niełatwo jest wydać zupełnie pewny sąd. Naogół wrażenie było bardzo korzystne, szczególnie w przypadkach, gdzie środek został wcześnie zastosowany. Przypadki takie już po kilku wstrzyknięciach wykazywały stałe ustąpienie gorączki. Chociaż statystyka lecznicza w zwykłem tego słowa znaczeniu, opierająca się na porównaniu śmiertelności, zarówno jak na ciężkości przebiegu i okresie trwania choroby w przypadkach leczonych i nieleczonych, niezawsze pozwala na porównanie bezwzględnie prawidłowe (ze względu na przeważnie zbyt małą liczbę takich leczniczych serji doświadczalnych oraz przypadkowe zmiany ciężkości przypadków), to jednak na korzystną ocenę wpłynął fakt, że o ile leczone przez nas zapomocą Quinby przypadki dały się dla osądzenia tej terapji zużytkować — wykazały one uderzająco mniejszą śmiertelność. Z 37 przypadków, leczonych zapomocą Quinby — umarło tylko 3. Ale dwaj chorzy z pośród nich byli przywiezieni w bardzo ciężkim stanie, w agonji do kliniki, tak że wogóle nie nadawali się do krytycznej oceny, gdyż im nawet ewentualnie dobry wpływ leczenia Quinby już niby nie pomógł. Jednemu z nich zdążyliśmy wogóle przed śmiercią zrobić tylko jedno wstrzyknięcie (Nr. 28). U drugiego (Nr. 29) — upadek sił (tętno, oddech), był taki, że chociaż zdołaliśmy wykonać parę wstrzyknięć, zgóry można było przewidzieć ich bezskuteczność. Trzeci przypadek śmiertelny nie nadawał się również do opinjowania o działaniu Quinby, gdyż chory ten umarł wskutek ostrego zatrucia kamforą. Otrzymał on naraz wskutek smutnej pomyłki — dzienną dawkę 4 gr. kamfory i zmarł przy typowych objawach zatrucia kamforą w delirjum i klonicznych drgawkach.

Jeżeli odrzucimy przypadek 28 i 12, jako nienadające się do wykorzystania, to z 35 pozostałych przypadków — tylko w jednym nastąpiła śmierć. O ile z tak małej liczby przypadków można wyciągać wnioski, czego w żadnym razie nie twierdzę, to śmiertelność wynosi: 1 : 35 = około 3%. W przeciwstawieniu do tego przegląd historji chorych, którzy od 1916 roku byli leczeni bez Quinby — wykazuje 18 przypadków śmiertelnych na 199, czyli 9,5% śmiertelności. Ponadto, do tych 199 przypadków zaliczone były i bardzo lekkie przypadki, w których przy wprowadzeniu leczenia zapomocą Quinby, właśnie dla łagodnego przebiegu, byłoby (aby uniknąć omyłek w kierunku zbytniego optymizmu), zgóry wyłączone leczenie za pomocą Quinby. W ten sposób śmiertelność przypadków nieleczonych zapomocą Quinby byłaby wskutek zmniejszenia ogólnej liczby przypadków jeszcze nieco większa. Śmiertelność więc w przypadkach, leczonych zapomocą Quinby jest w przeciwstawieniu w każdym razie o wiele mniejsza, szczególniej jeśli weźmiemy pod uwagę ciężkość przypadków poddanych temu leczeniu.

Jednakże, jak powiedziałetm, uważam wartość takiej statystyki ze względu na tak mały materjał statystyczny i wpływ przypadku, zarówno jak i na trudności przy procentowem obliczaniu małych liczb — za bardzo niską. Po zestawieniu naprzykład tej pracy zdarzył się śmiertelny przypadek — przy leczeniu chorego zapomocą Quinby (gdyż najskuteczniejszy lek nie może wszystkich wyleczyć) — co przy tak małej liczbie przypadków stawałoby się zaraz b. niekorzystne dla statystyki śmiertelności. W rzeczywistości przypadek taki zdarzył sie w klinice wkrótce po mojem wystąpieniu z niej. Chory zmarł na zator płuc, pomimo leczenia zapomocą Quinby, O tym przypadku jednak, jak i o innych pomyślnych, leczonych zapomocą Quinby, nie mogę nic powiedzieć, gdyż po wycofaniu się mojem z kierownictwa kliniki nie miałem już sposobności je spostrzegać.

Wspomniana trudność statystycznej krytyki wyników leczniczych wobec małej liczby przypadków ma znaczenie nietylko dla oceny śmiertelności, lecz również dla oceny okresu trwania choroby. Przypadek tu gra rolę zbyt wielką. W durze zresztą krytyka wpływu jakiegoś sposobu leczenia na trwanie choroby jest chociażby dlatego bardzo trudna, że początek choroby nie daje sie ściśle określić, i że wogóle czas trwania duru jest nie zawsze jednakowy. Podręczniki zbytnio schematyzują. Są bowiem obok typowych, trwających 4 tygodnie, nie-

tylko przypadki, które bez stosowania jakiegokolwiek leczenia mają przebieg krótszy, niemal poronny, lecz i takie, których przebieg, bez żadnych specjalnych powikłań, przedłuża się dwa, lub trzykrotnie ponad czas podany w podręcznikach. Dlatego też uważam statystykę trwania duru brzusznego w przypadkach leczonych i nieleczonych za bardzo niepewne kryterjum oceny danego sposobu leczenia.

Aby być w dalszym ciągu łatwiej zrozumiałym, będę te zwykłe i, jak widzimy, mało pożyteczne metody leczniczej statystyki w zwykłem tego słowa znaczeniu, oceniającej wartość wyników ze stanowiska długości trwania choroby, lub śmiertelności — określać, jako wielkostatystyczną metodę. Miałoby to oznaczać, że dla tego sposobu konieczny jest bardzo duży materjał liczbowy, gdyż wtedy, jak przyjmują, i to tylko z częściową słusznością, niweluje się poniekąd przypadkowość. Na tę konieczność zresztą oddawna kładziono nacisk w zestawieniach statystycznych. Ponieważ jeden obserwator nie rozporządza prawie nigdy tak znacznym materjałem, starano się usunąć tę przeszkodę przez łączenie statystyki różnych badaczy, celem jej powiększenia. Jednakże różnorodność materjału i, co zatem idzie, trudności w wydaniu sądu zwiększają się choćby tylko z tego powodu, że każdy badacz ukształtowuje sposób postępowania w zależności od swych poglądów i zapatrywań i to tak co się tyczy głównej terapji, która podlega ocenie, jak i często niemniej ważnego dla wyniku pomocniczego nieswoistego lecznictwa. Co pomoże np. leczenie swoiste, jeżeli pozwolimy choremu umrzeć wskutek osłabienia serca. Wydaje mi się rzeczą ważną, aby raz nareszcie wystąpić z całą ostrością przeciwko tym bezkrytycznie ogłaszanym zbiorowym wielkim statystykom i wykazać ich nieodpowiedniość. Metoda lecznicza nie charakteryzuje jej nazwa, lecz sposób, jej stosowania. Jako dowód tego, że taka statystyka lecznicza nie ma znaczenia, chcę, bez podawania szczegółów, wskazać na pełną sprzeczności statystykę sanatorjów gruźliczych, jak również na zbiorową statystykę, dotyczącą różnych metod leczenia, które dzięki niemożności porównania materjału i niemożności prawidłowego i ścisłego podziału przypadków gruźliczych dla krytycznie nastrojonego badacza nie przedstawia żadnej wartości naukowej, czy to chodzić będzie o działanie klimatu, czy tuberkuliny, terapji złotowej lub odmy sztucznej. Ta, tylko co przytoczona, niemożność posiłkowania się wielką statystyką leczniczą (ze względu na porównywanie rzeczy nie dających się porównać), znajduje swój odpowiednik w fakcie, że i dla celów zapobiegawczych wielka statystyka również nie jest odpowiednia. Przypominam przytem, że najpierw, na podstawie wielkiej statystyki, pożytek szczepienia ochronnego przeciwdurowego został bez zastrzeżeń potwierdzony, wówczas, gdy w nowszych czasach przy więcej krytycznem ujęciu statystyki, korzyść ta jest zaprzeczaną. Tak samo kwestja leczniczego znaczenia środków przeciwgorączkowych, względnie, kwestja pożytku lub szkodliwości gorączki z wyżej wymienionych powodów, t. j. wskutek nieporównalności materjału nie mogła być rozstrzygnięta na podstawie wielkiej statystyki i na tej drodze rozstrzygnięta być nie może. Również i sprawa korzystnego działania naparstnicy na sercowo-chorych nie mogła być zapomocą wielkiej statystyki stwierdzona, gdyż i tutaj różnorodność materjału wzrasta wraz z liczbą i zaniedbaniem doboru przypadków i segregacji.

Przy takim stanie rzeczy należy, zwłaszcza dla interesującej nas sprawy, leczenia duru zapomocą Quinby, również, chociaż ogólnikowo, omówić te drogi, jakimi rozporządza klinicysta i lekarz praktyk (wobec zawodności wielkiej statystyki leczniczej), w celu bezspornego rozstrzygania zagadnień leczniczych. Wydaje mi się omówienie w najogólniejszem ujęciu tego zagadnienia wiedzy tembardziej potrzebne, że dotychczas nie było ono prawie poruszane.

Ci, którzy postępu medycyny ciągle jeszcze oczekują od badań nad zwierzętami, co, jak wiadomo, zdarza się tylko w bardzo ograniczonej mierze, powiedzą może poprostu, że chemoterapja, o którą tu chodzi, oparta jest wszak w znacznej mierze na doświadczeniach nad zwierzętami i dlatego należy działanie przeciwdurowe Quinby w pierwszej linji wypróbować na zwierzętach, a dopiero potem stosować u ludzi. Lecz, pomijając to, że te środki, których działanie stwierdzone zostało na zwierzętach, jak np. leczenie surowicami — przy stosowaniu u ludzi zupełnie zawiodły — badanie na zwierzętach zagadnienia leczenia przeciwdurowego jest zupełnie niemożliwe. U zwierząt bowiem doświadczalnych niemożliwe jest wywołanie zapomocą prątków durowych schorzenia odpowiadającego ludzkiemu durowi, a spostrzegamy tylko pewne objawy zatrucia. Jedynie paratyfus daje się jako infekcja przenosić na zwierzęta doświadczalne, lecz i tutaj, powstający obraz choroby jest właściwie obrazem posocznicy i zupełnie nie odpowiada infekcji paratyfusowej, mającej u człowieka przebieg durowy. Dlatego też droga wypróbowania na zwierzętach leku przeciwdurowego, przeznaczonego dla ludzi — jest zupełnie dla nas zamknięta. Nie sądzę również, aby badania in vitro nad reagowaniem hodowli prątków duru i paratyfusu na różne środki zawierające bismut mogły by przedstawiać dla naszego zagadnienia jakąś korzyść. Zarówno w wypadku pomyślnym jak i niepomyślnym, niczego by one nie dowiodły.

W lecznictwie właśnie obowiązuje hasło: „Hic Rhodus, hic salta“. Przy łóżku chorego, a więc klinicznie, należy rozwiązywać zagadnienia lecznicze. Szczególniej zaś w durze brzusznym i durze rzekomym nie ma innej możności wypróbowania jakiejkolwiek metody leczniczej, jak tylko na drodze stosowania jej u chorych ludzi.

Postępowanie, które już nawet na skromnym materjale (gdzie wielka statystyka w zwykłem tego słowa znaczeniu, tj. polegająca na porównaniu śmiertelności i czasu trwania choroby w przypadkach leczonych i nieleczonych, dla wyżej opisanych powodów — zawodzi) — może przecież dać wyjaśnienia i któremu, jako praktycy, zawdzięczamy wieksza część naszych terapeutycznych wiadomości — polega na tem, że kładziemy nacisk na czas wystepowania wpływu podlegającego leczniczemu zbadaniu środka i ustalamy w jakim stosunku procentowym przypadków leczonych w takim czasowym związku z lekiem zauważony został wynik dodatni, a w jakim stosunku procentowym korzyść ta zauważyć się nie daje. Metoda ta, jeśli o to chodzi, jest również statystyką — coprawda w zupełnie innem znaczeniu niż zwykła wielka statystyka. Tylko porównywujemy tu nie przypadki leczone i nieleczone, a wykorzystujemy jedynie przypadki leczone zapomocą metody, która ma być zbadaną, i porównujemy procentowo liczbę czasowo z danem leczeniem związanych wyników dodatnich z liczbą ujemnych wyników. Przypadki nieleczone przytem (i to jest ważnym punktem tej metody) — w przeciwstawieniu do zasady wielkiej statystyki — nie bierze się zupełnie pod uwagę i każdy przypadek jest poniekąd traktowany oddzielnie. To postępowanie — w przeciwstawieniu do wielkiej statystyki, która dla wyżej podanych powodów nie daje się zastosować — chcę określić jako małostatystyczne badania leczniczych wyników leczenia. Statystyczność w tej metodyce polega jedynie na procentowem ustaleniu niewątpliwie w związku z leczeniem występujących wyników dodatnich w stosunku do braku tych wyników. Można zatem, dla prostszego określenia rzeczy — mówić o statystyce poszczególnych wyników dodatnich i braku wyników. Można również mówić o wnioskach leczniczych na podstawie spostrzeżeń klinicznych pojedyńczych przypadków. Przypadki te naturalnie osiągają pewne znaczenie, jeśli powtarzają się często i jeżeli i przy tej metodzie materjał obserwacyjny nie jest zbyt mały. Tu jednak wystarcza (i to jest b. znamiennem dla tej metody) w przeciwstawieniu do wielkiej statystyki — stosunkowo niewielka liczba przypadków, jaką lekarz praktyk rozporządza — aby módz wyrobić sobie zdanie osobiste o wartości metody. Tu bowiem współczesność występowania działania z zabiegiem leczniczym nadaje wnioskom szczególną pewność. Ta zasadnicza różnica pomiedzy badaniem wyników w małej statystyce a wielką statystyką niedostatecznie jeszcze przeniknęła do świadomości lekarzy i badaczy i dlatego jest rzeczą ważną zwrócić na to uwagę.

Na możliwości takiego czysto klinicznego badania wystepowania leczniczego działania polega fakt, że każdy lekarz praktykujący od pierwszego dnia swej praktyki, w miare wzrastania doświadczenia wyrabia sobie coraz bardziej zdanie o stosowanym przez niego środku i wie, czego od niego spodziewać się może. We wzrastaniu liczby takich przypadków leży wartość tak zwanego praktycznego doświadczenia lekarskiego. Lecz tutaj nie potrzebną jest tak wielka liczba przypadków, jak dla wielkiej statystyki. Chwała Bogu, że tak jest. Bowiem terapja, która opierałaby się jedynie na

wielkiej statystyce, byłaby nietylko czemś bardzo niepewnem, lecz jeszcze do tego czemś w najwyższym stopniu nieciekawem i nie dawałaby żadnego bodźca do postępu. W ten sposób małostatystyczne obserwacje leczniczych wyników są najlepszym środkiem badania. Dzięki temu każdy lekarz może stać się badaczem, przed którym rozjaśnia się ciemnia wielkiej statystyki. Każdy lekarz może np. ustalić działanie naparstnicy już na stosunkowo małej liczbie dobrze wybranych, pod względem djagnostycznym, przypadków. Dzięki temu wartość tego środka utrwaliła się doskonale w świadomości lekarzy. To samo można powiedzieć i o działaniu żelaza w prawdziwej blednicy.

Ta terapeutyczna metoda badawcza opiera się na zasadzie „post hoc ergo propter hoc". Zasada ta bywa wprawdzie często lekceważona i nawet ośmieszana. Jednak zarzuty te są o tyle tylko uzasadnione, o ile stosuje się zasadę tę — jak to często zresztą bywa — bezkrytycznie t. zn. bez względu na możność porównania poszczególnych przypadków i bez dostatecznego uwzględnienia częstości czasowej koincydencji dodatnich wyników i stosowania danego środka oraz bez dostatecznego uwzględnienia należytej dokładności koincydencyj w czasie. Jak użytecznem natomiast jest właściwe zastosowanie zasady „post hoc ergo propter hoc" wynika z tego, że od najdawniejszych czasów te wiadomości terapeutyczne, które są pewne, opierają się właśnie prawie wyłącznie na tej zasadzie.

Odnosi się to zarówno do swoistego leczenia kiły, gośćca, zimnicy jak i do objawowego wpływu makowca i morfiny oraz do znakomitych skutków otwarcia ropnia. A nawet można pójść dalej i twierdzić, że wogóle w naukach przyrodniczych, zarówno w chemji jak i fizyce związki przyczynowe ustala się najczęściej właśnie drogą krytycznych wniosków końcowych, wysnutych zgodnie z zasadą „post hoc ergo propter hoc".

Także chirurgja, dla której stwierdzenie dodatnich wyników jest znacznie łatwiejsze niż dla medycyny wewnętrznej, posługuje się tą zasadą przy ocenie wyników. Tylko ignorowanie dodatnich skutków psychicznych nawet niecelowych operacyj (np. przy rzekomem zapaleniu ślepej kiszki) może doprowadzić do błędnej interpretacji a wobec tego i do błędnego rozpoznania ex iuvantibus. Bezpośredni wynik jest przecież właśnie w chirurgji bardzo wyraźny, tak, że metoda obserwacyjna statystyki małej jest przeważnie bardzo ułatwiona. Skoro tylko jednak chirurgja przeniesie się w dziedzinę ogólnej statystyki, wówczas uwydatnia się złudny charakter tej ostatniej. Okazuje się to zresztą często w sprzecznych spostrzeżeniach o śmiertelności i niebezpieczności operacyj. Przypadek odgrywa właśnie i w chirurgicznej statystyce rolę wybitną i często fatalną.

Tylko wyżej opisane zastosowanie szczegółowo - statystycznej obserwacji terapeutycznej, przy której podpatrujemy naturę przy kądzieli, używając wyrażenia Kanta w innym wprawdzie związku, sprawia, że kwestja dalszego postępu terapji nie wydaje się beznadziejną. Ten sposób badań daje się zastosować także do chemiczno - terapeutycznego oddziaływania na dur zapomocą Quinby.

Wobec powyższego chodzi nam zatem o to, w ilu przypadkach wykazać można pod względem czasowym związek między wstrzykiwaniem Quinby i zmianą na korzyść w przebiegu choroby oraz w ilu przypadkach wpływ taki się nie zaznacza. Warunek oczywisty stanowi bezwzględna pewność rozpoznania i dlatego zużyłem w swem materjale obserwacyjnym tylko zupełnie pewne przypadki duru, w których słuszność rozpoznania obok zwykłych objawów klinicznych potwierdzał także i wynik badań pracownianych.

Zachodzi jedynie pytanie, jakie objawy duru mamy uznać za podstawowe, przy ustaleniu wyników, w związku z wpływem wstrzykiwania Quinby. Oczywiście w pierwszej linji będzie to wpływ na temperaturę w sensie obniżenia jej, jako dający się ująć w cyfry i przedstawić graficznie w postaci krzywej. Omyłki co do wpływu Quinby a zwykłą objawową antipyrezą dadzą się łatwo wyłączyć, nietylko biorąc pod uwagę wyżej opisany skład chemiczny Quinby (znikoma zawartość w nim chininy) lecz również wskutek zupełnie swoistego działania tego leku na ciepłotę. Działanie to różni się zupełnie od działania zwykłego środka przeciwgorączkowego tem, że jest stopniowe i ciągłe. Obok wpływu na ciepłotę są oczywiście miarodajne dla oceny i inne dodatnie zmiany w stanie chorego, pozostające w związku czasowym z wstrzykiwaniami leku. Objawy te zresztą występują zazwyczaj równolegle ze spadkiem temperatury. Samopoczucie, tętno, oddech, wpływ na status typhosus, na przytomność, na suchość języka, zmniejszenie biegunek i wzdęcia brzucha, znikanie różyczki — stanowią podstawowe kliniczne oznaki polepszenia, posiadające tylko tę ujemną stronę, że nie sa tak przedmiotowe, jak ciepłota. Wszystkie te objawy składają się na całokształt obrazu polepszenia klinicznego.

Bardzo charakterystycznem było spostrzeżenie, że o ile te objawy polepszenia występowały, nasilały się one wyraźniej po każdem następnem wstrzyknięciu. Jeżeli np. w dniach najbliższych po pierwszem wstrzyknięciu ciepłota spadała, a następnie znowu się podnosiła, to, w typowych przypadkach, spadła stopniowo i tym razem niżej niż po pierwszem wstrzyknięciu (krzywa 4) i tak dalej, aż do zupełnego spadku temperatury. Otrzymywało się przez to często wrażenie z każdem wstrzyknięciem wzrastającego, swoistego odczynu obronnego przed chorobą. W niektórych przypadkach, szczególniej przy wczesnem zastosowaniu leczenia Quinby, temperatura już po niewielu wstrzyknięciach, a czasem nawet po pierwszem, krytycznie lub stopniowo opadała do poziomu prawidłowego. Wszystkie te objawy występowały zbyt często i regularnie w odróżnieniu od innych mniej wyraźnych wpływów lub zupełnego braku wyniku, aby można było uważać je za przypadkowy zbieg okoliczności. Jako wyraźnie pomyślny wpływ były w historji choroby oznaczone tylko te, przypadki, w których po jednym lub kilku wstrzyknięciach wszystkie objawy z ciepłotą włącznie wykazywały uderzającą poprawę. Dalszem zadaniem było ustalenie, jak często, to znaczy w ilu odsetkach przypadków stwierdzić było można taką wybitną poprawę związaną czasowo z wstrzykiwaniami, a w ilu przypadkach nie była ona spostrzegana.

Liczbowe opracowanie tego małostatystycznego ustalenia podług zasad rachunku prawdopodobieństwa, który stanowi podstawę takiego rodzaju małej statystyki — będzie podane później.

Brak miejsca nie pozwala mi na podanie w całej rozciągłości klinicznego materjału i dlatego muszę poprzestać na wyciągach. Z krzywych temperatury będą mogły być podane również tylko niektóre charakterystyczne przykłady. Wspomniałem już, że dur rozpoznawano ściśle nietylko klinicznie, lecz i przy pomocy znanych metod laboratoryjnych, — mianowicie prób aglutynacji i w wielu przypadkach również poszukiwania prątków duru lub paraduru we krwi i badania obrazu morfologicznego krwi. Zgodnie z rozwiniętem w moim podręczniku stanowisku co do stosunku infekcji durowej do paradurowej — przypadki te nie były rozdzielane, gdy paratyfus przedstawiał wybitnie durowy obraz kliniczny, a nietylko zwykły obraz zapalenia jelit. Jednakowoż w wyciągach z historji choroby jest zawsze zaznaczone, czy dany przypadek został rozpoznany na podstawie próby aglutynacji lub też badania bakterjologicznego jako dur, lub paratyfus. Klinicznie przekonaliśmy się przytem znowu, że dawniej wysuwane różnice pomiędzy durem i paradurem (o ile paratyfus nie przebiega jedynie jako zwykłe zapalenie jelit) — właściwie nie istnieją i że twierdzenie, że paratyfus naogół ma lżejszy przebieg niż t. zw. dur prawdziwy — nie jest słuszne. W naszym materjale obserwacyjnym widzimy tak samo bardzo lekko przebiegające prawdziwe dury, jak i bardzo ciężkie paratyfusy. Ze stanowiska anatomicznego również różnice się nie zaznaczają.

Biorąc pod uwagę bliskie pokrewieństwo obydwu drobnoustroi i przy występowaniu postaci przejściowych zarówno pod względem hodowli, jak i odczynów zlepnych — niema w tem nic dziwnego. Zresztą przeważna liczba naszych przypadków należała do grupy duru prawdziwego. Nierzadko odczyn zlepny dla obydwu drobnoustroi wypadał jednakowo silnie, a przy dawniejszych spostrzeżeniach zauważyłem również, że podczas genetycznie jednej i tej samej epidemji jedne przypadki zachowywały się pod względem aglutynacji jak para — inne jak prawdziwy dur. Tak samo przy powtórnych badaniach raz otrzymywało się silniejszą aglutynację prątków paraduru, drugi raz duru prawdziwego.

Należy również podkreślić, że wszystkie badane przez nas przypadki były zupełnie sporadyczne i tylko w 2 przypadkach stwierdzono zarażenie jednego od drugiego. Przypadki obejmują okres pięcioletni, a więc przy ocenie działania leczenia, moglibyśmy nie brać pod uwagę jakiekolwiek odmienne cechy epidemjologiczne. Dla należytej oceny wartości wyników, nadmieniamy raz jeszcze, że te przypadki, które odrazu wydawały się b. lekkie (w liczbie 12) zostały wyłączone z leczenia preparatem Quinby.

Historje chorób przypadków leczonych zapomocą preparatu Quinby.

Należy tu raz jeszcze podkreślić często spotykaną trudność w ścisłem ustaleniu daty początku choroby, gdyż początek jest nieuchwytny. I jeszcze raz należy przypomnieć, że podawany w podręcznikach schematyczny okres trwania choroby bardzo często nie bywa spostrzegany. Dlatego też kryterjum czasu trwania choroby posiada dla oceny terapji, naturalnie i dla małej statystyki, znaczenie bardzo skromne, wręcz wątpliwe. Jednakowoż w interesie oceny na początku opisu przebiegu choroby, jak również na krzywych temperatury podajemy, w którym dniu choroby chory wstąpił do szpitala, naturalnie o ile to można było ustalić. Z objawów, w streszczeniach podane zostały tylko najważniejsze. Przeważnie historje chorób dotyczą zupełnie typowych przypadków i (ze

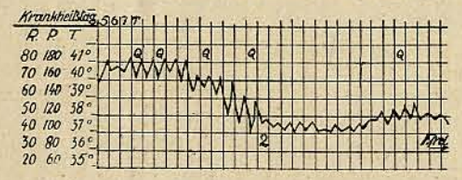
względu na wyłączenie wspomnianych już wyżej przypadków lżejszych) głównie o ciężkim obrazie schorzenia.

Podane krzywe wybrano zarówno z pomiędzy zupełnie pomyślnych przypadków jak i z mniej pomyślnych — jako przykłady. Wybór nie obejmuje wszystkich przypadków pomyślnych, gdyż na to nie pozwalał brak miejsca. Należy zatem brać również pod uwagę tekst historji choroby, który zawiera dalsze b. pomyślne, co do wyniku leczenia przypadki. Wstrzykiwania Quinby oznaczone są w krzywych literą Q. Co do sensu słów „bardzo dobre działanie swoiste", powtarzających się w opisie choroby — patrz objaśnienie na str. ?

1) Eb. Wa. 28 lat. Paratyfus. Wstąpił do szpitala z silną gorączką, w 5-tym dniu choroby. Typowe i ciężkie objawy. Tylko jedno wstrzyknięcie na 8 dz. po odczekaniu naturalnego przebiegu choroby.

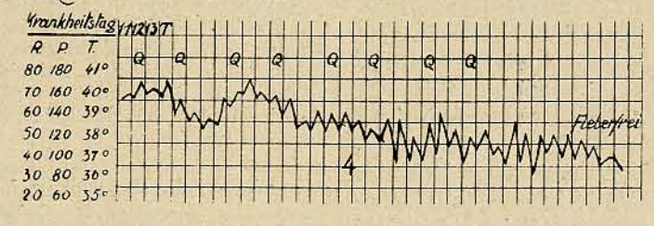
Po wstrzyknięciu nastąpiło w ciągu 5 dni lityczne obniżenie temperatury z ustąpieniem wszelkich objawów. 1 wstrzyknięcie. B. dobre działanie swoiste.

2) G. Blanche. 28 lat. Dur prawdziwy. Przybyła w 5-tym dniu choroby. Ciężki przypadek. Na 8-my dzień pierwsze wstrzyknięcie Quinby. Po



Krzywa Nr. 2.

trzech wstrzyknięciach ciepłota zaczęła spadać i inne objawy zaczęły ustępować. Po czwartem wstrzyknięciu gorączka zupełnie ustąpiła. Słaba wznowa, którą ponowne wstrzyknięcie Quinby usunęło. 5 wstrzyknięć. B. dobre działanie swoiste (p. krzywa Nr. 2).



Krzywa 4

3) Eb. R. 48 lat. Dur prawdziwy. Przybył do szpitala w 15-tym dniu choroby. Ciężki typowy stan ze status typhosus i delirjum. Przewlekłe zapalenie nerek. Pomimo tego nie spostrzeżono żadnego złego wpływu na nerki przy stosowaniu Quinby. Natychmiastowy lityczny spadek ciepłoty oraz zwykły wpływ Quinby na inne objawy chorobowe. Ciepłota prawidłowa po 4 wstrzyknięciach. Jednocześnie podawano Bismutum subnitricum przeciwko rozwolnieniu. W czasie wyzdrawiania zakażenie ospą. Cztery wstrzyknięcia. Bardzo dobre działanie swoiste.

4) Macc. G. 46 lat. Dur prawdziwy. Przybył 11-go dnia. Żadnego wpływu leczenia na skrócenie czasu choroby nie zauważono. Spostrzegano jedynie narastające działanie poszczególnych wstrzyknięć na ciepłotę. Działanie swoiste wątpliwe (Krzywa 4).

5) Dü. Ab. 23 lata. Prawdziwy dur. Przybył 13 dnia. Przypadek typowy. Po 4 wstrzyknięciach krytyczny spadek ciepłoty i ustąpienie wszelkich objawów chorobowych. Lekka wznowa, która samorzutnie ustąpiła. 4 wstrzyknięcia. B. dobre działanie swoiste.

6) Wy. Ida. 20 lat. Paratyfus. Przybyła na 8 dzień. Pomyślny, stopniowy i lityczny wpływ na wszystkie objawy. Poprawa rozwolnienia bez specjalnego przeciwbiegunkowego leczenia. 2 lekkie, szybko pod wpływem Quinby przemijające nawroty. 10 wstrzyknięć bez działań ubocznych. B. dobre działanie swoiste (Krzywa Nr. 6).

7) Gal. Fr. 43 lata. Dur prawdziwy. Przybył 14 dnia. Wysoka ciepłota. Przekrwienie opadowe płuc. Szybkie ustąpienie wszelkich objawów po 3 wstrzyknięciach. B. dobre działanie swoiste.

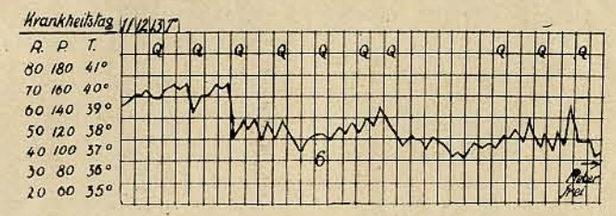
8) He. Marta. 21 lat. Dur i paratyfus aglutynują z jednakową siłą. Przybyła na 8-my dzień. Przypadek typowy. Zaraz po wstrzyknięciu Quinby zaczął się stopniowy spadek ciepłoty i ustępowanie wszelkich innych objawów w ciągu 16 dni przy 5 wstrzyknięciach. Szybkie wystąpienie stromego toru krzywej i szybka poprawa stanu zdrowia. 5 wstrzyknięć. Swoiste działanie wątpliwe.

9) Hu. Rosa. 22 lata. Dur prawdziwy. Przybyła na 10-ty dzień. Przypadek średnio ciężki. Rozwolnienie ustąpiło dopiero po leczeniu przeciwbiegunkowem. Bardzo szybki spadek ciepłoty i ustąpienie innych objawów po 4 wstrzyknięciach Quinby. B. dobre działanie swoiste (Krzywa 9).

10) G. 16 lat. Dur prawdziwy. Przybyła na 6-ty dzień. Ciężki typowy przypadek. Działanie „skokami". Po wstrzyknięciach szybkie pojawienie się stromego toru krzywej. Ogólny stan przytem szybko się polepszył. 6 wstrzyknięć. Działanie swoiste wątpliwe.

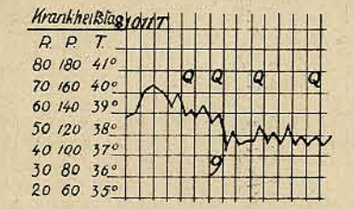
11) Dän. Otton. 22 lata. Dur prawdziwy. Przybył na 8-my dzień. Typowy ciężki dur bez biegunki. Szybki lityczno-krytyczny spadek ciepłoty i ustąpienie wszelkich objawów już po pierwszem wstrzyknięciu. 5 wstrzyknięć. B. pomyślne działanie swoiste (krzywa 11).

12) St. Paweł. 28 lat. Dur prawdziwy. Przybył 10 dnia. Ciężki przypadek, przybył w zapaści. Śmierć wskutek zatrucia kamforą, przy typowych kurczach i bredzeniu. Tylko 2 wstrzyknięcia. (Ten przypadek nie był brany pod uwagę przy ocenie, wobec beznadziejnego stanu, zbyt krótkiego czasu leczenia i zatrucia kamforą).

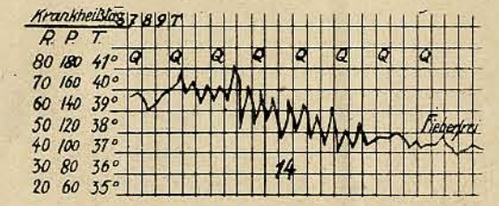


Krzywa 6.

13) Fo. Jan. 49 lat. Dur prawdziwy. Przybyłczeniem preparatem Quinby. Po zastosowaniu Quinna 7-my dzień. Ciężkie objawy durowe. Drgawkiby szybki stopniowy spadek ciepłoty. Ustąpienie w obrębie nerwu twarzowego. Przekrwienie opado-wszelkich objawów, łącznie z biegunką, nie leczoną we płuc. Biegunka. Szybkie ustąpienie lityczne specjalnymi środkami. Podczas zdrowienia zakrzep



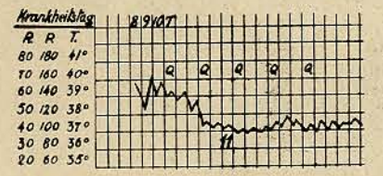
Krzywa 9.



Krzywa 14.

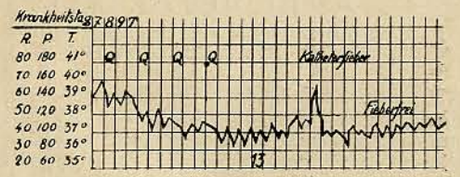
wszelkich objawów, również i biegunki bez szczególnego jej leczenia. 4 wstrzyknięcia. B. pomyślne działanie swoiste (krzywa 13).

14) Kü. Henryk. 21 lat. Prawdziwy dur. Przybył 7-go dnia. Ciężki przypadek z biegunką. Szybkie ustąpienie objawów, łącznie z biegunką (bez



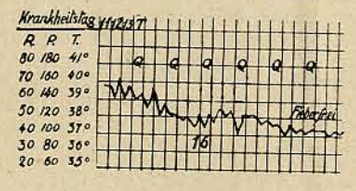
Krzywa 11.

specjalnego jej leczenia) — po pierwszych wstrzyknięciach Quinby. Wyraźny odczyn dwuazowy znikł już po pierwszem wstrzyknięciu. 8 wstrzyknięć. B. pomyślne działanie swoiste (krzywa 14).



Krzywa 13.

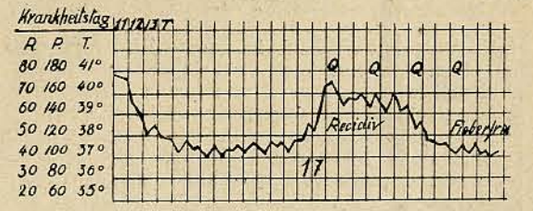
15) Stei. Paweł. 15 lat. Dur prawdziwy. Przybył 5-go dnia. Bezpośrednio przed przybyciem do kliniki był omyłkowo operowany na zapalenie wyrostka robaczkowego. Wobec niepewności dalszego przebiegu choroby 8 dni wstrzymywano się z le-



Krzywa 16.

nego jej leczenia. B. pomyślne działanie swoiste (Krzywa 16).

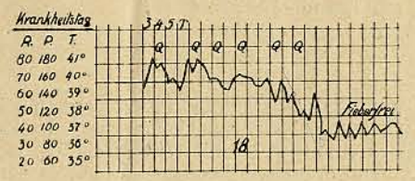
17) Rue. Ernest. 9 lat. Odczyn zlepny jednakowo silny z prątkami duru i paraduru. Przybył



Krzywa 17.

11-go dnia. Samorzutny lityczny spadek ciepłoty; wobec tego Quinby zastosowano dopiero podczas wznowy, która szybko ustąpiła po wstrzyknięciach. 4 wstrzyknięcia. Swoiste przerwanie nawrotu. (Krzywa 17).

18) Reuss. Sa. 25 lat. Dur prawdziwy. Przybyła 3-go dnia w bardzo ciężkim stanie (status typhosus). Silny odczyn dwuazowy. Dużo białka w moczu. Przekrwienie opadowe płuc i gęsta osutka. W kale — pełzaki. Szybki wpływ wstrzyknięć na ciepłotę i ogólny stan chorej. Biegunka ustąpiła dopiero po zastosowaniu Bismutum subnitr. 5 wstrzyknięć. Bardzo dodatnie działanie swoiste. (Krzywa 18).

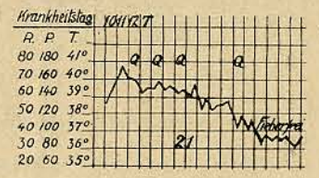


Krzywa 18.

19) M. Ernest. 35 lat. Dur prawdziwy. Przybył 15 dnia. Bardzo ciężkie objawy. Biegunka, bredzenie, przekrwienie opadowe płuc. Wyjątkowo wielka śledziona i wzdęcie brzucha. Zaraz po wstrzyknięciach Quinby wystąpił stały lityczny spadek ciepłoty. Ustąpienie biegunki bez specjalnego jej leczenia. 6 wstrzyknięć. B. pomyślne działanie swoiste.

20) Rau. Ernest. 31 lat. Prawdziwy dur. Przybył 9-go dnia. Ciężkie objawy brzuszne z biegunką. Prątki tyfusu we krwi, od początku tyfusowe owrzodzenie podniebienia. Silne przekrwienie opadowe płuc. Szybka lityczna poprawa po wstrzyknięciach Quinby. Żadnego ubocznego działania na błony śluzowe jamy ustnej — pomimo wrzodów na podniebieniu. Przeciwko biegunce bismutum subnitr. 6 wstrzyknięć. B. pomyślne działanie swoiste.

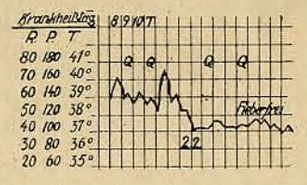
21) Brau. Paweł. 36 lat. Dur prawdziwy. Przybył 10 dnia. Ciężkie objawy z biegunką, bredzeniem, silnym białkomoczem. Ciężkie objawy brzuszne z typowemi durowemi wypróżnieniami. Przekrwienie opadowe płuc. Gęsta osutka. Wskutek



Krzywa 21.

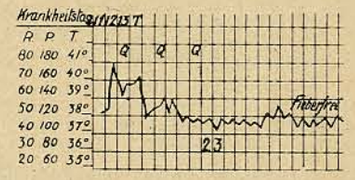
ciężkiego stanu trzeba było stosować wstrzykiwanie płynu Ringera. Wobec występowania zapaści w kąpieli musiano zaprzestać kąpania. Szybka poprawa po Quinby z lityczno-krytycznem ustąpieniem wszystkich objawów. Przeciw biegunce stosowano węgiel zwierzęcy. Po 4-ch wstrzyknięciach lekka smuga szara na dziąsłach, bez zapalenia śluzówki jamy ustnej. Białkomocz nie wzmógł się po stosowaniu Quinby. Szybka poprawa przy bismutowem podrażnieniu dziąseł każe przypuszczać, że w danym przypadku miało miejsce szczególnie dobre wchłanianie bismutu. 4 wstrzyknięcia. B. pomyślne działanie swoiste (Krzywa 21).

22) Gro. Wiktor. 25 lat. Paratyfus. Przybył 8 dnia. Wysoka ciepłota. Natychmiastowy wpływ wstrzyknięcia Quinby na ciepłotę. Szybko lityczno-krytyczny spadek ciepłoty. Poprawa wszystkich objawów, łącznie z biegunką, bez umyślnego jej leczenia. 4 wstrzyknięcia. B. pomyślne działanie swoiste. (Krzywa 22).



Krzywa 22.

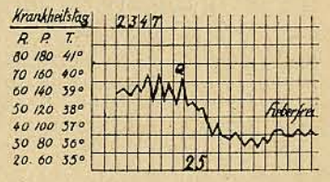
23) Rup. Janina. 34 lat. Paratyfus. Przybyła 11 dnia. Wysoka ciepłota. Silna biegunka. Przytępienie słuchu. Szybkie ustąpienie objawów pod wpływem leczenia Quinby. Przeciwko biegunce Bismutum subnitr. 3 wstrzyknięcia. B. pomyślne działanie swoiste. (Krzywa 23).



Krzywa 23.

24) Zu. Ernest. 35 lat. Dur prawdziwy. Przybył 18 dnia. Silne objawy brzuszne z zaparciem. Znaczna zawartość indykanu w moczu. Język suchy. Powikłanie w postaci błonicy. Po zastosowaniu Quinby dość szybkie stopniowe, w postaci szczebli, ustępowanie wszelkich objawów. 7 wstrzyknięć. Działanie swoiste wątpliwe.

25) Hu. Karol. 21 lat. Dur prawdziwy. Przybył 2 dnia. Dość ciężkie objawy. Po 1 wstrzyknięciu krytyczny spadek ciepłoty i ustąpienie wszelkich objawów. 1 wstrzyknięcie. B. pomyślne działanie swoiste. (Krzywa 25).



Krzywa 25.

26) Bes. Emil. 53 lata. Dur prawdziwy. Dzień zasłabnięcia wątpliwy. Otłuszczenie. Wobec niemożności uzyskania dokładnych wywiadów, dzień zasłabnięcia nie daje się ustalić. Stan ciężki. Wyraźne objawy jelitowe z biegunką. Stopniowy dobry wpływ Quinby na wszystkie objawy. Podczas zdrowienia porażenie połowiczne, które chory miał już raz przed durem. 5 wstrzyknięć. Działanie swoiste wątpliwe.

27) Bég. René. 36 lat. Dur prawdziwy. Przybył na 8 dzień. Gorączka umiarkowana. Leukopenia. Osutka. Szybki i ostateczny spadek ciepłoty po 2

wstrzyknięciach. Bardzo pomyślne działanie swoiste.

28) Vög. Janek. Wiek? Prawdziwy dur. Przedtem pyodermia. Przybył rzekomo na 9 dzień po pojawieniu się objawów durowych. Przyjęty w stanie agonji. Dlatego tylko 1 wstrzyknięcie. Zmarł na 5-ty dzień pobytu w szpitalu. Przypadek nie do zużytkowania.

29) Ma. Elżbieta. 36 lat. Prawdziwy dur. Przybyła do szpitala w stanie agonji na 17-ty dzień choroby. Ciężkie wzdęcie brzucha, tak, że myślano o przedziurawieniu, czego jednak sekcja nie potwierdziła.

Opadowe zapalenie płuc. We krwi pomimo późnego okresu — prątki duru. Zmarła na 26 dzień choroby. Typhus. Sepsis. 4 wstrzyknięcia Quinby. Żadnego wyniku wobec stanu agonalnego.

30) Ma. Ernest. 26 lat. Prawdziwy dur. Przybył 12 do 14 dnia choroby. Silne wzdęcie. Biegunka. Powiększona, wyczuwalna śledziona. Durowe owrzodzenie błon śluzowych ust (przed zastosowaniem Quinby). Różyczka i opadowe przekrwienie płuc. W ciągu leczenia smuga bismutowa na dziąsłach. Żadnego zapalenia dziąseł poza owrzodzeniami durowemi nie spostrzeżono. Białkomocz nie zwiększył się po stosowaniu Quinby. Pod wpływem leczenia Quinby stopniowy spadek ciepłoty aż do stanu zupełnie bezgorączkowego. Poprawa biegunki bez specjalnego jej leczenia. 5 wstrzyknięć. Swoiste działanie wątpliwe.

31) Gl. Lina. 52 lata. Dur prawdziwy. Przybyła w 23 dniu choroby. Krytyczny spadek ciepłoty po 5 wstrzyknięciach Quinby. Swoiste działanie wobec spóźnionego okresu — wątpliwe.

32) Wa. Karol. 26 lat. Prawdziwy dur. Przybył rzekomo 28 dnia. Przypadek typowy z przekrwieniem opadowem płuc i dużą, wyczuwalną śledzioną. Średnia gorączka ,na którą wstrzykiwania wpłynęły w sposób charakterystyczny stopniowy. Po 3 wstrzyknięciach widoczna poprawa, prawie krytyczna. Bardzo pomyślne działanie swoiste.

33) Ste. Rud. 24 lat. Prawdziwy dur. Przybył 7 dnia. Bardzo ciężki stan. Biegunka, suchy język. Status typhosus. Śledziona bardzo powiększona. Po 4-ech wstrzyknięciach lityczne ustąpienie gorączki i innych objawów. Później wznowa. która po 1-em wstrzyknięciu Quinby litycznie znikła. Biegunka leczona zapomocą Bismutum subnitricum. 5 wstrzyknięć. B. pomyślne działanie swoiste.

34) Gru. Fryderyk. 37 lat. Prawdziwy dur. Przybył 19-go dnia. Ciężki typowy obraz. Kruczenia kątnicze bez biegunki. Śledziona b. duża. Białkomocz. W moczu indykan. Silna różyczka. Słaby krwiobieg wobec czego stosowano Kardiazol i Efedrynę. Zakrzep żyły udowej. Silny wpływ Quinby na ciepłotę. Jednakże zakrzep wywołuje znowu gorączkę. 5 wstrzyknięć. Działanie swoiste wątpliwe wobec trwania choroby.

35) Gy Ida. 20 lat. Prawdziwy dur. Przybyła 8-go dnia. B. ciężki stan, bez biegunki. Odrazu trzeba było stosować wlewania płynu Ringera. Od początku polyneurytyczne porażenie nóg. Spadek ciepłoty stopniami od początku stosowania Quinby. Na 24 dzień zupełny spadek ciepłoty. Polyneurytyczne porażenie ustąpiło podczas leczenia Quinby. 5 wstrzyknięć. B. pomyślne działanie swoiste.

36) Du. Łucja. 20 lat. Prawdziwy dur. Przybyła 15-go dnia. Stan ciężki, język suchy. Przekrwienie opadowe płuc. Duża wyczuwalna śledziona. Brak biegunki. Zapalenie pęcherza. Ciężki stan wymaga płynu Ringera. Stopniowy spadek ciepłoty, dosyć szybkie ustąpienie wszystkich objawów przy leczeniu Quinby. Przy przyjęciu silna anemja (35/70) wskutek menorrhagji. Po spadku ciepłoty szybka poprawa anemji, bez stosowania żelaza. 6 wstrzyknięć. Działanie swoiste wątpliwe.

37) Beut. Małg. 23 lata. Prawdziwy dur. Przybyła na 7-my dzień. Średnio ciężki przypadek. Lekka biegunka. Szybki spadek ciepłoty i ustąpienie innych objawów wraz z biegunką bez specjalnego jej leczenia. 4 wstrzyknięcia. B. dobre działanie swoiste.

Na str. 12-ej przy omawianiu śmiertelności uzasadniano, dlaczego z 37 przypadków, 2 były zakwalifikowane jako niemogące wchodzić w rachubę, a mianowicie: przypadek, gdzie chory umarł wskutek zatrucia kamforą (12) i przypadek 28, gdzie chory został przyjęty do szpitala w stanie agonji i gdzie zgóry było przesądzone wszelkie leczenie. Zrobiono też zaledwie jedno wstrzyknięcie Quinby przed zgonem.

W ten sposób dla oceny leczenia zapomocą Quinby pozostało tylko 35 przypadków, które możemy podzielić na następujące kategorje:

1) Przypadki bardzo pomyślnego, niedwuznacznie swoistego działania Quinby. Jak wspomniałem wyżej, nazywam tak przypadki, gdzie wkrótce po rozpoczęciu leczenia, nastąpił w chorobie pomyślny zwrot w sensie bądź przerwania choroby, bądź znacznej poprawy i skrócenia okresu trwania choroby, w każdym razie w sensie swoistego działania, objawiającego się litycznym lub krytycznym spadkiem ciepłoty, polepszeniem wszystkich objawów, zniknięciem status typhosus, oczyszczeniem języka, ustąpieniem biegunki, roseoli i t. d.

Do tej kategorji zaliczam takie przypadki, w których co do faktu swoistego leczniczego działania Quinby, nie może powstać żadna wątpliwość. Zatem przemawia również i to, że, jak widać z krzywej temperatury, szybkie działanie było szczególnie widoczne w tych przypadkach, gdzie leczenie zapomocą Quinby było wcześnie rozpoczęte.

Do tej liczby dobrych wyników należą 24 przypadki, a mianowicie: 1, 2, 3, 5, 6, 7, 9, 11, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 25, 27, 32, 33, 35, 37.

2) Drugą kategorję przypadków możemy określić o tyle jako wątpliwą, o ile kliniczne spostrzeżenia nie wykazały tego szybkiego i postępującego spadku ciepłoty, które przemawia za swoistem antyseptycznem działaniem Quinby. Należy jednak za-

uważyć, że w wielu przypadkach tej kategorji występowały wkrótce po rozpoczęciu leczenia — objawy, wywołujące wrażenie polepszenia. Często poprawiał się ogólny stan, „status typhosus“, oczyszczał się język, polepszało się samopoczucie i ustawała biegunka (często bez specjalnego leczenia jej), często też znikała różyczka.

Czasami w tej kategorji wpływ na temperaturę był o tyle znamienny, że spadała ona na drugi lub trzeci dzień po wstrzyknięciu, potem podnosiła się znowu — po następnym wstrzyknięciu spadała jeszcze niżej, aniżeli po poprzednim, podnosiła się znowu i t. d. tak, że w rezultacie, powstawały schodkowate spadki ciepłoty pozostające w niewątpliwej zależności od wstrzyknięć (krzywa 4). W tych przypadkach również, aczkolwiek czas trwania choroby nie wydaje się wyraźnie skrócony — otrzymujemy, dzięki związkowi czasowemu spadków temperatury z wstrzyknięciami — wrażenie swoistego, chociaż też może niedostatecznie silnego działania.

Taki tor opadania ciepłoty w jakiś czas po wstrzyknięciu przemawia przeciwko zwykłemu tylko przeciwgorączkowemu działaniu Quinby, co też ze względu na skład tego preparatu (bardzo słaba zawartość chininy), jest, moim zdaniem, bardzo mało prawdopodobne. Pomimo tego jednak, że i w tej kategorji przypadków zauważono niejeden wpływ pomyślny, więc aby nie utrudniać oceny, a mianowicie, żeby wyników nie osądzać zbyt optymistycznie — kategorja ta będzie przeciwstawiona kategorji przypadków o bardzo dobrych wynikach jako kategorja wyników wątpliwych. Robię to dlatego, że rozstrzygające argumenty t. j. skrócenie czasu choroby zapomocą Quinby — udowodnić się tutaj nie dają.

Do tej kategorji należy 10 przypadków, mianowicie: 4, 8, 10, 15, 24, 26, 30, 31, 34, 36.

3) Żadnego działania nie skonstatowano — po rozpatrzeniu wszystkich przypadków leczonych zapomocą Quinby — tylko w jednym przypadku — stanu agonji (29).

Jeżeli ujmiemy zatem kategorję I i II razem, otrzymamy takie ugrupowanie:

I) 24 przypadki w wysokiej mierze przemawiające za swoistem działaniem Quinby.

II) 11 przypadków nie dających się zużytkować dla stwierdzenia swoistego działania Quinby.

Ponieważ po odjęciu nienadających się do oceny 2 przypadków (12 i 18) pozostaje 35 przypadków, mogących wchodzić w rachubę — otrzymujemy następujące zestawienie procentowe 24 : 35 = 68,5% przypadków, przemawiających z dużem prawdopodobieństwem za swoistem działaniem Quinby, oraz 11 : 35 = 31, 4% przypadków, nieprzemawiających bez zastrzeżeń za takiem działaniem.

Metoda małej statystyki klinicznych spostrzeżeń przemawia w przeważnej większości przypadków za swoistem, pomyślnem wpływem Quinby. W ⅔ przypadków narzucało się wręcz takie przypuszczenie.

Należy jednak pamiętać, że i w ⅓ przypadków, tworzącej grupę, w której ten swoisty wpływ leczenie Quinby nie jest tak wyraźnie widocznym — jednakże występowało wrażenie, że leczenie było pomyślne (jak to wykazują niektóre opisy choroby). Dotyczy to mianowicie stanu ogólnego, świadomości, objawów brzusznych, wilgotności języka, ustąpienia różyczki i t. d.

Jeżeli porównać chorych drugiej, mniej pomyślnej kategorji i ocenić wyniki według skromnych wymagań, z jakiemi podchodziliśmy do dawnego nieswoistego leczenia duru — to przyznać musimy, że wszyscy, za wyjątkiem 29-go przypadku — wykazali znaczne polepszenie.

Ponieważ jednak z tego niewiele da się wywnioskować, to umyślnie w mało-statystycznem ugrupowaniu nie będziemy brali pod uwagę tego pomyślnego wrażenia i dlatego mniej pomyślną drugą grupę przypadków, przeciwstawimy pierwszej o wyraźnym wpływie swoistym, nawet narażając się na zarzut zbyt ostrego postawienia sprawy. Niejeden optymista umieściłby może w pierwszej grupie niektóre przypadki z drugiej grupy, która dla mnie, jako pesymisty, wydaje się wątpliwą.

Mój, może zbyt surowy, podział zrobiony był zwłaszcza ze względu na to, że niżej podane opracowanie materjału na podstawach rachunku prawdopodobieństwa — wymaga dokładnego podziału przypadków na kategorje niewątpliwie skuteczne i niepewne lub negatywne. Jeżeli pomimo tak surowego sądu pomyślna kategorja przeważa tak dalece, że nie można wątpić o swoistem działaniu Quinby — należy już tu, dla uniknięcia rozczarowań — zwrócić uwagę,

że podobne pomyślne wyniki działania Quinby, wskutek przypadkowości materjału— nie dadzą się dla dalszego szeregu obserwacji z pewnością przepowiedzieć.

Dla interesującego nas tu problemu odgrywa pewną rolę rachunek prawdopodobieństwa czyli rachunek z błędami. Rachunek ten został zastosowany do zachodzącego tutaj wypadku dychotomicznej statystyki szczegółowej wyników.

O ile wiem, to *Poll* pierwszy podjął się wdzięcznego zadania objaśnienia medyków o tem, co matematykom jest wiadome, o obliczaniu błędów takiej dychotomicznej statystyki wyników. Zadanie polega na tem, ażeby określić, jak wielki jest przeciętny błąd liczb procentowych takiej statystyki. Naturalnie, błąd jest tem mniejszy, im większa jest liczba spostrzeganych przypadków. *Poll* daje dla przeciętnego błędu takiego dychotomicznego procentowego obliczenia wyników następujący wzór:

$$m = \pm \sqrt{\frac{p_1 p^2}{n}}$$

W tym wzorze m stanowi średni błąd liczb procentowych, przyczem samo m jest wyrażone procentowo, zaś p_1 i p_2 są znalezionemi liczbami procentowemi sobie przeciwstawionemi, oznaczającemi przypadki dodatnie i wątpliwe — w stosunku do ogółu przypadków spostrzeganych, a n oznacza tę ogólną liczbę przypadków. Wychodząc z tego założenia, obydwie liczby procentowe p_1 i p_2 stoją do siebie w takim stosunku, że uzupełniają się do 100, t. zn. $p_1 = 100 - p_2$.

Błąd średni m określa, jak dalece pod wpływem samego przypadku zestawienia materjału kazuistycznego liczby procentowe przy dalszych serjach obserwacyjnych przeciętnie mogą odbiegać od liczb znalezionych zapomocą pierwszej serji spostrzeżeń. Jak wynika ze wzoru, ten średni błąd jest odwrotnie proporcjonalny do pierwiastka kwadratowego wyciągniętego z ogólnej liczby przypadków. Z powyższego wynika, że potrzeba ogromnego materjału spostrzeżeń, ażeby zapomocą statystyki szczegółowej wyników leczniczych, dychotomicznej, dotrzeć w drodze pomniejszenia średniego błędu do prawdopodobieństwa, graniczącego z pewnością przy interpretacji doświadczeń leczniczych.

Zastosowując wyżej wymienione wzory do mego materjału obserwacyjnego, otrzymuję błąd średni ± 7,8%. Dla praktyka, który nie jest przyzwyczajony do posługiwania się logarytmami, stanowi ogromne ułatwienie w obliczaniu sposób graficzno - konstruktywny, który *Poll* podaje obok obliczeń zapomocą wzorów jako sposób zastępczy, metoda ta pozwala na podstawie diagramu (*Poll* l. c. S. 1778) czysto konstruktywnie odczytać z liczby wykorzystanych przypadków i znalezionych wprost liczb procentowych błąd średni. Posługując się graficznym sposobem, znajduję tą samą wielkość błędu.

Wynika stąd co następuje:

Znalezione liczby odsetkowe mogą przy danej liczbie przypadków pod wpływem czystego trafu, nawet bez wielkiej zmiany charakteru materjału obserwacyjnego, zmiany jaka powstaje np. w epidemjach, przesunąć się o 7,8% w dół lub w górę. Innemi słowy, liczba odsetkowa przypadków dodatnich, które, jak wyżej zauważono, określono na 68,5%, może się w przyszłych szeregach spostrzeżeń pod wpływem czystego przypadku przesunąć do 76,3% lub 60,7%.

Podług tego obliczenia, wynik leczenia Quinby należy przyjąć jako jeszcze zawsze dość dodatni, zwłaszczajeżeli uwzględnimy, że liczba 60,7% ma tutaj większe znaczenie, aniżeli liczby procentowe zwykłej statystyki ogólnej. Liczba ta bowiem, z uwagi na opisany sposób określania szeregów liczbowych dychotomicznych ustala, że w 60,7% przypadkach w każdym przypadku istnieje wysoce prawdopodobny związek przyczynowy między leczeniem zapomocą Quinby, a początkiem i czasem wystąpienia polepszenia na podstawie spostrzeżenia klinicznego.

Przytem obliczenie z błędu średniego jeszcze błędu prawdopodobnego, stanowiącego zazwyczaj ⅔ błędu średniego — jak to się praktykuje przy obliczeniach prawdopodobieństwa — niema celu, ponieważ błędy tutaj występują zupełnie nieprawidłowo, zależnie wyłącznie od przypadkowego zestawienia materjału, tak, że nie można mówić wogóle o błędzie prawdopodobnym.

Jednocześnie wskazuje *Poll*, że, aby módz powiedzieć z największem prawdopodobieństwem, że i dalsze szeregi obserwacyjne wykażą taki sam dodatni wynik, jest